

ISSN e: 2317-7748

SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



SANARE

Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE

SANARE (Sobral, Online). 2019 Jul-Dec;18(2):01-124

Tornar sã, em latim, *SANARE* é uma revista de políticas públicas de Sobral/CE que tem por finalidade divulgar experiências em políticas públicas na área de saúde coletiva como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de novos paradigmas sobre gestão governamental.

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL/NATIONAL

Adriana Gomes N. Ferreira – UFMA, Imperatriz-MA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP, Fortaleza-CE
Ana Cecilia Silveira Lins Sucupira - USP, São Paulo-SP
Ana Mattos Brito de Almeida - ESP/CE, Fortaleza-CE
Andrea Silvia Walter de Aguiar - UFC, Fortaleza-CE
Ant. Germane Alves Pinto - URCA, Juazeiro do Norte - CE
Anyá Pimentel Gomes F. V. Meyer – FIOCRUZ, Fortaleza-CE
Betise Mery Alencar S. Macau Furtado – UPE, Recife-PE
Camilla Araújo Lopes Vieira - UFC, Sobral-CE
Camilo Darsi de Souza – UNISC, Stª Cruz do Sul - RS
Carlos Leonardo F. Cunha – UFRJ, Rio de Janeiro - RJ
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas - UVA, Sobral-CE
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS, Porto Alegre - RS
Edson Holanda Teixeira - UFC, Fortaleza-CE
Eliany Nazaré Oliveira - UVA, Sobral-CE
Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz – UFMA, São Luís-MA
Fabiane do Amaral Gubert - UFC, Fortaleza-CE
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI, Floriano-PI
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda - UFRN, Natal-RN
Francisco Placido Nogueira Arcanjo - UFC, Sobral-CE
Fco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – UVA, Sobral-CE
Geison Vasconcelos Lira - UFC, Sobral-CE
Gerardo Cristino Filho - UFC, Sobral-CE
Glauber da Silva Quirino - URCA, Crato-CE
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gêmes – UVA, Sobral-CE
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque - UVA, Sobral-CE
Jeane Félix da Silva - UFRGS, Porto Alegre - RS
José Jailson de Almeida Junior - UFRN, Santa Cruz-RN
José Maria Ximenes Guimarães - UECE, Fortaleza-CE

José Olinda Braga – UFC, Fortaleza-CE
José Reginaldo Feijão Parente - UVA, Sobral-CE
Lucia de Fátima da Silva - UECE, Fortaleza-CE
Luis Achilles Rodrigues Furtado - UFC, Sobral-CE
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR, Fortaleza-CE
Marcia Ma. Mont’Alverne de Barros - UFPB, João Pessoa-PB
Maria Adelane Monteiro da Silva - UVA, Sobral-CE
Maria Corina Amaral Viana - URCA, Crato-CE
Maria da Conceição Coelho Brito - EFSFVS, Sobral-CE
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA, Crato-CE
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga - UFC, Sobral-CE
Maria Fátima de Sousa - UnB, Brasília-DF
Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE, Fortaleza-CE
Maria Socorro de Araújo Dias - UVA, Sobral-CE
Maria Veraci Oliveira Queiroz - UECE, Fortaleza-CE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos - UVA, Sobral-CE
Milena Rodrigues Soares Mota - UNICEL, Manaus-AM
Mirna Marques Bezerra Brayner - UFC, Sobral-CE
Paulo Roberto Santos – UFC, Sobral-CE
Roberta Cavalcante Muniz Lira - UFC, Sobral-CE
Simone da Nóbrega Tomaz Moreira - UFRN, Natal-RN
Vicente de Paulo Teixeira Pinto - UFC, Sobral-CE
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI, Itajaí- SC

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto - Portugal
Francisco Antonio Loiola - Canadá
Mirella Maria Soares Veras - Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Portugal

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes
Prefeito

Gerardo Cristino Filho
Secretário da Saúde

Maria Socorro de Araújo Dias
Diretora da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

SANARE (Sobral, Online). 2019 Jul-Dec;18(2)

PRODUÇÃO

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da ESP-VS

Maria Socorro de Araújo Dias
Editora Chefe

Evandro Lisboa Freire
*Revisões de Português
e Tradução (Inglês, Espanhol)*

Maria da Conceição Coelho Brito
Editora Assistente

Martônio Holanda
Capa

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Versão Digital

SANARE, Revista de Políticas Públicas

SANARE (Sobral, Online). 2019 Jul-Dec;18(2).

- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, 2019.

Semestral

ISSNe 2317-7748

1 . Políticas Públicas – Sobral.

2. Políticas Públicas – Periódicos

CDD:362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.

Assinaturas e números anteriores:

Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia

Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE

CEP: 62030-362 - Fone/Fax: (88) 3614.5520

e-mail: revista_sanare@hotmail.com

Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



SANARE (Sobral, Online). 2019 Jul-Dec;18(2)

5 Editorial

- 7 AUTOPERCEPÇÃO DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA**
 SELF-PERCEPTION OF HYPERTENSIVE PATIENTS ACCOMPANIED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY ON QUALITY OF LIFE
 AUTOPERCEPCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS ACOMPAÑADA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR SOBRE CALIDAD DE VIDA
Paloma de Vasconcelos Rodrigues, Maria Socorro de Araújo Dias, Maria da Conceição Coelho Brito, Marina Pereira Moita, Lielma Carla das Chagas Silva, Andrea Carvalho Araújo Moreira.

- 15 PACIENTES NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM**
 EMERGENCY SERVICE PATIENTS: SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE AND NURSING CARE
 PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Keila Maria de Azevedo Ponte, Kairo Cardoso da Frota, Maria Gabriela Miranda Fontenele, Antônia Rejanía Ávila, Rosemary Marques de Moraes, Milena Melo de Abreu.

- 26 ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DAS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DO CEARÁ**
 SOCIODEMOGRAPHIC ANALYSIS OF VIRAL HEPATITIS IN THE STATE OF CEARÁ, BRAZIL
 ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS HEPATITIS VIRALES EN EL ESTADO DE CEARÁ, BRASIL
João Vítor Souza Marques, Beatriz Mendes Alves, Marcos Vinícius Souza Marques, Cynara Carvalho Parente, Natanael Aguiar de Sousa, Ticiane Mont'Alverne Parente Feijão.

- 34 MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER**
 WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE EVALUATED AT A REFERRAL CENTER FOR WOMEN'S CARE
 MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA ATENDIDAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ATENCIÓN A MUJERES
Patrícia Pereira Tavares de Alcântara, Gezabell Rodrigues, Geanne Maria Costa Torres, Antonio Germane Alves Pinto.

- 43 FATORES DE RISCO MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA**
 MATERNAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURITY IN A UNIVERSITY MATERNITY HOSPITAL
 FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS CON LA PREMATURIDAD EN UNA MATERNIDAD ESCUELA
Sthefani da Costa Penha, Nathália Patrício Rebouças, Ana Vaneska Passos Meireles, Antônio Augusto Ferreira Carioca, Maria Soraia Pinto, Natália Sales de Carvalho.

- 52 ALÉM DAS GRADES: PERCEPÇÃO DE MULHERES ENCARCERADAS ACERCA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE**
 BEYOND BARS: IMPRISONED WOMEN'S PERCEPTION OF HEALTH STATUS
 MÁS ALLÁ DE LAS REJAS: PERCEPCIÓN DE MUJERES ENCARCELADAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD
Silmaria Bandeira do Nascimento, Antônio Tiago da Silva Souza, Marianne dos Santos Pereira, João Rodrigo de Moura Carvalho, Antonio Vladimir Félix da Silva.

- 59 REDE CEGONHA: AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL**
 STORK NETWORK: ASSESSING THE POTENTIAL OFFER OF MATERNAL-CHILD HEALTH SERVICES
 RED CIGÜEÑA: EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL
Fábio Solon Tajra, Ricardo José Soares Pontes, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Angelo Brito Rodrigues, Neusa Goya, Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

- 69 ODONTOLOGIA E GESTAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO**
DENTISTRY AND PREGNANCY: THE IMPORTANCE OF DENTAL PRENATAL CARE
ODONTOLOGÍA Y EMBARAZO: LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL ODONTOLÓGICA
Diana Larissa Leitão Botelho, Vivian Gomes Azevedo Lima, Myrna Maria Arcanjo Frota Barros, Janaína Rocha de Sousa Almeida.
-
- 78 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CONDUTORA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA**
MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH AS A CONDUCTOR OF PERMANENT EDUCATION IN BASIC ATTENTION
RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA COMO CONDUCTORA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN LA ATENCIÓN BÁSICA
Francisco Timbó de Paiva Neto, Antonio Cleilson Nobre Bandeira.
-
- 86 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO PRECOCE E RASTREAMENTO DO CÂNCER BUCAL NO BRASIL**
PUBLIC HEALTH POLICIES RELATED TO ORAL CANCER'S EARLY DIAGNOSIS AND SCREENING IN BRAZIL
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO Y LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER ORAL EN BRASIL
Fabiana Almeida Miranda, Lavínia Oliveira de Araújo, Matheus Ribeiro Melo, Ruth Costa Barbosa, Antônio Prates Caldeira, Fernanda Piana Santos Lima Oliveira.
-
- 96 A GESTÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE EM RELAÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE LITERATURA**
HEALTH QUALITY MANAGEMENT IN RELATION TO PATIENT SAFETY: LITERATURE REVIEW
LA GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: REVISIÓN DE LITERATURA
João Vitor Teixeira de Sousa, Maria Sinara Farias.
-
- 106 EMPREENDEDORISMO E A GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: PERFIL BIBLIOMÉTRICO**
ENTREPRENEURSHIP AND THE MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH POLICIES: A BIBLIOMETRIC PROFILE
EMPREDIMIENTO Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA: PERFIL BIBLIOMÉTRICO
Maria da Conceição Coelho Brito, Lucilane Maria Sales da Silva, Raimundo Augusto Martins Torres, Paloma de Vasconcelos Rodrigues.
-
- 115 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E TRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
PHYSICAL THERAPY PRACTITIONER'S WORK IN THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN URGENCY AND TRAUMA: EXPERIENCE REPORT
ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA EN LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN URGENCIA Y TRAUMA: INFORME DE EXPERIENCIA
Allynne Bispo de Freitas Pereira, Michele Lupatini Ferreira, Aline Fernanda Barbosa Bernardo.



MEMÓRIAS QUE INSTITUÍRAM A SANARE - REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesse ano de 2019, a SANARE – Revista de Políticas Públicas alcança seus 20 anos de história. Resgatá-la e recontá-la induz reconhecer e retratar o cotidiano dos serviços que se revestiam de novidades e lutas para a implantação e consolidação do Programa Saúde da Família em Sobral-CE. Começamos, então!

O Programa Saúde da Família nasce, em dezembro de 1993, a partir de experiências municipais que já estavam em andamento no País. Surge como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes¹.

De tal modo, avanços foram acontecendo em diversos cenários do Brasil. Em Sobral-CE, até o ano de 1996, o modelo de saúde ainda era centrado na doença e com uma característica de gestão municipal com poucas formulações e execuções de políticas públicas, o que se manifestava nos diversos setores, mas era, acentuadamente, mais identificado na saúde. Assim, quase toda a rede de saúde era dotada de serviços assistenciais vinculados a entidades filantrópicas, privadas e ao governo estadual. Até os serviços ambulatoriais de Atenção Básica estavam centralizados no hospital².

Movimentos foram tencionados para a implantação do Saúde da Família em Sobral-CE. Em 1997, elaborou-se um Plano Municipal de Saúde que teve o Programa Saúde da Família como modelo de Atenção Básica do município². Dentre as estratégias de fortalecimento desse novo modelo, em 1999, foi criado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral³, tendo até o ano de 2018 concluído 15 turmas, com 398 egressos.

As provocações e problematizações tencionadas pelo referido Programa de Residência, pioneiro no Brasil, demandavam estratégias de visibilidade de suas ações exitosas, e que pudessem estimular novas formas de fazer no Saúde da Família, como novo orientador da Atenção Básica brasileira. Com tal intencionalidade, cria-se, no mesmo ano (1999), a então SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas, de cunho estritamente local, com 11 artigos temáticos sobre o Saúde da Família e o seu processo de implantação no município.

Até seu último número (n.1, 2019), a SANARE – Revista de Políticas Públicas conta com 33 números distribuídos em 18 volumes, publicizando experiências e resultados de pesquisas em 438 artigos, os quais versam sobre variados temas envolvendo a Saúde Coletiva em âmbito local e nacional.

Convidamos, assim, à leitura dos artigos que compõem o n.2, 2019, da SANARE – Revista de Políticas

Públicas que dialogam sobre importantes questões que perpassam o contexto da Saúde Coletiva no Brasil e que fomentam reflexões estratégicas para o fortalecimento de cotidianos de trabalho vivos e implicados com a melhoria da saúde brasileira.

Ademais, incitamos que leiam os números anteriores, de modo a visualizarem os retratos históricos de uma iniciativa local de publicização de experiências, mas que vem se tornando em uma estratégia potente para divulgar problematizações sobre os diversos contextos e questões que envolvem a saúde.

Desejamos a todos uma instigante leitura!

Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

Editadora Chefe da SANARE – Revista de Políticas Públicas

Diretora da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

Profa. Me. Maria da Conceição Coelho Brito

Editadora Assistente da SANARE – Revista de Políticas Públicas

Assistente de Pesquisa da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

REFERÊNCIAS

-
1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 2. Andrade LOM, Martins Júnior T. Saúde da Família: construindo um novo modelo – a experiência de Sobral. 1999;1(1):1-11
 3. Andrade LOM, Goya N, Martins Júnior T, Barreto ICHC. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia-Sobral (CE): uma resposta municipal para a Educação permanente no SUS. Divulg. Saúde Debate. 2004;30:15-25.

AUTOPERCEPÇÃO DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA

SELF-PERCEPTION OF HYPERTENSIVE PATIENTS ACCOMPANIED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY ON QUALITY OF LIFE

AUTOPERCEPCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS ACOMPAÑADA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR SOBRE CALIDAD DE VIDA

Paloma de Vasconcelos Rodrigues ¹

Maria Socorro de Araújo Dias ²

Maria da Conceição Coelho Brito ³

Marina Pereira Moita ⁴

Lielma Carla das Chagas Silva ⁵

Andrea Carvalho Araújo Moreira ⁶

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde;
Qualidade de vida; Hipertensão.

Keywords:

Primary Health Care; Quality of
Life; Hypertension

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud;
Calidad de Vida; Hipertensión

Submetido:

25/09/2019

Aprovado:

13/11/2019

Autor(a) para Correspondência:

Paloma de Vasconcelos
Rodrigues
Escola de Saúde Pública
Visconde de Saboia
Rua Maestro José Pedro, 183,
centro, Sobral, Ceará. CEP:
62010-260
E-mail: palomavasconcelos@
hotmail.com

RESUMO

O estudo objetiva analisar a autopercepção da qualidade de vida de hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família a partir do questionário SF-36. Trata-se de um recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada "Efetividade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família frente ao controle clínico e qualidade de vida de hipertensos e diabéticos", aprovada pelo Programa de Pesquisa para o SUS, edital nº 01/2017. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. O universo do estudo correspondeu ao município de Sobral. Para tabulação dos dados, optou-se pelo uso do Excel. Este estudo respeitou a Resolução nº 466/2012. Participaram do estudo 125 pessoas portadoras de HAS assistidas por equipes dos Centros de Saúde da Família (CSF). Destas, 81 (65%) eram do sexo feminino e 44 (35%) eram do sexo masculino. É possível observar que 80 participantes (64%) tinham mais de 60 anos. O domínio da qualidade de vida mais comprometido entre os participantes do estudo foi limitação por aspecto físico, com média de 45,2. Já o domínio com maior média foi aspectos sociais (71,4). Este estudo possibilitou mensurar os impactos da HAS na qualidade de vida, nas atividades de vida diária e nas relações sociais.

1. Enfermeira. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: palomavasconcelos@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0066-1485>

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: socorroad@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>

3. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: marycey@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3484-9876>

4. Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: marymoita28@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1920-480X>

5. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: lielma_carla@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2688-9309>

6. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: dreamoreira@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

ABSTRACT

The study aims to analyze the self-perception of quality of life of hypertensive patients followed by the Family Health Strategy from the SF-36 questionnaire. This is a clipping from a multicenter research entitled "Effectiveness of the Family Health Support Center regarding the clinical control and quality of life of hypertensive and diabetic patients", approved by the SUS Research Program, edict 01/2017. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. The study universe corresponded to the municipality of Sobral. For data tabulation, we chose to use Excel. This study complied with Resolution nº 466/2012. The study included 125 people with hypertension assisted by teams from the Family Health Centers (CSF). Of these, 81 (65%) were female and 44 (35%) were male. 80 participants (64%) were over 60 years old. The most compromised domain of quality of life among study participants was limitation by physical aspect, with an average of 45.2. The domain with the highest average was social aspects (71.4). This study made it possible to measure the impacts of hypertension on quality of life, daily living activities and social relationships.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo analizar la autopercepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos, seguida de la Estrategia de salud familiar del cuestionario SF-36. Este es un recorte de una investigación multicéntrica titulada "Eficacia del Centro de Apoyo a la Salud Familiar con respecto al control clínico y la calidad de vida de pacientes hipertensos y diabéticos", aprobado por el Programa de Investigación del SUS, edicto 01/2017. Este es un estudio transversal con un enfoque cuantitativo. El universo de estudio correspondió al municipio de Sobral. Para la tabulación de datos, elegimos usar Excel. Este estudio cumplió con la Resolución nº 466/2012. El estudio incluyó a 125 personas con hipertensión asistidas por equipos de los Centros de Salud Familiar (CSF). De estos, 81 (65%) eran mujeres y 44 (35%) eran hombres. 80 participantes (64%) tenían más de 60 años. El dominio de calidad de vida más comprometido entre los participantes del estudio fue la limitación por aspecto físico, con un promedio de 45,2. El dominio con el promedio más alto fue el de los aspectos sociales (71,4). Este estudio permitió medir los impactos de la hipertensión en la calidad de vida, las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales.

.....

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um problema de saúde pública, um reflexo do atual perfil epidemiológico do Brasil. Parte desse perfil decorre da transição demográfica, com o acelerado envelhecimento da população¹.

A HAS é doença crônica não transmissível (DCNT) de maior prevalência na população brasileira, levando à diminuição da expectativa de vida da população e contribuindo significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas por interferir na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano².

Qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, nos contextos culturais e sociais nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O contexto incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais, relação

com aspectos do meio ambiente e pode ser influenciada, direta ou indiretamente, por fatores diversos associados à doenças³. Dessa forma, pode-se observar que o conceito de qualidade de vida está intrinsecamente ligado a autopercepção que o indivíduo tem de sua própria saúde.

O acompanhamento da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas é fundamental no planejamento de intervenções nos serviços de saúde, visto que fornece informações importantes sobre o bem estar e a prioridade dos usuários. Esse monitoramento subsidia a realização de programas de saúde, a implementação de ações efetivas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e proporciona melhor qualidade de vida aos usuários⁴.

O controle da HAS é considerado um indicador fundamental para a qualidade da APS, uma vez que o hipertenso necessita de acompanhamento contínuo, permanente, longitudinal e precisa mudar seus hábitos de vida, o que requer orientação, acompanhamento profissional e educação na saúde⁵.

Estratégias vêm sendo utilizadas para otimizar

o atendimento e acompanhamento de pacientes hipertensos na APS. No cenário mundial, o uso de protocolos para o acompanhamento e controle da HAS tem sido destaque⁶.

A HAS é um grande desafio para APS, pois é uma condição que coexiste com determinantes biológicos e socioculturais, e a abordagem a essa patologia para ser considerada efetiva exige o protagonismo dos indivíduos, famílias e comunidade⁷. Neste sentido, é necessário compreender que a resolutividade da atenção às pessoas hipertensas transcende o tratamento terapêutico e deve considerar a pessoa em sua totalidade.

Acredita-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é capaz de prejudicar a qualidade de vida de pessoas portadoras dessa doença crônica, dessa forma, o estudo objetiva analisar a autopercepção da qualidade de vida de hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família a partir do questionário SF-36.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Efetividade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família frente ao controle clínico e qualidade de vida de hipertensos e diabéticos”, aprovada pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), edital 01/2017.

O universo do estudo correspondeu a uma macrorregião de saúde do estado do Ceará, representada pelo pólo municipal de Sobral. O município apresenta um sistema de saúde organizado nos seguintes níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária. A Atenção Primária à Saúde é reconhecida nacionalmente por sua organização e desde sua implantação vem obtendo grandes avanços nesta área, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como referência de orientação do nível primário.

Apresenta nível de Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDHM) médio de 0,7, variando entre 0,6694 a 0,754. O IDHM referente a longevidade esperado para o ano de 2010 foi de 0,8, variando de 0,810 a 0,832. Este valor representa um índice elevado e indicativo de uma população idosa e propensa ao desenvolvimento de adoecimentos crônicos⁸.

O cálculo amostral e o processo de definição dos participantes iniciaram-se com a identificação do quantitativo de pessoas com hipertensão cadastradas no E-SUS no município de Sobral, e por CSF, junto à

... Hipertensão Arterial Sistêmica é capaz de prejudicar a qualidade de vida de pessoas...

Secretaria da Saúde. Foram identificadas, no E-SUS, 16.343 pessoas com hipertensão no município de Sobral, em 2018.

Seguidamente, selecionaram-se os dois territórios com quantitativos mais expressivos de hipertensos do município. A partir desses dados, foi realizado o cálculo amostral e obtido um valor de 194 participantes, que correspondiam ao perfil investigado no estudo.

Dessa forma, após aplicação dos critérios de exclusão, participaram do estudo 125 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), assistidas por equipes dos Centros de Saúde da Família (CSF).

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento SF-36 em sua versão validada para o Brasil. O referido instrumento é composto por 36 itens que avaliam as seguintes dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional (desempenho nas atividades relacionadas ao dia a dia); limitação por aspectos físicos (impacto da saúde física na vida da pessoa); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); limitação por aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); limitação por aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); e saúde mental (escala de humor e bem-estar)⁹.

Para tabulação dos dados, optou-se pelo uso do Excel. Foram utilizadas distintas técnicas de análise, de acordo com a natureza dos dados coletados. A análise dos escores do questionário SF-36 foi realizada a partir da pontuação de cada resposta do questionário e realização do cálculo de Raw Scale para cada domínio. Cada domínio foi avaliado em uma escala de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100, a um melhor, analisando cada dimensão separadamente⁹.

Este estudo foi conduzido em conformidade com

a Resolução Nº 466/2012 e todas suas complementares do CNS/MS. Apreciado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sob o Parecer Nº 2.102.876. Os indivíduos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e mediante autorização para coleta de dados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte desse estudo 125 participantes adultos diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados pela Atenção Primária à Saúde. Com relação ao sexo dos participantes, 81 (65%) eram do sexo feminino e 44 (35%) eram do sexo masculino. A faixa etária prevaleceu entre pessoas acima de 50 anos (109; 87,2%).

É possível observar a prevalência de mulheres que possuem a hipertensão arterial. Este diferencial tem sido explicado pela maior percepção da mulher aos sinais e sintomas físicos e pela maior procura por assistência médica nos serviços de saúde¹⁰. Enquanto que os homens, devido a não periodicidade de exames e falta de cuidados com a própria saúde, demoram mais tempo a receber o diagnóstico da doença.

Os dados demonstram a prevalência da hipertensão na população acima de 50 anos, fato este que colabora para o aumento de comorbidades e agravos à saúde. Este fato é compatível com a história natural da HAS e com o acúmulo de fatores de risco durante a vida. Quanto mais precoces as ações de promoção à saúde maiores as chances de redução do surgimento, também precoce, das principais doenças que acometem os idosos na atualidade¹¹.

Na relação entre longevidade e qualidade de vida, existem combinações de vários fatores, entre eles doenças biológicas e mentais, controle cognitivo, perdas de papéis ocupacionais e status social, perdas afetivas, dentre outras. Qualidade de vida, nessa idade, compreende determinantes de bem-estar tanto no campo físico quanto mental, interpessoal, espiritual e material¹².

Levando-se em consideração que o conceito de qualidade de vida compreende múltiplas dimensões da vida humana e a consistência dos escores referidos pelos pacientes sobre sua qualidade de vida, os domínios do SF-36 foram analisados conforme os seguintes aspectos: estado de saúde dos indivíduos, aspectos físicos e psicossociais.

Estado de saúde dos Indivíduos

O aspecto de estado de saúde dos indivíduos considera os domínios vitalidade e estado geral de saúde do questionário SF-36, de acordo com os escores obtidos dos 125 participantes, conforme a Tabela 1. Ressalta-se que as médias obtidas foram analisadas em uma escala de 0 a 100, em que quanto mais próximo de zero pior a qualidade de vida, e quanto mais perto de 100 melhor a qualidade de vida.

Tabela 1- Estado geral do indivíduo e vitalidade, conforme questionário SF-36. Sobral, CE, 2019.

	Média	Desvio padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Estado geral de saúde	54,52	17,15	5	100
Vitalidade	61,96	24,17	10	100

Fonte: Dados da pesquisa.

O estudo identificou a autoavaliação dos indivíduos sobre sua saúde e obteve uma média de 54,52. Essa média obtida representa um valor mediano, ou seja, os indivíduos autoavaliaram sua saúde como não sendo nem excelente e nem muito ruim, indicando que o paciente hipertenso percebe a gravidade da sua doença¹¹. Esse fato se dá pela taxa de controle da doença e devido suas complicações que comprometem a vida cotidiana¹³.

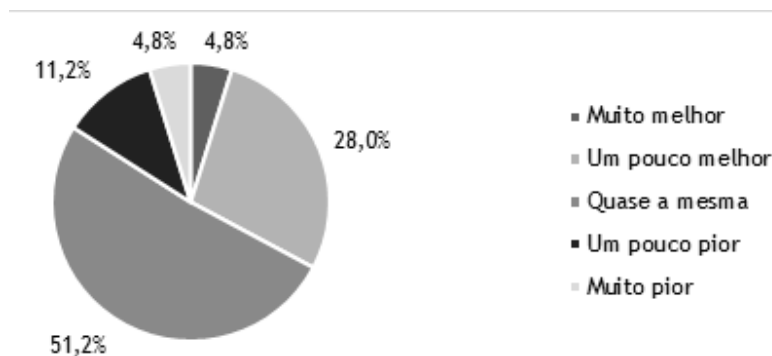
Na atualidade, o termo saúde tem influenciado diretamente o estado de saúde e qualidade de vida das populações, grupos sociais ou indivíduo. O estilo de vida pode ser determinante para a apropriação dos atributos que irão favorecer a condição de saúde satisfatória ou não para o hipertenso¹⁴.

Já o domínio vitalidade é responsável por representar a energia, disposição e cansaço dos participantes. Na Tabela 1 é possível observar que o domínio vitalidade foi o que teve a maior pontuação com média de 61,96.

Esse fato demonstra que conviver com a hipertensão interfere na disposição, principalmente quando associado à fadiga, idade e tempo de instalação da doença¹⁵, porém não representa um fator agravante para a piora da qualidade de vida.

Com o questionário SF-36, é possível analisar o estado de saúde dos participantes de forma mais ampla. A Figura 1 explora como o participante percebia sua saúde no atual momento em comparação há um ano.

Figura 1- Percepção do estado de saúde dos participantes comparado há um ano. Sobral, CE, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Figura 1, 64 participantes (51,2%) referiram que percebem sua saúde quase a mesma há um ano, podendo se justificar provavelmente devido as manifestações clínicas relacionadas à etiologia da HAS e ao tratamento instituído, o que reflete na pouca melhoria do estado geral de saúde do participante ao longo do tempo¹⁶.

Aspectos físicos

Aqui, foram abordados os aspectos físicos que afetam a qualidade de vida das pessoas com hipertensão. Foram, então, explorados considerando os domínios dor, limitação por aspectos físicos e capacidade funcional do questionário SF-36, com o objetivo de analisar o impacto da HAS nas atividades de vida diárias e nas limitações e capacidades do corpo (Tabela 2).

Tabela 2- Dor, limitação por aspectos físicos e capacidade funcional do questionário SF-36. Sobral-CE, 2019.

	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Capacidade Funcional	53,16	33,13	0	100
Limitação por aspectos físicos	45,2	48,86	0	100
Dor	60,66	31,64	0	100

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos domínios ou escalas do SF-36, a capacidade funcional avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física, a proporção que essas limitações influenciaram a vida diária do paciente e a intensidade de dor que o paciente sente¹⁷.

O valor médio do domínio capacidade funcional foi de 53,16. Em escala de 0 a 100, é possível analisar que a hipertensão tem influência na capacidade funcional, mas não se configura como fator de risco para funções desempenhadas pelos hipertensos.

Já em relação ao domínio limitações por aspectos físicos, o valor médio foi de 45,2. Em contrapartida ao valor obtido na capacidade funcional, a presença de limitações físicas influencia de forma direta nas atividades diárias dos participantes, fator agravante para a qualidade de vida.

As limitações obtidas pela HAS incluem vertigem, cefaleia, e que devido a sua evolução rápida e, por vezes, com baixa adesão dos pacientes ao tratamento prescrito, é possível se agravar e causar limitações definitivas como AVC, doença arterial coronariana, doença arterial periférica, renal crônica e insuficiência cardíaca¹⁸.

No domínio dor, a média obtida foi 60,66. Estudo mostra que a dor não é um sintoma que acompanha a HAS, a própria doença é considerada assintomática na grande maioria dos pacientes. A dor normalmente aparece quando HAS está associada a outra patologia ou quando apresenta uma complicação cardiovascular¹¹.

Aspectos psicossociais

Aspectos sociais e psicológicos avaliam a integração do paciente com atividades sociais, além de verificar a ansiedade, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico¹⁷. Considerando isso, analisou-se esse quesito a partir do questionário SF-36, apresentando como resultados o que consta na Tabela 3.

Tabela 3- Aspectos sociais, saúde mental e limitação por aspectos emocionais do questionário SF-36. Sobral, CE, 2019.

	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Aspectos sociais	71,4	28,14	0	100
Saúde mental	66,27	21,78	0	100
Limitação por aspectos emocionais	48,53	49,26	0	100

Fonte: Dados da pesquisa.

No domínio limitação por aspectos emocionais, a pontuação média foi de 48,53. A influência da HAS, nesse aspecto, dá-se em razão da necessidade de mudar os hábitos, principalmente alimentares, interferindo em atividades de lazer¹⁵.

Em aspectos sociais a pontuação média foi de 71,4. É possível inferir que a pontuação melhorada nesse domínio possui relação com maior suporte social e familiar e que, apesar dos agravos existentes à saúde dos hipertensos, possibilitam a oferta de apoio para superação das dificuldades enfrentadas¹⁹.

O domínio saúde mental foi a segunda maior pontuação, com média de 66,27. Médias relativamente próximas nos aspectos saúde mental e aspectos sociais demonstram que a HAS tem baixa interferência no bem-estar psicossociais dos participantes.

Diante do exposto, pode-se observar que portadores de HAS, que participaram da amostra, são influenciados por diversas limitações nas atividades de vida diária em decorrência da HAS. Quer por limitações de aspecto físico, em virtude da fadiga, cansaço e indisposição. Ou ainda, por limitações nos aspectos mentais, dada as dificuldades que o portador de HAS tem em mudar hábitos e estilo de vida para controle da pressão arterial. Contudo, possuem baixa interferência em domínios como aspectos sociais, saúde mental e dor.

Estes achados reforçam a importância dos investimentos que vêm sendo feitos, não só no Brasil, mas também no mundo, para o enfrentamento das DCNT como a hipertensão, para além do tratamento medicamentoso, visto que há consenso científico acerca dos efeitos positivos das mudanças no estilo de vida e do monitoramento frequente de fatores que interferem na HAS e na qualidade de vida²⁰.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar, por meio do questionário SF-36, a autopercepção dos hipertensos sobre sua qualidade de vida. Dessa forma, concluiu-se que os hipertensos percebem que sua saúde não é muito boa e a presença de limitações físicas influencia diretamente nas atividades diárias refletindo na qualidade de vida prejudicada, apesar da baixa interferência da hipertensão no bem-estar psicossocial dos participantes e nas causas de dor.

O domínio mais comprometido entre os participantes do estudo foi limitação por aspecto físico, com média de 45,2, revelando entre os participantes que este é uma característica que atinge a qualidade de vida, por ser um fator que restringe hábitos e as atividades diárias. Já o domínio com maior média foi o de aspectos sociais (71,4) demonstrando que os participantes possuem um bom suporte social e familiar, apesar da interferência da HAS em atividades de lazer, hábitos e estilo de vida.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade eminente de mudança do olhar para a HAS, reforçando

a importância de desenvolver estratégias de suporte e apoio na rede de atenção básica, para melhoria e ampliação do cuidado ofertado aos pacientes portadores de hipertensão. Os achados evidenciam também a necessidade da realização de mais estudos sobre essa temática, a fim de abordar as diversas conjunturas que interferem na qualidade de vida de pacientes hipertensos e qualificar a assistência ofertada.

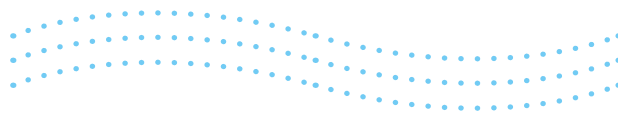
CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Paloma de Vasconcelos Rodrigues contribuiu com o delineamento, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. **Maria Socorro de Araújo Dias** contribuiu com a concepção, delineamento, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada. **Maria da Conceição Coelho Brito** contribuiu com o delineamento do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual. **Marina Pereira Moita** contribuiu com o delineamento do artigo e redação do artigo. **Lielma Carla das Chagas Silva** contribuiu com a concepção e o delineamento do artigo. **Andrea Carvalho Araújo Moreira** contribuiu com a revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

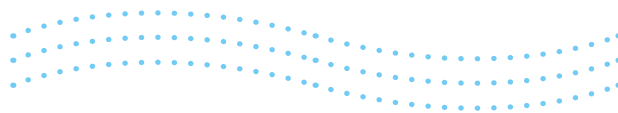
1. Rouquayrol MZ, Gurgel M. Epidemiologia e Saúde. 7 Ed. Rio De Janeiro: Medbook, 2013.
2. Weber MA, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the american society of hypertension and the international society of hypertension. J Hypertens [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 16];32(1):3-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24341872>.
3. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Aplicação Da Versão Em Português Do Instrumento Abreviado De Avaliação De Qualidade De Vida "Whoqol-Bref". Rev Saúde Pública [internet]. 2000 [cited 2019 Jan 02];34:178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>.
4. Gomes DA, Bezerra EM, Silva FC, Costa TP, Ribeiro MD, Dampelo GO. Avaliação da qualidade de vida em idosos hipertensos atendidos em clínica de fisioterapia. Sanare [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 03];14(1):33-7. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/issue/view/25>.
5. Araújo FNF, Figueiredo TMR, Cardoso MAA, Paes NA, Alencar HE, Santos MA. Efetividade Das Ações De Controle Da Hipertensão Arterial Na Atenção Primária À Saúde. Rev Pesq Saúde [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 12];17(2):80-6. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6025>.
6. Stewart SI, et al. Viper-Bp Study Investigators. More Rigorous Protocol Adherence To Intensive Structured Management Improves Blood Pressure. J Hypertens [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 10];32(6):1342-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24759125>
7. Gewer DM, Bandeira VA, Gelatti GT, Collet CF, Oliveria KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária. Saúde debate [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 23];42(116):179-80. Available from: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/179-190/>.
8. IBGE. Diretoria De Pesquisas, Coordenação De População E Indicadores Sociais, Estimativas Da População Residente Com Data De Referência 1o De Julho De 2018. 2018. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>>.
9. Ciconelli RM. Tradução Para O Português E Validação Do Questionário Genérico De Avaliação De Qualidade De Vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (Sf-36)" [Tese]. São Paulo: Universidade Federal De São Paulo; 1997.
10. Zangirolani LM, Assumpção D, Medeiros MA, Barros MA. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. Ciên. Saúde Colet [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 12];23(4):1221-32. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n4/1221-1232/>.
11. Francisco PM, Segri NJ, Borim FS, Malta D.C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 02];23(11):3829-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103829&lng=pt&rm=iso.
12. Silva CC, et al. Condições de saúde e qualidade de vida de idosos participantes de um programa de responsabilidade social. Rev. Aten. Saúde. [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 24];15(52):15-20. Available from: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saud
13. Dantas RC, Roncalli RA. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. Ciênc saúde colet. [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 25];24(1):295-306. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n1/295-306/>.
14. Silva RAR, Sakon PO. Auto percepção do estado de

saúde de hipertensos. Rev enferm UFPE [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 21];12(7):1826-34. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986525>.



15. Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia Da Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Moreira Sm, Paola Av; Sociedade Brasileira De Cardiologia. Livro Texto Da Sociedade Brasileira De Cardiologia. 2ª. Ed. São Paulo: Manole; 2015.p.780-5.

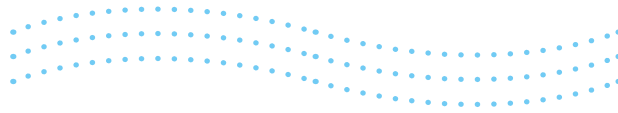
16. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MT, Moreira MT, Lopes MV. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014. [cited 2019 Jan 02];24(4):933-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400025.



17. Suzano DS, Almeida MC, Massa LD, Wegred M. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. Saúde em redes [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 03];2(1): 53-63. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/660>.

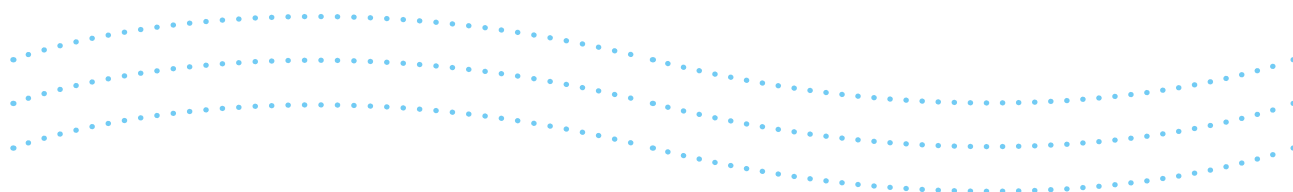
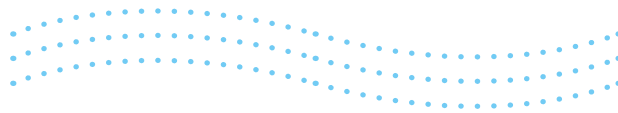
18. Sociedade Brasileira de Hipertensão. 7ª diretriz brasileira de Hipertensão Arterial. Brazilian Journal Hypertension [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 16];24(1):1-91. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>.

19. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento Da Atenção Básica. Política Nacional Da Atenção Básica. Brasília: Ministério Da Saúde. 2014.



20. Nunes LC, Santos CA, Serra MA. Fatores de risco e cuidados de enfermagem ao idoso hipertenso: revisão integrativa. Revista Sanare [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 13];13(2). Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/581>.

21. Malta DC, Silva Júnior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 25];22(1):151-64. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016.



PACIENTES NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

EMERGENCY SERVICE PATIENTS: SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE AND NURSING CARE

PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Keila Maria de Azevedo Ponte ¹Kairo Cardoso da Frota ²Maria Gabriela Miranda Fontenele ³Antônia Rejania Ávila ⁴Rosemary Marques de Moraes ⁵Milena Melo de Abreu ⁶**Palavras-chave:**Cuidados de Enfermagem;
Emergência; Perfil de Saúde.**Keywords:**Nursing Care; Emergency Care;
Health Profile**Palabras clave:**Atención de Enfermería;
Urgencias; Perfil de Salud**Submetido:**

08/03/2019

Aprovado:

12/10/2019

**Autor(a) para
Correspondência:**Kairo Cardoso da Frota
R. Monsenhor Joaquim Arnóbio
de Andrade, 84
Pedrinhas - Sobral (CE)
62040-780
E-mail: kairo.enfer@gmail.com**RESUMO**

Este artigo descreve o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos na emergência e verifica os cuidados de enfermagem prestados. Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, realizada de agosto a dezembro de 2017 no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) com 106 participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Parecer n. 793.626/2014. Os resultados evidenciaram prevalência de indivíduos do sexo masculino (66%), dos quais 53% não estavam internados, mas em observação hospitalar, e 83,97% eram residentes de municípios circunvizinhos. A média de idade dos participantes do estudo foi de 58 anos e os diagnósticos prevalentes foram acidente vascular encefálico (AVE) (46%), traumatismo cranioencefálico (TCE) (16%) e politraumatismo (11%). Os cuidados de enfermagem envolveram, no acolhimento, elaboração do histórico e exame físico (em 90,57% e 87,74% dos casos, respectivamente), e os sinais vitais foram verificados em todos os casos. Tais achados destacam a relevância de identificar o perfil de pacientes atendidos na emergência, visto que isso potencializa os subsídios para a elaboração de estratégias de melhoria do atendimento a esses usuários, além de possibilitar o adequado planejamento das intervenções de enfermagem.

1. Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). E-mail: keilinhaponte@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

2. Aluno de Graduação em Enfermagem na UVA. E-mail: kairo.enfer@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7887-327X>

3. Enfermeira. Aluna de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: maria.gabriela129@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5010-921X>

4. Enfermeira na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS). E-mail: rejania@stacasa.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6086-8889>

5. Enfermeira na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS). E-mail: mary@stacasa.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7548-4914>

6. Enfermeira na Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS). E-mail: enfermilena@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4991-0457>

ABSTRACT

This article describes the sociodemographic and clinical profile of emergency patients and assesses the nursing care provided. This is an exploratory and descriptive research, with quantitative approach, conducted from August to December 2017 at the emergency service of the Holy House of Mercy of Sobral (Santa Casa de Misericórdia de Sobral [SCMS]) with 106 participants. The study was approved by the Human Research Ethics Committee from Universidade Estadual Vale do Acaraú, under Opinion No. 793,626/2014. The results showed a prevalence of men (66%), out of which 53% were not admitted to hospital stay, but underwent in-hospital observation, and 83.97% were residents of surrounding municipalities. The average age of the study participants was 58 years and the prevalent diagnoses were stroke (46%), traumatic brain injury (TBI) (16%), and polytrauma (11%). Nursing care involved, during user embracement, patient's history and physical examination (in 90.57% and 87.74% of the cases, respectively), and vital signs were assessed in all the cases. Such findings highlight the relevance of raising the profile of emergency care patients, as this increases the resources for creating strategies to improve users' care and also enables proper planning of nursing interventions.

RESUMEN

Este artículo describe el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes de urgencia y evalúa la atención de enfermería brindada. Esta es una investigación exploratoria y descriptiva, con enfoque cuantitativo, realizada de agosto a diciembre de 2017 en el servicio de urgencias de la Santa Casa de la Misericordia de Sobral (Santa Casa de Misericórdia de Sobral [SCMS]) con 106 participantes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana de Universidade Estadual Vale do Acaraú, bajo la Opinión No. 793.626/2014. Los resultados mostraron una prevalencia masculina (66%), el 53% de estos individuos no fueron ingresados en el hospital, pero fueron sometidos a observación hospitalaria, y el 83,97% eran residentes de municipios vecinos. La edad promedio de los participantes del estudio fue de 58 años y los diagnósticos prevalentes fueron accidente cerebrovascular (ACV) (46%), lesión cerebral traumática (LCT) (16%) y politraumatismo (11%). La atención de enfermería incluyó, durante el acogimiento, la historia y el examen físico (en el 90,57% y el 87,74% de los casos, respectivamente), y se evaluaron los signos vitales en todos los casos. Tales hallazgos resaltan la relevancia de identificar el perfil de los pacientes del servicio de urgencias, ya que esto aumenta los recursos para crear estrategias para mejorar la atención de estos usuarios y también permite una planificación adecuada de las intervenciones de enfermería.

INTRODUÇÃO

A busca pelos serviços de pronto-socorro em todo o país tem sido crescente e preocupante, tanto para os órgãos gestores de saúde como para a população¹. Sabe-se que o caos e a superlotação, principais problemas enfrentados atualmente pelos serviços de emergência, são causados por diversos fatores, dentre os quais se destacam a falta de estrutura na rede de atendimento primário e o aumento crescente da violência urbana e dos acidentes de trânsito².

Nessa perspectiva, tais unidades, consideradas a principal porta de entrada em uma instituição hospitalar, requerem uma estrutura mais complexa do que a de outros serviços³. Os atendimentos em unidades de emergência exigem, além da análise das condições materiais, tecnológicas e de pessoal, o estudo da organização e gestão dos processos de trabalho em saúde².

Assim, vale ressaltar a importância do trabalho diferenciado do enfermeiro para lidar com as demandas nas unidades de pronto-socorro. Além das

competências técnicas necessárias para realizar os procedimentos de enfermagem, cabe ao enfermeiro: a) organizar e planejar a assistência a ser prestada; b) disponibilizar recursos humanos, materiais e equipamentos; c) coordenar e distribuir sua equipe; d) garantir a qualidade e segurança do atendimento; e e) interagir com a equipe multidisciplinar de saúde, dentre outras atribuições⁴.

Para a melhor elaboração dos planos de ação que efetivem os cuidados nas emergências hospitalares, mostra-se indispensável conhecer o perfil dos pacientes inseridos nesses serviços e a assistência prestada pela equipe de enfermagem. Tais conhecimentos possibilitam adequar as características e as necessidades da população para a criação de políticas públicas de saúde que proporcionem qualificação do atendimento e aumento da resolutividade⁵.

Diante do exposto, o interesse em explorar essa temática se deve à necessidade de conhecer o histórico dos pacientes no serviço de emergência

de um hospital de referência no norte do Estado do Ceará, com vistas à melhoria do atendimento aos usuários, com base na seguinte questão norteadora:

- Qual é o perfil sociodemográfico e clínico e quais são os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes em um serviço de emergência?

Quanto aos objetivos, busca-se:

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em um serviço de emergência; e

- Verificar os cuidados de enfermagem prestados.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no serviço de emergência hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), no período de agosto a dezembro de 2017. Trata-se de instituição hospitalar de referência regional e estadual em atendimento de saúde de média e alta complexidade.

A coleta de informações deste estudo foi realizada a partir de entrevista com questões envolvendo os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes admitidos na emergência, além dos cuidados de enfermagem realizados.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) usuários maiores de 18 anos; e b) usuários que estivessem no serviço de emergência por mais de 12 horas (nas condições de observação ou internação). Já o critério de exclusão foi: a) pacientes na unidade de cuidados intensivos (UCI). Os participantes foram abordados obedecendo tais critérios e, inicialmente, apresentavam-se os objetivos da pesquisa e os aspectos éticos envolvendo estudos com seres humanos; posteriormente, aplicou-se o questionário. Foram abordados 139 usuários durante o período de coleta de dados, dentre os quais 106 aceitaram participar e compuseram a amostra final do estudo.

Vale ressaltar que a coleta de informações não interferiu na assistência prestada e, a depender da situação clínica, as perguntas eram respondidas pelos acompanhantes dos pacientes.

Os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel*, versão 2010, e organizados no *software SPSS*, versão 16.0, o qual possibilitou a construção de tabelas e gráficos estatísticos. Todo o material foi analisado e discutido com base na literatura pertinente.

Cumpriram-se todos os preceitos da Resolução n.

...diversos fatores fazem com que os homens procurem menos os serviços de saúde do que as mulheres.

466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos (como a confidencialidade dos dados e a privacidade dos sujeitos). Assim, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Parecer n. 793.626/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes admitidos no serviço de emergência (53%) se encontrava em observação, ao passo que 47% estavam internados. A média de idade dos participantes do estudo foi de 58 anos (com idade máxima de 97 anos e idade mínima de 18 anos). Observou-se prevalência de indivíduos do sexo masculino (66% dos entrevistados).

De acordo com um estudo⁶, diversos fatores fazem com que os homens procurem menos os serviços de saúde do que as mulheres. No entanto, novas tendências demonstram que eles têm buscado a resolução de seus problemas de saúde, sobretudo, nas unidades emergenciais, devido à indisponibilidade de tempo para recorrer a unidades básicas de atendimento ou por considerarem tal assistência de melhor qualidade, adotando a quantidade de profissionais como indicador de bom atendimento⁷.

Para caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes, adotaram-se as seguintes variáveis: a) estado civil; b) ocupação; c) escolaridade; e d) local de origem. A Tabela 1 ilustra as variáveis sociodemográficas dos pacientes da emergência no período analisado.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas de pacientes em serviço de emergência. Sobral, 2018.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Estado civil		
Com companheiro fixo	88	83,02
Sem companheiro fixo	18	17,98
Ocupação		
Aposentado(a)	46	43,40
Agricultor(a)	20	18,87
Desempregado(a)	17	16,04
Estudante	06	5,66
Comerciante	04	3,77
Outra(s)	13	12,26
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	48	45,29
Analfabeto	36	33,96
Ensino Fundamental completo	13	12,27
Ensino Médio incompleto	04	3,77
Ensino Médio completo	04	3,77
Ensino Superior incompleto	01	0,94
Procedência		
Municípios circunvizinhos	89	83,97
Sobral	17	16,03
Total	106	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Observa-se prevalência de pacientes com companheiro fixo (83,02%) e aposentados (43,40%). A maior parte deles apresentava baixo nível de escolaridade, destacando-se o Ensino Fundamental incompleto (45,29%), enquanto apenas 0,94% tinha Ensino Superior incompleto, não havendo casos de indivíduos com Ensino Superior completo. Tais achados induzem à percepção de que esses pacientes podem ter dificuldade para compreender as orientações médicas e de enfermagem relativas ao cuidado ou ao autocuidado⁸.

Constatou-se que a população que mais busca o serviço de emergência advém de outros municípios (83,97%). Apenas 16,03% dos casos envolvem indivíduos residentes em Sobral. Trata-se de uma tendência inversa ao que discute um estudo¹, no qual o maior uso do serviço de emergência se relaciona a menor distância da moradia até ele.

Nesse contexto, Sobral se caracteriza como um município de referência no setor saúde em nível regional e estadual. O serviço de emergência em questão recebe casos não resolvidos de média e alta complexidade dos municípios circunvizinhos. Tais atributos levam o pronto-socorro da instituição hospitalar em questão a atender uma demanda majoritariamente externa, porém, muitos casos que poderiam ser solucionados em seus municípios de origem são encaminhados a Sobral.

Ao analisar a presença dos pacientes em outra unidade de saúde antes da busca pelo serviço de emergência se obteve um índice de 76%, ou seja, a maior parte dos pacientes do pronto-socorro são encaminhados por outros serviços.

Nesse sentido, a Central de Regulação Estadual do Sistema Único de Saúde no Ceará (CRESUS/CE) regula e controla a internação hospitalar e a marcação de consultas, o que, por sua vez, integra os estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do *software UNISUS WEB* – onde os gestores das três instâncias da rede de saúde utilizam protocolos assistenciais e critérios de priorização de risco e vulnerabilidade⁹.

A ideia central é que os pacientes sejam atendidos em sua microrregião e direcionados à macrorregião somente quando demandam atendimento de maior complexidade. A SCMS faz parte das 5 macrorregiões cearenses: a) Fortaleza; b) Sobral; c) Sertão Central; d) Litoral Leste/Jaguaribe; e e) Cariri.

Em meio às possibilidades de melhoria, a gestão de leito tem o caráter de otimizar as prioridades nas admissões e internações, como no pronto atendimento. Logo, o serviço social hospitalar realiza o controle do fluxo desses pacientes eletivos no que se refere a via de acesso, transferências externas e alta hospitalar, o que visa a diminuir o tempo de internação desnecessária e abrir vagas para demandas represadas¹⁰.

Quanto ao perfil clínico dos pacientes, analisaram-se o dia da semana na data da admissão, o diagnóstico atual, os sinais e sintomas iniciais, o tempo desde o início deles, os sintomas do paciente no momento da entrevista, os antecedentes pessoais e os exames complementares realizados na emergência.

Quanto ao dia da semana de admissão, observou-se prevalência da segunda-feira (23%), seguida pela quarta-feira (19%) e pelo domingo (14%), enquanto a sexta-feira (9%) foi o dia com menor quantidade de admissões.

Em uma pesquisa¹¹, as admissões ocorreram, sobretudo, no decorrer da semana. No entanto, pode-se inferir que a segunda-feira apresenta mais admissões devido ao fato do hospital em estudo constituir referência em trauma e receber todas as situações envolvendo acidentes graves no município e nas cidades circunvizinhas – tais ocorrências são mais frequentes no final de semana, acarretando atraso da demanda para o início da admissão.

No que tange aos diagnósticos dos pacientes, a Figura 1 ilustra os casos analisados no período da coleta de informações.

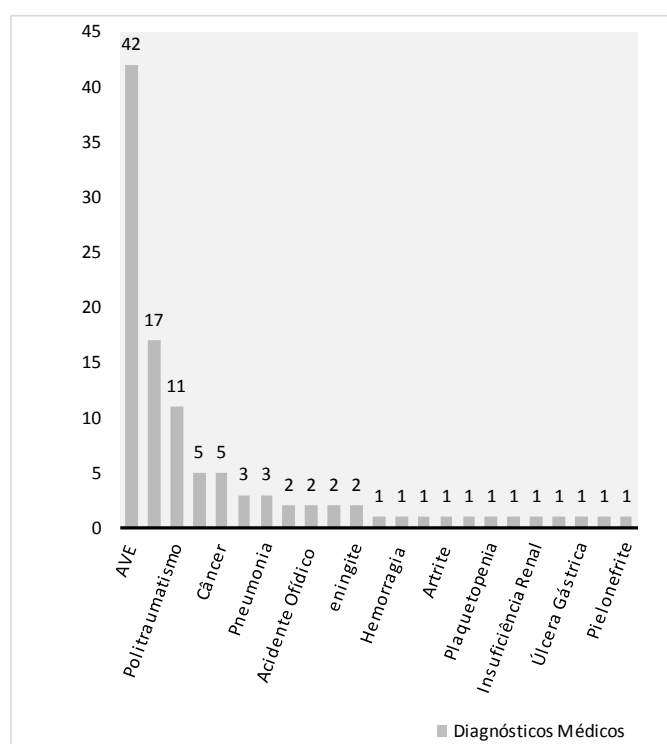


Figura 1. Distribuição dos diagnósticos médicos dos pacientes no serviço de emergência. Sobral, 2018.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os diagnósticos prevalentes foram acidente vascular encefálico (AVE) (46%), traumatismo cranioencefálico (TCE) (16%) e politraumatismo (11%).

O AVE constitui um sério problema de saúde pública, sendo considerado a segunda maior causa de morte no mundo e a primeira causa de incapacidade permanente entre os adultos. As unidades de emergência não possuem padronização, triagem ou protocolo que proporcione aos profissionais da saúde o reconhecimento e o diagnóstico precoce da doença, de modo que o tempo entre a admissão da vítima e seu atendimento pelo neurologista se torna longo demais, aumentando a permanência desses pacientes nas unidades hospitalares¹².

O TCE é definido como todo tipo de agravo que acarreta lesão anatômica, comprometimento funcional

ou ambos, envolvendo estruturas ósseas cranianas e encefálicas, o que pode alterar permanentemente as habilidades e perspectivas do paciente e mudar a vida de seus familiares, além de ocasionar incapacidade e até o óbito¹³. Tal afecção se encontra associada a politraumatismo e múltiplas lesões de diversas naturezas, determinadas por agentes mecânicos, que podem comprometer diversos órgãos e sistemas¹⁴.

Nesse sentido, observa-se que, embora a demanda do serviço em questão decorra, prevalentemente, de AVE, TCE e politraumatismo (73%), no serviço de emergência há um diferencial quanto à variabilidade das situações de atendimento, o que reforça sua complexidade e a necessidade de maior conhecimento por parte de seus profissionais². Observa-se prevalência dessas patologias neste estudo por se tratar de hospital de referência em trauma e situações neurológicas para todo o Norte do Ceará.

A Figura 2 ilustra os sinais e sintomas iniciais dos pacientes – que os incentivaram a buscar o serviço emergencial.

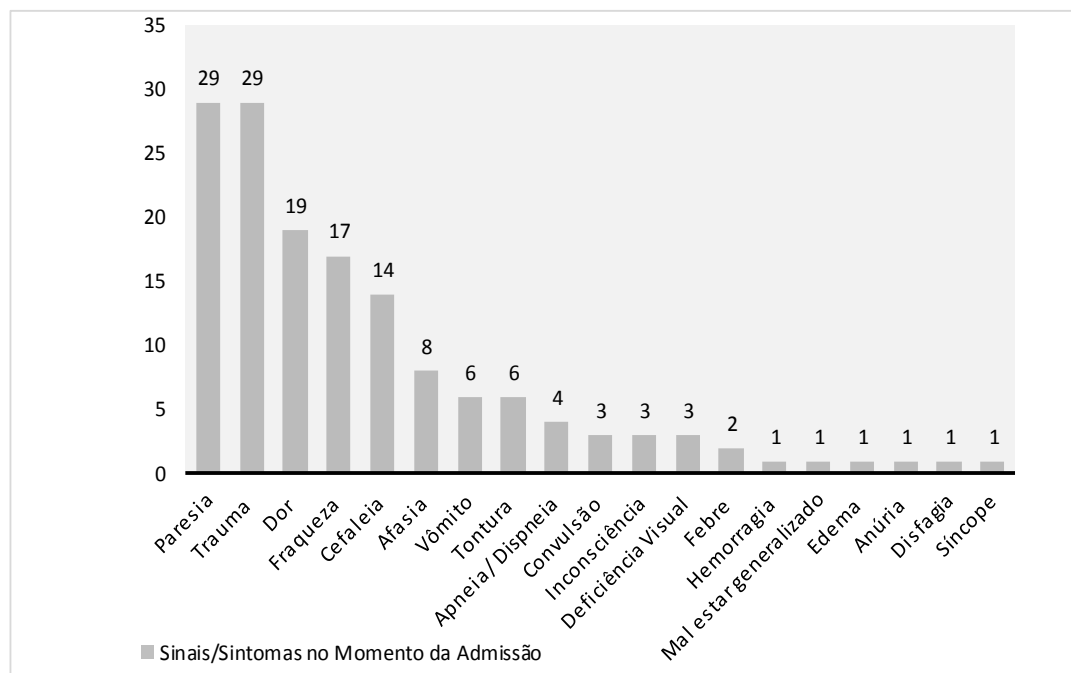


Figura 2. Sinais/sintomas no momento da admissão. Sobral, 2018.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Evidenciou-se que os sinais e sintomas mais presentes no momento da admissão foram trauma e paresia, representando, juntos 58%, e eles têm relação com os diagnósticos apresentados pelos participantes do estudo. O trauma está relacionado à grande demanda de vítimas de acidentes de trânsito atendidos no hospital, visto que a principal referência do setor emergencial é a traumatologia, enquanto a paresia está associada à demanda de AVE.

O início dos sinais e sintomas variou, como ilustra a Figura 3.

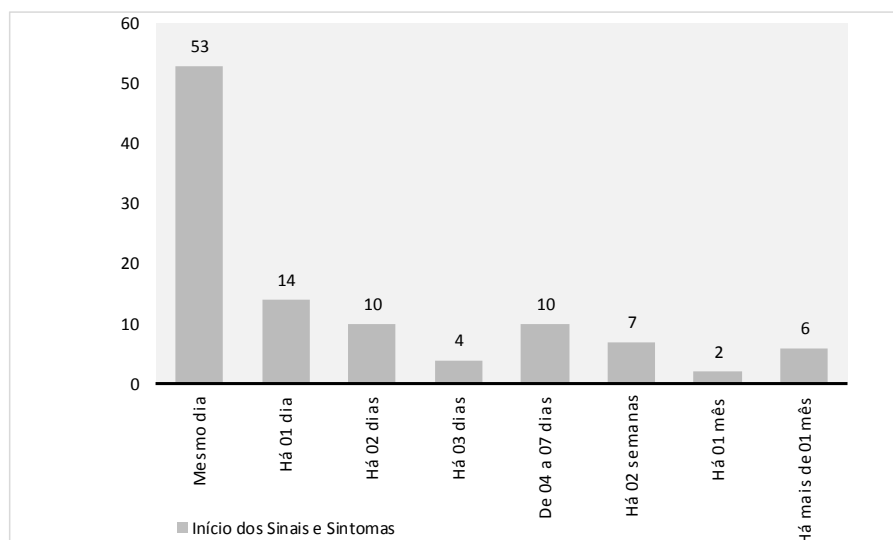


Figura 3. Tempo de início dos sinais e sintomas no momento da admissão. Sobral, 2018.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Verificou-se que 50% dos pacientes entrevistados iniciaram os sintomas no mesmo dia da admissão. Isso denota que eles procuraram o serviço de emergência quando necessitavam de atendimento imediato. A menor taxa foi de 2%, quantitativo que representa os pacientes cujos sintomas se iniciaram um mês antes, logo, isso nos leva a refletir sobre a baixa resolutividade na rede da Estratégia Saúde da Família (ESF), por caracterizar situações não emergenciais.

Quanto aos sinais e sintomas referidos pelos pacientes no momento da entrevista, verificou-se prevalência da ausência de sintomas (40%) e de dor (21%). Em 17% dos casos, o paciente não tinha condições de verbalizar sua situação. Identificou-se, ainda, cefaleia (12%), tontura (3%), dispneia (2%), paresia (1%), fadiga (1%), desconforto geral (1%) e vertigem (1%). Espera-se que uma equipe de saúde focada em assistência qualificada influencie o alcance de resultados práticos, onde as metas sejam alcançadas em conjunto pela equipe multidisciplinar, o que reflete diretamente no conforto do paciente e na suavização de suas queixas principais.

Um estudo bibliográfico² evidenciou que os sinais e sintomas mais presentes nos serviços de emergência são dispneia, dor, sudorese, náuseas, febre, cefaleia e tontura – o que se verificou, majoritariamente, neste estudo.

Nessa perspectiva, levantar a sintomatologia dos pacientes em situações emergenciais garante apoio para a prestação de uma assistência adequada e eficiente, o que demanda profissionais capacitados, treinados e dedicados².

No que concerne aos antecedentes pessoais, verificou-se que 50% dos participantes faziam uso de álcool constantemente, 47,17% se declararam hipertensos, 40,57% eram tabagistas, 25,47% eram diabéticos, 21,7% reportaram AVE e 17,92% eram cardiopatas.

Conhecer e compreender tais antecedentes aproxima as práticas assistenciais de emergência àquelas de promoção à saúde, ao passo que abrem caminho para orientações preventivas aos indivíduos. Assim, é fundamental desenvolver a capacidade voltada à promoção da saúde nesses ambientes, o que deve envolver um processo contínuo de formação profissional¹⁵.

Em relação aos exames complementares realizados no período de permanência no setor hospitalar, aqueles de diagnóstico por imagem foram os mais solicitados (81,13%), seguidos pelos exames laboratoriais, como os de sangue (57,55%) e de urina (15,09%). Logo, como evidenciado em um estudo¹⁶, tais exames são amplamente utilizados nos serviços emergenciais para a avaliação e o acompanhamento dos pacientes. Os enfermeiros sempre devem estar atentos aos exames realizados ou a realizar, pois essa é uma de suas atividades de apoio à equipe de saúde.

No tocante aos cuidados de enfermagem implementados, descrevem-se a seguir as práticas assistenciais realizadas no momento da admissão do paciente, os principais procedimentos, os tipos de medicações

administradas e os cuidados pré-operatórios a pacientes com indicação cirúrgica, com base em evidências e achados clínicos, tendo como diretrizes os protocolos clínicos e os protocolos de enfermagem institucionais vigentes, que contribuem para o desfecho satisfatório.

Quanto à admissão pela enfermagem, o histórico foi investigado em 90,57% dos pacientes e aplicou-se o exame físico em 87,74% deles. Os sinais vitais foram avaliados em 100% dos casos.

Nesse contexto, o histórico de enfermagem, que envolve a entrevista e o exame físico do paciente, possibilita a identificação de suas necessidades e seus problemas, o que contribui para a implementação de ações de enfermagem mais eficientes diante dos problemas identificados. Logo, quando essa etapa não é posta em prática, como relatado por alguns participantes deste estudo, as fases seguintes do processo de cuidado podem ser afetadas¹⁷.

No que concerne à aferição dos sinais vitais, reconhece-se que esse é um importante indicador de resultado do cuidado seguro e o efetivo controle é influenciado por uma cultura organizacional de segurança ativa, que deve estar em consonância com a revisão dos processos de trabalho, a acessibilidade de materiais básicos e, especialmente, considerar os profissionais da saúde os principais parceiros da qualidade da assistência¹⁸. Nessa lógica, seu alcance na totalidade dos pacientes da emergência ilustra sua valorização pela equipe de enfermagem no cuidado e na avaliação do estado de saúde do indivíduo.

A Tabela 2 ilustra os cuidados de enfermagem realizados no serviço de emergência.

Tabela 2 – Cuidados de enfermagem no serviço de emergência. Sobral, 2018.

Cuidados de enfermagem	N	%
Punção venosa periférica	106	100
Medida de glicemia capilar	81	86
Coleta de sangue venoso	59	62
Curativo	30	32
Sondagem vesical	16	17
Sondagem nasogástrica	13	14
Mudança de decúbito	12	13
Banho no leito	12	13
Oxigenoterapia	9	9
Ventilação por pressão positiva	2	2
Total	106	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Infere-se que o planejamento das ações em enfermagem é basilar para a sistematização do trabalho nas organizações e nos serviços de saúde. Ele se reflete na qualidade da assistência aos pacientes, já que a falta de delineamento prévio tende a levar a cuidados imediatistas¹⁹.

Em relação aos tipos de medicações administradas, prevaleceram as endovenosas, fornecidas a 100% dos pacientes entrevistados, as orais foram administradas a 48,11%, as intramusculares a 5,66% e as subcutâneas a 0,94%.

Nesse sentido, o enfermeiro é considerado o profissional responsável pelo processo de administração de medicamentos, constituindo-se como líder da equipe de enfermagem e assumindo um papel fundamental tanto no cuidado ao paciente que se encontra em terapia medicamentosa quanto na disseminação do conhecimento acerca dessa prática na equipe²⁰.

Assim, diante das características clínicas dos pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência, a intervenção medicamentosa e a administração de fármacos com alto poder de ação são frequentes, tornando-se aliadas no processo de recuperação da saúde. Para tanto, a administração de medicamentos exige um cuidado intenso e requer conhecimentos específicos e especializados, pois qualquer falha durante essa atividade pode trazer consequências como reações adversas, reações alérgicas e erros de medicação, os quais podem ser devastadores e irreversíveis²⁰.

Em relação à indicação cirúrgica, apenas 2,83% dos pacientes a apresentava. Quanto aos cuidados pré-operatórios proporcionados pela enfermagem a esses pacientes, destaca-se que não havia sido dado, até o momento da entrevista, banho nos pacientes, apenas 1 paciente se submeteu a tricotomia, retirada de adornos e preparo psicológico, em 2 deles se verificou a tipagem sanguínea e em todos os casos houve punção para acesso venoso periférico.

*...planejamento
das ações em
enfermagem é
basilar para a
sistematização do
trabalho...*

O processo operatório, diante de sua complexidade no serviço de emergência, é uma das mais importantes e complicadas experiências para o paciente. Isso decorre dos fatores psicoemocionais e sociais envolvidos, além dos riscos cirúrgicos propriamente ditos. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem são fundamentais para a qualidade da assistência prestada. Assim, o enfermeiro assume um papel fundamental na superação das perspectivas terapêuticas, mediante a integralidade e a humanização da assistência preconizada pelo SUS²¹.

De modo geral, denota-se que uma constante atualização e melhoria das estratégias adotadas na atenção a pacientes graves deve ser posta em prática em todas as instituições de saúde, sendo o conhecimento do perfil dos pacientes um dos pilares dessa proposta. Além disso, não se pode deixar de lado as discussões acerca da necessidade de ambientes e materiais adequados para tal assistência nas unidades de emergência, visto que impactam diretamente na efetividade dos cuidados²².

CONCLUSÃO

Os pacientes no serviço de emergência analisado neste estudo tinham idade média de 58 anos, eram, sobretudo, do sexo masculino, têm companheiro fixo, são aposentados, têm Ensino Fundamental incompleto e residem em municípios circunvizinhos a Sobral.

O levantamento desse perfil clínico apresentou admissões principalmente nos finais de semana, sendo AVE, TCE e politraumatismo os diagnósticos médicos mais presentes. Os sinais e sintomas mais observados no momento da admissão foram trauma e paresia e no momento da entrevista prevaleceu a ausência de sintomas e dor. O início da sintomatologia ocorre, na maioria dos casos, no mesmo dia da admissão. Os exames mais realizados foram os de diagnóstico por imagem e os laboratoriais.

*...o enfermeiro
assume
um papel
fundamental na
superação das
perspectivas
terapêuticas...*

No acolhimento, os cuidados de enfermagem envolveram o levantamento do histórico e o exame físico na maioria dos pacientes e realizou-se verificação dos sinais vitais na totalidade dos casos. Os procedimentos mais frequentes foram punção venosa periférica, coleta de sangue venoso e medida de glicemia capilar. Os medicamentos foram administrados com maior frequência por via endovenosa e oral, além de haver poucas indicações cirúrgicas.

Os achados desta pesquisa ressaltam a relevância de compreender o perfil dos pacientes atendidos na emergência, visto que potencializam os subsídios para a elaboração de estratégias voltadas à melhoria do atendimento a esses usuários, além de possibilitarem o adequado planejamento das intervenções de enfermagem. A partir dos dados obtidos, políticas de saúde locais e protocolos de cuidados situados podem ser desenvolvidos e implementados com maior embasamento técnico-científico.

Por fim, a principal limitação desta pesquisa consiste no fato da quantidade de dados disponíveis ser considerada pequena, diante do total de pacientes que buscam o serviço de emergência, tendo em vista que a coleta de informações foi mediada pelo contato individual com os pacientes. Assim, aponta-se a necessidade de novos estudos para análise de amostras mais amplas, com coleta de dados em prontuários.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Keila Maria de Azevedo Ponte contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Kairo Cardoso da Frota** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Maria Gabriela Miranda Fontenele** contribuiu com a realização da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Antônia Rejania Ávila, Rosemary Marques de Moraes e Milena Melo de Abreu** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira GN, Silva MFN, Araújo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev Latinoam Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Jan 2];19(3):1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14

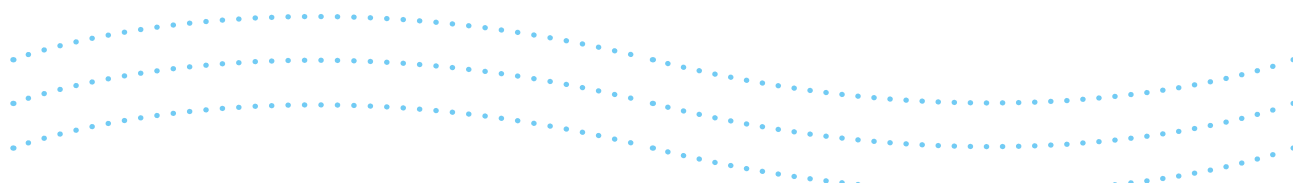
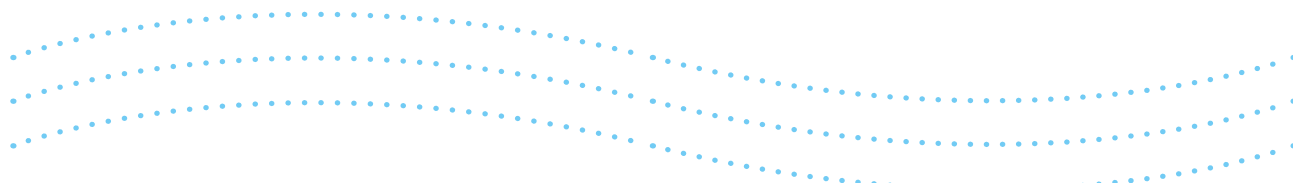
2. Bastos ES, Ponte KMA, Sousa JG. Diagnósticos, sinais e sintomas de pacientes em unidade de emergência: estudo bibliográfico. *Essentia* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Jan 23];16(2):81-103. Available from: <http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/19>
3. Romani HM, Sperandio JA, Sperandio JL, Diniz MN, Inácio MAM. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Rev Bioét* [serial on the internet]. 2009 [cited 2018 Jan 2];17(1):41-53. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78
4. Conselho Federal de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo: Coren-SP; 2000.
5. Bezerra RC, Padilha MLP, Perigo LHB, Chaebo G, Silveira VC. Perfil de atendimento em prontos socorros: caso do Hospital Sagrado Coração de Jesus. *Revista Gestão & Saúde* [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Jan 27];8(2):198-211. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rqs/article/view/24221/pdf>
6. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com Ensino Superior. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2007 [cited 2018 Jan 26];23(3):565-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015
7. Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. *Rev Eletrônica Enferm* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Jan 26];17(3):1-8. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a20.pdf>
8. Rocha MS, Caetano AJ, Soares E, Medeiros FL. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. *Rev Enferm UERJ* [serial on the internet]. 2007 [cited 2018 Jan 2];15(3):411-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a15.pdf>
9. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.923, de 28 de novembro de 2013 [document on the internet]. 2013 [cited 2019 Nov 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2923_28_11_2013.html
10. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013 [document on the internet]. 2013 [cited 2019 Nov 25]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
11. Ponte KMA, Farias MS, Fontenele MGM, Bastos FES, Sousa JG. Relação entre sinal/sintoma e tempo para resolução do problema de pacientes em unidade de emergência. *Rev Bras Ciênc Saúde* [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Nov 25];21(3):255-60. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/987539/27618-80531-2-pb.pdf>
12. Santos JVS, Melo EA, Silveira Junior JL, Vasconcelos NN, Lima MC, Damázio LCM. Os efeitos da capacitação de enfermeiros sobre avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Enferm UFPE On Line* [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Mar 25];11(5):1763-8. Available from: [file:///C:/Users/WINDOWS/Downloads/23321-45068-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/WINDOWS/Downloads/23321-45068-1-PB%20(1).pdf)
13. Gomes IO, Reis LA, Mascarenhas CHM. Perfil dos pacientes acometidos por trauma cranioencefálico admitidos em um hospital público do Município de Jequié na Bahia. *Revista Saúde.com* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Mar 25];7(1):14-22. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/142>
14. Rezende Neta DS, Alves AKS, Leão GM, Araújo AA. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. *Rev Bras Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Mar 30];65(6):936-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a08v_65n6.pdf
15. Veras JEGLF, Rodrigues AP, Silva MJ, Aquino PS, Ximenes LB. Avaliação das competências de enfermeiras para a promoção em saúde durante atendimentos pediátricos em unidade de emergência. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Mar 25];28(5):467-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0467.pdf>
16. Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúch Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Mar 29];32(4):695-702. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rqenf/v32n4/v32n4a09.pdf>
17. Martino MMF, Fogaça LF, Costa PCP, Toledo VP. Análise da aplicação do processo de enfermagem em um hospital governamental. *Rev Enferm UFPE On Line* [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Apr 14];8(5):1247-53. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenferma>
18. Teixeira CG, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Balchion MM, et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Apr 14];24(4):1071-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf
19. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR,

Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. Rev Eletrônica Enferm [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Apr 22];16(1):211-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf

20. Azevedo Filho M, Martins IMS, Soares RS, Fazendeiro PG, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ. Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de urgência e emergência. Enferm Glob [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Apr 15];26(1):70-85. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_clinica5.pdf

21. Duarte DA. Diagnósticos de enfermagem das fases pré, intra e pós-operatória de emergência. Estudo de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Apr 15];1(1):15-25. Available from: https://www.acervosaude.com.br/doc/artigo_002.pdf

22. Nascimento WSM, Silva LCC, Dias MAS, Brito MCC, Oliveira Neto JG. Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: revisão integrativa. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Nov 19];16(1):90-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1099/610>



ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DAS HEPATITES VIRAIS NO ESTADO DO CEARÁ

SOCIODEMOGRAPHIC ANALYSIS OF VIRAL HEPATITIS IN THE STATE OF CEARÁ, BRAZIL

ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS HEPATITIS VIRALES EN EL ESTADO DE CEARÁ, BRASIL

João Vitor Souza Marques ¹Beatriz Mendes Alves ²Marcos Vinícius Souza Marques ³Cynara Carvalho Parente ⁴Natanael Aguiar de Sousa ⁵Ticiane Mont'Alverne Parente Feijão ⁶**Palavras-chave:***Epidemiologia; Hepatite; Promoção da Saúde; Vírus.***Keywords:***Epidemiology; Hepatitis; Health Promotion; Virus.***Palabras clave:***Epidemiología; Hepatitis; Promoción de la Salud; Virus.***Submetido:**

30/03/2019

Aprovado:

21/09/2019

Autor(a) para**Correspondência:**

João Vitor Souza Marques
Av. Dr. Guarani, 307, apto. 101
Derby Clube - Sobral (CE)
62042-030
E-mail: joao_vitorsm@hotmail.com

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar o perfil sociodemográfico dos casos de hepatite viral (HV) no Estado do Ceará, no período entre 2010 e 2015. Trata-se de pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada com informações colhidas no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e examinadas por 2 pesquisadores independentes. Foram selecionadas 5 características epidemiológicas para avaliação: a) classificação etiológica; b) escolaridade; c) sexo; d) faixa etária; e e) raça. No período em foco, foram notificados 3.228 casos de HV. Ademais, notou-se oscilação no número de pacientes no decorrer desses anos. Constatou-se que homens, adultos, pardos e os vírus B e C foram as características mais relevantes. Vale salientar que não foi possível traçar o perfil da doença em relação à escolaridade, uma vez que mais da metade dos casos foram ignorados ou não aplicados quanto a essa característica. Portanto, medidas voltadas à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz, aliadas a maior qualidade das notificações, são ações importantes para reduzir o número de pacientes.

1. Aluno de Graduação em Medicina na Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: joao_vitorsm@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1675-4416>

2. Aluna de Graduação em Medicina na UFC. E-mail: beatriz_mendes.a@outlook.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3739-7665>

3. Aluno de Graduação em Medicina na UFC. E-mail: marcos_vinicius3600@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5642-2614>

4. Bióloga. Doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora na UFC. E-mail: cynaraparente@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7927-0833>

5. Aluno de Graduação em Medicina na UFC. E-mail: natan6521@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5162-1021>

6. Farmacêutica. Mestre em Biotecnologia pela UFC. Professora na UFC. E-mail: ticianafeijao@uol.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1266-4472>

ABSTRACT

This study aimed to analyze the sociodemographic profile of viral hepatitis (VH) cases in the State of Ceará, within the period from 2010 to 2015. This is a documentary, descriptive, and retrospective research, with a quantitative approach, conducted with information collected from the database of the Brazilian Information System for Notifiable Diseases (Sistema de Informação de Agravos de Notificação [SINAN]) and examined by 2 independent researchers. Five epidemiological features were selected for evaluation: a) etiologic classification; b) schooling; c) sex; d) age group; and e) race. Within the period in focus, 3,228 VH cases were notified. Also, there was an oscillation in the number of patients over the years. Men, adults, browns, and viruses B and C were found to be the most relevant features. It is worth noticing that we did not manage to determine the disease profile in relation to schooling, since more than half of the cases were ignored or not applied regarding this feature. Therefore, measures aimed at prevention, early diagnosis, and effective treatment, combined to a better quality of notifications, are significant actions to reduce the number of patients.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil sociodemográfico de los casos de hepatitis viral (HV) en el Estado de Ceará, en el período de 2010 a 2015. Se trata de una investigación documental, descriptiva y retrospectiva, con un enfoque cuantitativo, realizada con información recopilada de la base de datos del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación de Brasil (Sistema de Informação de Agravos de Notificação [SINAN]) y examinada por 2 investigadores independientes. Se seleccionaron 5 características epidemiológicas para evaluación: a) clasificación etiológica; b) escolarización; c) sexo; d) franja etaria; y e) raza. Dentro del período en foco, se notificaron 3.228 casos de HV. Además, hubo una oscilación en el número de pacientes a lo largo de los años. Hombres, adultos, marrones y virus B y C fueron las características más relevantes. Cabe señalar que no fue posible determinar el perfil de la enfermedad en relación con la escolaridad, ya que más de la mitad de los casos se ignoraron o no se aplicaron con respecto a esta característica. Por lo tanto, medidas dirigidas a la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, combinadas con una mejor calidad de las notificaciones, son acciones significativas para reducir el número de pacientes.

.....

INTRODUÇÃO

A hepatite é uma doença multifatorial que pode ser causada por vírus, drogas, álcool e alguns medicamentos, assim como doenças genéticas, autoimunes e metabólicas. Tais agentes causais levam à inflamação do fígado, caracterizando a doença propriamente dita. No Brasil, os tipos mais comuns responsáveis pela doença são os vírus A, B e C. Na Região Norte existe o vírus D, que só causa infecção na presença do vírus tipo B. A hepatite E é relatada de modo esporádico no país¹.

Em virtude da necessidade de mapear os casos de hepatite viral (HV) no Brasil, como forma de prover subsídios para a elaboração de diretrizes de políticas públicas, essa doença passou a ser de notificação compulsória, ou seja, os casos devem ser notificados por um profissional da saúde².

O modo de transmissão das HVs varia conforme o tipo do vírus. A hepatite A é transmitida pela via fecal-oral. Alimentos e água contaminados pelo vírus são os principais meios de veiculação dessa doença. Na hepatite B, a propagação da doença ocorre mediante soluções de continuidade (mucosas

e pele), por vias parenterais, relações sexuais ou transfusões sanguíneas, além do uso de drogas endovenosas, entre outros modos. Já a ocorrência de hepatite C se relaciona ao contato direto, por via percutânea ou por meio de sangue contaminado³.

O diagnóstico das HVs se baseia na detecção de marcadores encontrados no fluido oral, soro, plasma ou sangue da pessoa infectada, utilizando métodos de imunoenensaio e/ou identificação do DNA viral pautados pela biologia molecular. A crescente evolução tecnológica no campo diagnóstico possibilitou o avanço das técnicas de imunoenensaio cromatográfico utilizadas nos chamados testes rápidos (TRs), que são de fácil manipulação, não exigem infraestrutura laboratorial e proporcionam resultados em 30 minutos – fato que ampliou o acesso ao diagnóstico das HVs⁴.

Geralmente, as HVs não apresentam sinais e sintomas evidentes, contudo, quando estes estão presentes, vale destacar os quadros de cansaço, tontura, enjoo e/ou vômito, febre, dor abdominal, urina escura, olhos e pele amarelados e fezes claras. O tempo de surgimento dos sinais e sintomas varia de acordo com o tipo de vírus infectante e

as características imunológicas dos hospedeiros. Normalmente, ocorrem durante um período entre 15 dias e 6 meses, mas a doença também pode tornar-se crônica, fato relacionado, sobretudo, à hepatite C. Mostra-se importante ressaltar, ainda, que a cronificação da doença constitui fator de risco para o desenvolvimento de câncer de fígado⁵.

Não existe terapêutica específica na fase aguda da HV. Quando necessário, deve-se recorrer apenas ao tratamento sintomático de vômito, náusea e prurido. Além disso, sugere-se repouso ao paciente até que sejam normalizados os níveis de aminotransferase e o uso de álcool deve ser suspenso por um período mínimo de 6 meses. Na fase crônica, a realização de biópsia do fígado é fundamental para avaliar a necessidade de tratamento específico. As formas crônicas da doença têm diretrizes de tratamento definidas pelo Ministério da Saúde (MS). Em virtude da alta complexidade da terapêutica, do seguimento clínico e do manejo de efeitos colaterais, o tratamento deve ser realizado em serviços de média ou alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Em 2015, no mundo, as HVs causaram 1,34 milhão de mortes – estatística comparável à tuberculose e ao vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* [HIV]). Contudo, enquanto se nota redução da mortalidade em virtude de tuberculose e HIV, tem-se percebido aumento da mortalidade devido às HVs: cerca de 1,75 milhão de pessoas foram infectadas pela hepatite C e o número de pessoas com essa doença chegou a 71 milhões, mas, graças ao crescente aumento da cobertura vacinal contra as HVs entre as crianças, o número de novas infecções pela hepatite B vem diminuindo⁷.

A análise epidemiológica das HVs no Brasil mostra que, a partir de um panorama histórico entre 2007 a 2017, houve mudança de seu perfil. Em 2007, a taxa de incidência de hepatite A era superior às outras HVs (B, C e D), contudo, após esse ano ocorreu uma importante queda desse agravado. Ainda nesse período, observou-se aumento nas taxas das hepatites B e C e a hepatite C apresentou crescimento superior ao da hepatite B a partir de 2015, ano em que ocorreu alteração da definição de casos (até 2014, a notificação de hepatite C ocorria somente com a presença de 2 marcadores – anti-HCV e HCV RNA –, mas esse critério mudou em 2015, passando a demandar apenas 1 desses marcadores) com propósitos epidemiológicos. Já as menores taxas corresponderam à hepatite D, que se manteve

As formas crônicas da doença têm diretrizes de tratamento definidas pelo Ministério da Saúde.

constante durante esse período⁸.

O Ceará se encontra em 4º lugar no ranking dos estados com menor incidência de hepatite no país (0,29 casos/100.000 habitantes). A hepatite C apresenta o maior número de notificações nesse estado. Em 2017, a taxa de notificação desse vírus foi de 11,9/100.000 habitantes. Além disso, o Ceará também tem uma das menores taxas de morte em decorrência das HVs. Entre 2000 e 2016 ocorreram 749 óbitos em virtude das HVs⁹.

Apesar desses números ilustrarem um cenário melhor do que o de outros estados, o Ceará ainda apresenta muitos casos. Assim, avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes viabiliza a elaboração de estratégias de saúde voltadas à intervenção para o diagnóstico precoce das HVs, possibilitando o aperfeiçoamento de métodos eficientes para o tratamento das pessoas infectadas.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi:

- Analisar o perfil sociodemográfico dos casos de hepatite viral no Estado do Ceará, no período entre 2010 e 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada em novembro e dezembro de 2018 com informações colhidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram avaliados todos os casos de HV no Ceará de 2010 a 2015 – não havia estatísticas consolidadas para os anos de 2016 a 2018 na época da coleta de dados.

Para elaborar o perfil epidemiológico das HVs no estado, as variáveis colhidas foram: a) escolaridade; b) raça; c) sexo; d) faixa etária; e e) classificação etiológica da doença em cada pessoa. E este estudo não incluiu casos de não residentes no Brasil.

A coleta de informações foi realizada por 2 pesquisadores independentes e os dados foram processados no *software Microsoft Excel*, versão 2010,

com variáveis organizadas por ano. Isso possibilitou a análise do perfil anual das infecções e sua evolução temporal, investigando o processo saúde-doença no Ceará. Além disso, recorreu-se ao *software Microsoft Power Point*, versão 2010, para a elaboração de gráficos ilustrativos das características mais relevantes a discutir neste artigo. Por fim, foram elaboradas tabelas para abordar as variáveis sociodemográficas das HVs.

Por utilizar o SINAN, uma plataforma do MS cujos dados estão disponíveis para livre acesso, este estudo não foi submetido à avaliação de um comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as informações colhidas no SINAN, o Estado do Ceará apresentou um total de 3.228 casos de HV entre 2010 e 2015. Na Figura 1, observa-se uma oscilação do número de pacientes no decorrer desse período. Tal fato se assemelha ao que ocorreu no Brasil entre 1999 e 2010, quando o país apresentou grande variação no número de casos de HV¹⁰.

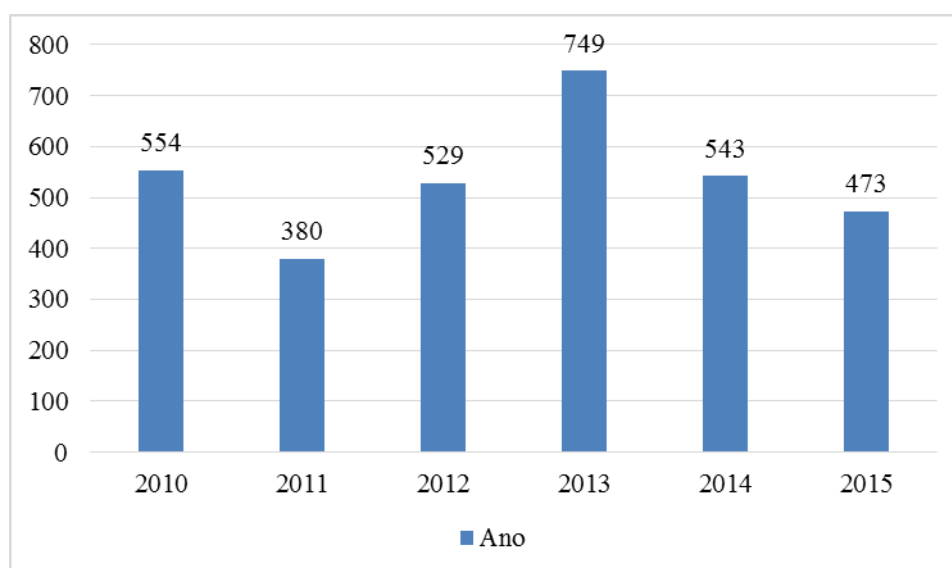


Figura 1. Número de casos de hepatite viral por ano. Sobral, 2018.
Fonte: Elaborada pelos autores.

Essa variação no número de casos de HV no Ceará pode estar associada à fragilidade das ações em vigilância sanitária voltadas à diminuição da incidência dessa doença. Combinadas a isso, medidas preventivas insuficientes voltadas a cada tipo de hepatite também podem ser a causa das oscilações no número de casos, como identificou um estudo realizado no Rio Grande do Sul, que avaliou os aspectos epidemiológicos e preventivos dessa doença no país e constatou que normas eficientes de vigilância em saúde e estudos sobre epidemiologia e prevenção constituem importantes fatores para a redução dos casos de HV³.

Ademais, tais oscilações no número de casos no período em foco parecem estar relacionadas às diferentes formas de diagnóstico dessa doença, causando heterogeneidade de notificações, como mostra um estudo realizado em São Paulo: parece haver maior homogeneidade de diagnóstico na sub-rede de sorologia, o que se reflete no aumento das notificações. Contudo, na sub-rede de biópsia de fígado ocorre atendimento insuficiente às demandas das HVs¹¹.

A Tabela 1 mostra que 2.097 casos (mais de 64%) tiveram classificação clínica relacionada ao vírus B ou C entre 2010 e 2015. Esses números chamam a atenção devido aos malefícios que esses tipos da doença podem causar aos seus portadores¹².

Tabela 1 – Casos de hepatite viral por classificação etiológica da doença. Sobral, 2018.

Classificação clínica	N	%
Ignorada/em branco	128	3,96
Vírus A	973	30,15
Vírus B	903	27,98
Vírus C	1.151	35,65
Vírus A+B	10	0,32
Vírus A+C	3	0,09
Vírus B+C	43	1,33
Vírus B+D	6	0,18
Não se aplica	11	0,34
Total	3.228	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Dentre os agravos à saúde do portador de hepatite B ou C, vale destacar que essas doenças constituem algumas das principais etiologias relacionadas à gênese da cirrose. Além disso, esses vírus estão associados a carcinoma hepático¹². Tendo em vista que a transmissão dos vírus B e C decorre de relações sexuais sem proteção, do uso de drogas injetáveis e de transfusões sanguíneas, por exemplo³, o elevado percentual de pessoas infectadas por esses tipos virais no Ceará pode gerar problemas de saúde pública. Contudo, a maior prevalência desses agentes não se restringe a esse estado, como se observa no *Boletim Epidemiológico* do MS, que afirma serem esses tipos virais os mais prevalentes na população brasileira⁸, fato que ressalta ainda mais a necessidade de ampliar os meios de prevenção dessa doença em todo o país.

Na Tabela 2 se observa que 1.763 casos (54,6%) tiveram suas notificações ignoradas ou não aplicadas. Em segundo lugar com 744 notificações (23,1%) se encontra o grupo de pessoas com Ensino Fundamental incompleto. O restante dos casos (22,3%) corresponde às pessoas com no mínimo Ensino Fundamental incompleto. Diante disso, é perceptível que não se pode traçar um perfil adequado dos casos de HV no período em questão em termos de escolaridade, pois mais da metade dos casos foi negligenciada em termos de notificação adequada nesse período.

Tabela 2 – Casos de hepatite viral por escolaridade. Sobral, 2018.

Escolaridade	N	%
Ignorada/em branco	1.426	44,2
Analfabeto	53	1,7
Ensino Fundamental incompleto (não concluiu da 1ª à 4ª série)	265	8,2
Ensino Fundamental incompleto (concluiu da 1ª à 4ª série)	106	3,3
Ensino Fundamental incompleto (não concluiu da 5ª à 8ª série)	320	9,9
Ensino Fundamental completo	133	4,1
Ensino Médio incompleto	108	3,3
Ensino Médio completo	328	10,2
Ensino Superior incompleto	64	2
Ensino Superior completo	88	2,7
Não se aplica	337	10,4
Total	3.228	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Desse modo, ainda de acordo com os dados colhidos no SINAN, 1.203 notificações (84,3%) ignoradas/em branco e/ou não se aplica ocorreram na macrorregião de saúde de Fortaleza. Isso merece destaque, considerando a possibilidade da existência de erros no processo de notificação dos casos da doença, como abordado em um estudo realizado na Bahia, que avaliou a qualidade das notificações de HV no Brasil entre 2007 e 2014. Esse estudo diz que existem inconsistências em alguns dados notificados no SINAN e que houve crescimento dessas inconformidades no período em questão. Afirma-se, ainda, que um dos motivos para isso pode ser a quantidade de questões e páginas a preencher, o que contribui para o preenchimento inconsistente ou o não preenchimento¹³.

A Figura 2 ilustra que no Ceará, em todos os anos, o número de casos de HV foi maior no sexo masculino. Esse achado pode decorrer do fato dos homens apresentarem mais fatores de risco associados à transmissão de determinados tipos de vírus de hepatite: menor uso de preservativo, maior quantidade de parceiras(os) sexuais e maior uso e abuso de drogas ilícitas¹⁴⁻¹⁵.

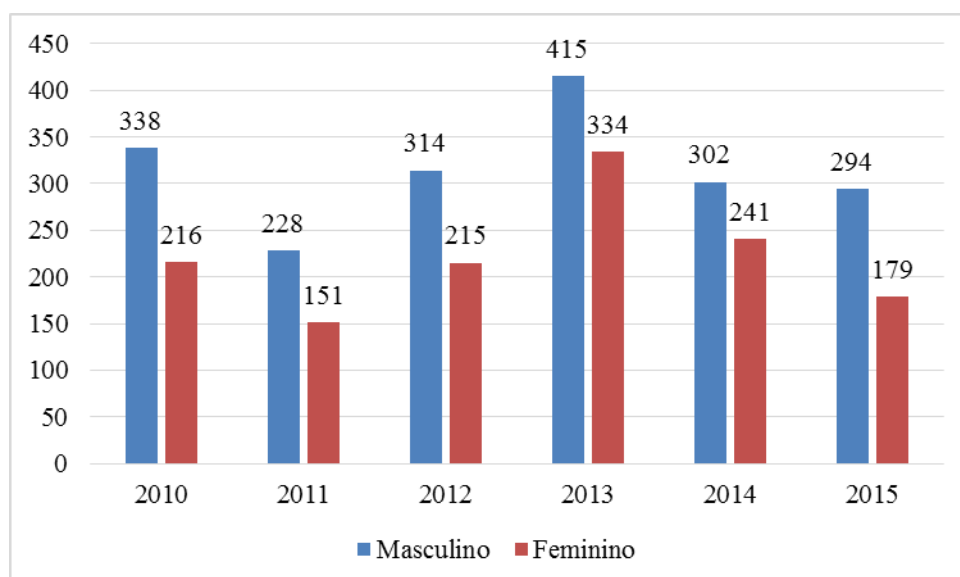


Figura 2. Número de casos de hepatite viral por sexo. Sobral, 2018.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Outro estudo, realizado no Pará, encontrou dados semelhantes no que se refere à maior prevalência sorológica de homens. Nesse estado, 62,6% dos casos notificados envolveram pessoas do sexo masculino. A pesquisa afirma que isso pode decorrer do comportamento sexual¹⁶.

A Tabela 3 mostra que entre 2010 e 2015 foram notificados 503 casos (15,6%) em crianças de 0 a 9 anos, 380 casos (11,8%) em jovens de 10 a 19 anos, 840 casos (26,05%) em adultos de 20 a 39 anos, 1.042 casos (32,3%) em adultos de 40 a 59 anos e 459 casos (14,25%) em idosos com 60 anos ou mais. A partir desses dados, identifica-se que a maior quantidade de notificações da doença ocorreu em adultos (de 40 a 59 anos) nesse período.

Tabela 3 – Faixa etária dos casos de hepatite viral. Sobral, 2018.

Ano	Faixa etária (anos)						Total
	Ignorado	0-9	10-19	20-39	40-59	>60	
2010	1	122	87	156	125	63	554
2011	-	63	52	102	119	44	380
2012	-	121	62	132	158	56	529
2013	1	124	92	180	238	114	749
2014	2	56	65	146	196	78	543
2015	-	17	22	124	206	104	473
Total	4	503	380	840	1.042	459	3.228

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nesse contexto, resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado no Município de Juruti (PA), publicado em 2010, no qual o maior número de casos de HV ocorreu entre adultos. Nesse município, foram sugeridas algumas medidas para reduzir o número de casos da doença, como: atividades de educação em saúde, destacando os cuidados na utilização de materiais contaminados (como escovas de dente, tesouras, barbeadores e preservativos) e na atenção às normas de segurança no trabalho. Além disso, sugere-se ampla cobertura vacinal, como forma de prevenir a contaminação pelo vírus B¹⁷. Tais medidas também podem ser adotadas no Ceará, uma vez que as características epidemiológicas relacionadas à faixa etária foram semelhantes.

Na Tabela 4, é notório que a maioria dos casos de HV nesse período ocorreu entre pardos (2.260 casos – 70%); esse número pode ser ainda maior quando se considera que 437 casos (13,5%) foram ignorados quanto ao preenchimento do quesito (raça) no formulário de notificação. O segundo maior grupo com agravo nesse período foi o dos brancos (327 casos – 10,1%). Merecem atenção, ainda, as pessoas pretas e amarelas (101 e 88

casos – 3,1% e 2,8%, respectivamente). Por fim, a população indígena apresenta 15 casos (0,5%). Nesse contexto, atenta-se ao grupo composto por pardos, amarelos, pretos e indígenas, que, historicamente, apresentam vulnerabilidades sociais – somados, eles representam mais de 76% das notificações (2.464 casos).

Tabela 4 – Casos de hepatite viral por raça. Sobral, 2018.

Raça	N	%
Ignorada/em branco	437	13,5
Branca	327	10,1
Preta	101	3,1
Amarela	88	2,8
Parda	2.260	70
Indígena	15	0,5
Total	3.228	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Um fator que pode estar relacionado ao elevado número de pardos entre os pacientes no Ceará diz respeito à própria característica da população: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) relativa a 2012 informa que a população cearense é composta por 63,96% de pessoas autodeclaradas pardas¹⁸.

Contudo, essa estatística não é capaz de explicar, de modo isolado, porque o maior número de casos envolve pardos, uma vez que 70% das notificações ocorreram nessa população (Tabela 4).

Outro aspecto que pode explicar essa distribuição das HVs por raça diz respeito às desigualdades raciais; tal fator pode ser a causa do maior risco de adoecimento entre populações discriminadas em virtude das vulnerabilidades sociais e econômicas, ainda persistentes, enfrentadas por esses grupos. Pode-se confirmar tal argumento ao observar um estudo de amplitude nacional publicado no Rio de Janeiro, em 2005, que aponta as desigualdades raciais e sua influência no processo saúde-doença¹⁹.

Além disso, como observa um estudo publicado em 2008 em Sobral (CE), uma das chaves para o enfrentamento das desigualdades sociais se encontra na vigilância em saúde, que deve contar com participação ativa dos profissionais da saúde e da população geral, como forma de aprimorar a promoção da saúde e a recuperação do indivíduo e da comunidade²⁰.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram uma oscilação no número de casos no período enfocado. Constatou-se que as infecções mais prevalentes envolvem os vírus B e C, na população adulta, com prevalência do sexo masculino e da raça parda. Ademais, não foi possível traçar um perfil da doença relacionado aos níveis escolares, visto que ocorreram muitos casos ignorados e/ou não aplicados.

Nesse contexto, conclui-se que são necessárias medidas mais eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficiente das HVs. Sugere-se, ainda, que deve haver maior controle e fiscalização das notificações, sobretudo na macrorregião de Fortaleza, com vistas a reduzir os casos dessa doença no Ceará, garantindo melhor qualidade de vida à sua população.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

João Vitor Souza Marques contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Beatriz Mendes Alves** e **Marcos Vinícius Souza Marques** contribuíram com a realização da pesquisa. **Cynara Carvalho Parente** contribuiu com a redação do manuscrito. **Natanael Aguiar de Sousa** e **Ticiane Mont'Alverne Parente Feijão** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Hepatite: causas, sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hepatite>
2. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Hepatites virais [document on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais>
3. Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2004 [cited 2018 Dec 13];7(4):473-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/10.pdf>
4. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais [document on the internet]. 2015 [cited 2018 Dec 13]. Available from: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/04162030-manual-diagnostico-das-hepatites-virais-ms-2015.pdf>

5. Universidade Aberta do SUS. Você sabe diferenciar as hepatites A, B, C, D e E? [document on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 13]. Available from: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-diferenciar-hepatites-b-c-d-e-e>
6. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais [serial on the internet]. 2007 [cited 2018 Dec 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0044_M2.pdf
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Novos dados sobre hepatites destacam necessidade de uma resposta global urgente [document on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 14]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5404:novos-dados-sobre-hepatites-destacam-necessidade-de-uma-resposta-global-urgente&Itemid=812
8. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: hepatites virais 2018 [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 14];49(31):1-72. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/05/Boletim-Hepatites-2018.pdf>
9. G1 – O Portal de Notícias da Globo. Ceará ocupa a 4ª posição entre os estados com menores incidências de hepatites do país [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 14]. Available from: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/ceara-ocupa-a-4-posicao-entre-os-estados-com-menores-incidencias-de-hepatites-do-pais.ghtml>
10. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: hepatites virais 2011 [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 19];2(1):1-82. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim-hepatites_2011.pdf
11. Marques CCA, Carneiro JR. Avaliação da rede de diagnóstico laboratorial na implantação do Programa de Prevenção e Controle das Hepatites Virais no Estado de São Paulo, 1997-2012. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 22];26(3):513-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00513.pdf>
12. Carvalho JR, Portugal FB, Flor LS, Campos MR, Schramm JMA. Método para estimação de prevalência de hepatites B e C crônicas e cirrose hepática – Brasil, 2008. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 23];23(4):691-700. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2014.v23n4/691-700/pt>
13. Cordeiro TMSC, D'Oliveira Júnior A. Qualidade dos dados das notificações de hepatites virais por acidentes de trabalho, Brasil. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 23];21(1):1-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21/1980-5497-rbepid-21-e180006.pdf>
14. Dias JA, Cerutti Júnior C, Falqueto A. Fatores associados à infecção pelo vírus da hepatite B: um estudo caso-controle no município de São Mateus, Espírito Santo. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 22];23(4):683-90. Available from: <https://scielosp.org/pdf/ress/2014.v23n4/683-690/pt>
15. Barbosa RM, Koyama MAH, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Dec 22];42(Supl 1):21-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/05.pdf>
16. Aquino JA, Pegado KA, Barros LP, Machado LFA. Soroprevalência de infecções por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do Estado do Pará. Rev Soc Bras Med Trop [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Dec 23];41(4):334-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n4/a03v41n4.pdf>
17. Nunes HM, Soares MCP, Brito EMF, Alves MM, Souza OSC, Borges AM, et al. Prevalência de infecção pelos vírus das hepatites A, B, C e D na demanda de um hospital no Município de Juruti, oeste do Estado do Pará, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Dec 23];1(2):105-11. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v1n2/v1n2a13.pdf>
18. O Povo. PNAD: População no Ceará tem 63,96% de pardos [document on the internet]. 2013 [cited 2018 Dec 23]. Available from: <https://www20.opovo.com.br/app/fortaleza/2013/09/27/noticiafortaleza,3137203/pnad-populacao-no-ceara-e-de-63-96-de-pardos.shtml>
19. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 Dec 23];21(5):1586-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/33.pdf>
20. Soares CHA, Linhares MSC. Vigilância à saúde no Município de Sobral-CE: aspectos históricos, conceituais e atuação na saúde pública. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2008 [cited 2019 Nov 18];7(1):6-11. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/48/43>

MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO À MULHER

WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE EVALUATED AT A REFERRAL CENTER FOR WOMEN'S CARE

MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA ATENDIDAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ATENCIÓN A MUJERES

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara ¹

Gezabell Rodrigues ²

Geanne Maria Costa Torres ³

Antonio Germane Alves Pinto ⁴

Palavras-chave:

*Violência contra a Mulher;
Violência por Parceiro Íntimo;
Violência de Gênero; Agressão;
Direitos Humanos.*

Keywords:

*Violence Against Women;
Intimate Partner Violence;
Gender-Based Violence;
Aggression; Human Rights.*

Palabras clave:

*Violencia contra la Mujer;
Violencia de Pareja; Violencia
de Género; Agresión; Derechos
Humanos.*

Submetido:

26/04/2019

Aprovado:

29/11/2019

Autor(a) para Correspondência:

*Patrícia Pereira Tavares de
Alcântara*

*Av. Dario Rabelo, S/N
Santo Antônio - Iguatu-CE
63500-000*

*E-mail: enfermeira.tavares.81@
gmail.com*

RESUMO

Este artigo descreve as denúncias de violência contra as mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) em Crato (CE). Trata-se de estudo descritivo, documental, de natureza retrospectiva e abordagem quantitativa, realizado no primeiro semestre de 2017. Os dados relativos a todas as denúncias de mulheres vítimas de violência foram coletados, por meio de um instrumento fechado para essa finalidade, e submetidos a análise estatística descritiva. As 20 denúncias indicaram maioria das vítimas com até 50 anos de idade (n = 17), com registros sem identificação na escolaridade (n = 12) e raças parda e branca (n = 15). As violências física e psicológica prevaleceram (n = 15), tendo como principais agentes violadores ex-cônjuges, companheiros e ex-companheiros (n = 12), e as vítimas procuram espontaneamente o CRAM e outros serviços, como Conselho Tutelar e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (n = 14). Logo, a violência contra as mulheres representa um grave problema social que requer conscientização, apoio e atenção por parte das diferentes esferas da sociedade.

1. Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Professora na Universidade Regional do Cariri (URCA). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GCPLIN), da URCA. E-mail: enfermeira.tavares.81@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3337-4845>

2. Fisioterapeuta. Especialista em Cardiopneumologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: abellzge@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8033-1365>

3. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Salitre (CE). Membro do GCPLIN, da URCA. E-mail: gmctorres@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1998-1278>

4. Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela UECE. Professor na URCA. Líder do GCPLIN, da URCA. E-mail: germanepinto@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4897-1178>

ABSTRACT

This article describes the complaints of violence against women evaluated at a Referral Center for Women's Care (Centro de Referência de Atendimento à Mulher [CRAM]) in Crato, Ceará, Brazil. This is a descriptive, documentary, retrospective study, with a quantitative approach, conducted in the first half of 2017. Data on all complaints from women victims of violence were collected, through a closed instrument for this purpose, and submitted to descriptive statistical analysis. The 20 complaints indicated most victims up to 50 years of age ($n = 17$), with unidentified records in schooling ($n = 12$), and brown and white races ($n = 15$). Physical and psychological violences prevailed ($n = 15$), having ex-spouses, partners, and ex-partners as the main perpetrators ($n = 12$), and victims spontaneously seek the CRAM and other services, such as Guardianship Council and Family Health Strategy (FHS) teams ($n = 14$). So, violence against women represents a serious social issue that requires awareness, support, and care from the various spheres of society.

RESUMEN

Este artículo describe las denuncias de violencia contra las mujeres atendidas en un Centro de Referencia de Atención a Mujeres (Centro de Referência de Atendimento à Mulher [CRAM]) en Crato, Ceará, Brasil. Este es un estudio descriptivo, documental y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo, realizado en el primer semestre de 2017. Se recopilieron datos sobre todas las denuncias de mujeres víctimas de violencia, a través de un instrumento cerrado para este propósito, y se sometieron a un análisis estadístico descriptivo. Las 20 denuncias indicaron mayoría de las víctimas de hasta 50 años de edad ($n = 17$), con registros no identificados en la escolaridad ($n = 12$) y razas marrón y blanca ($n = 15$). Las violencias físicas y psicológicas prevalecieron ($n = 15$), con ex cónyuges, parejas y ex parejas como los principales perpetradores ($n = 12$), y las víctimas buscan espontáneamente el CRAM y otros servicios, como el Consejo de Tutela y equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) ($n = 14$). Por lo tanto, la violencia contra las mujeres representa un problema social grave que requiere conciencia, apoyo y atención de las diversas esferas de la sociedad.

.....

INTRODUÇÃO

A violência, em suas diversas formas, tem grande impacto na morbimortalidade no setor saúde. Contribui com a perda da qualidade de vida dos cidadãos e aumenta os custos com cuidados à saúde, além do absenteísmo na escola e no trabalho, constituindo uma das mais significativas modalidades de desestruturação familiar e pessoal¹.

Com base em pesquisas sobre o tema, nota-se a maior ênfase à violência de gênero, sendo a violência contra a mulher a mais investigada, por toda a sua representatividade no decorrer dos tempos. Todavia, nas sociedades em que a definição do gênero feminino tradicionalmente se relaciona à esfera familiar e à maternidade, a referência fundamental da construção social do gênero masculino é sua atividade na sociedade e no ambiente de trabalho, concentrando os valores materiais, o que faz dele o provedor e protetor da família².

Assim, a violência contra as mulheres se apresenta como uma das principais violações dos direitos humanos, atingindo-as em seu direito à vida, à saúde e à integridade física. Em todas as suas formas (violência doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial ou sexual, tráfico de

mulheres e assédio sexual, entre outras), trata-se de um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até orientações sexuais³. Esse evento, bastante expressivo, provoca cicatrizes internas e profundas que afetam a autoestima das vítimas ao longo de toda a sua vida.

Tal evento é componente dos vínculos interpessoais e sociais em que o uso de força, ameaças, agressões ou intimidações constituem os principais caminhos para subjugar e obter vantagens sobre o outro, não respeitando idade, gênero, etnia, renda ou fronteira⁴. Além disso, seu aumento desordenado nos últimos anos evidencia as desigualdades culturais entre os sexos, em que o poder e a força física masculina se sobrepõem em atribuições que legitimam e intensificam a violência⁵.

O Brasil apresenta uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, ocupando a 5ª posição entre 83 países, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Efetivamente, só El Salvador, Colômbia e Guatemala (3 países latino-americanos) e a Federação Russa apresentam taxas superiores às do Brasil⁶⁻⁷. No Ceará, o número de denúncias de violência doméstica chegou a quase 20 mil casos⁸ em 2018. Na região que abrange Crato, Juazeiro do Norte

e Barbalha (conhecida como CRAJUBAR), os valores registrados pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) – com 1.933 ocorrências – somados aos demais dados coletados pelas notificações de violência contra a mulher totalizam 2.299 denúncias, perfazendo um total de 6,28 notificações de violência por dia em 2016⁹. Além disso, no mesmo período, em Crato, a DDM contabilizou 771 registros de violência contra a mulher, acrescidos de 134 registros coletados pelos serviços de saúde, totalizando 905 notificações.

Por se tratar de uma questão relevante e complexa, justifica-se, então, o interesse em abordar tal temática, tendo em vista os agravos psíquicos e sociais observados nas mulheres em situação de violência, presentes em todas as esferas da sociedade⁴, com implicações no desenvolvimento das pessoas por afetar suas visões de mundo, suas crenças e suas expectativas – isso abala vidas, famílias e sonhos.

Diante dessa demanda, que permanece invisível e silenciosa, e ao pensar na importância das redes de atenção para conferir maior celeridade na assistência à mulher em situação de violência, este estudo descreve as denúncias de violência contra as mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) no Município de Crato.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, documental, de natureza retrospectiva e abordagem quantitativa, com utilização dos dados de todas as denúncias de mulheres vítimas de violência residentes em Crato que procuraram o CRAM, no primeiro semestre do ano de 2017.

O município em estudo, localizado na Região Metropolitana do Cariri (RMC), conhecido por muitos como “Oásis do Sertão”, encontra-se na Mesorregião Sul Cearense e na Microrregião Cariri, a 560 km de distância da capital estadual, Fortaleza. É a segunda cidade mais importante do Cariri em termos econômicos e tem uma população de 130.604 habitantes¹⁰.

Conta com uma Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher articulada, com variados equipamentos que se propõem a oferecer assistência, dentre os quais se destaca a DDM, o Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, o CRAM, o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher Cratense (CMDMC), o Observatório de Violência Domiciliar e Familiar, a Secretaria de Trabalhadores

*...demanda,
que permanece
invisível
e silenciosa...*

Rurais, a Federação dos Trabalhadores Rurais e os movimentos sociais de mulheres.

Os CRAMs compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, balizada pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, do Governo Federal, dividida nos setores de Saúde, Justiça, Segurança Pública e Assistência Social. São equipamentos públicos específicos para o acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico para as mulheres em situação de violência, com o objetivo de fortalecer e resgatar sua cidadania¹¹.

O instrumento de coleta de dados consistiu nas denúncias de mulheres atendidas no CRAM, utilizando como critérios de busca as denúncias realizadas por mulheres residentes em Crato, no primeiro semestre de 2017. A coleta de dados ocorreu em agosto do referido ano, subsidiada por um instrumento fechado para essa finalidade, contendo variáveis relacionadas ao perfil social e demográfico da mulher, como faixa etária, escolaridade e raça, além do tipo de violência, agressor e origem do encaminhamento.

A inclusão dos dados se deu em planilha eletrônica por dupla digitação no *software Microsoft Excel*, versão 2013, resultando em um banco de dados eletrônico. Os dados compilados foram submetidos a análise estatística descritiva, com cálculo das frequências e dos percentuais estatísticos, gerando as tabelas relativas ao perfil social e demográfico da mulher e ao tipo de violência, agressor e origem do encaminhamento. Concluída essa etapa, procedeu-se à análise dos resultados e sua interpretação, subsidiada pela literatura pertinente.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (CEP/URCA), sob o Parecer n. 1.889.662/2016, observando as normas da Resolução n. 466/2012¹² e da Resolução n. 510/2016¹³ do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 20 denúncias de violência

contra a mulher no CRAM de Crato. Na Tabela 1 se registram o número (N) e a proporção (%) dos registros de atendimentos realizados no serviço, mapeando a caracterização das vítimas segundo faixa etária, escolaridade e raça.

Tabela 1 – Caracterização do perfil social e demográfico das mulheres atendidas no CRAM de Crato no primeiro semestre de 2017.

Variáveis	Categorias	N	%
Idade	18 e 30 anos	9	45,00
	31 a 50 anos	8	40,00
	> 50	3	15,00
	Média±DP (32,85±10,66)		
Escolaridade	Ensino Fundamental I incompleto	1	5,00
	Ensino Fundamental II completo	1	5,00
	Ensino Médio incompleto	1	5,00
	Ensino Médio completo	2	10,00
	Ensino Superior	3	15,00
	Não informado	12	60,00
Raça	Branca	7	35,00
	Negra	5	25,00
	Parda	8	40,00

DP = Desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Analisando a Tabela 1, observou-se prevalência de agressão na faixa etária entre 18 e 30 anos, com 45%, seguida de perto pela faixa entre 31 e 50 anos (40%).

Esses resultados se assemelham aos de um estudo realizado no Estado de Rondônia, no período de 2007 a 2015, no qual a faixa etária mais acometida em todos os anos foi dos 19 aos 39 anos (57,72%), seguida pelas adolescentes dos 11 aos 18 anos (17,75%)¹⁴. Outro estudo merece destaque ao analisar a ocorrência de violência de acordo com a idade das mulheres, chamando atenção a menor prevalência de violência física entre as mulheres pertencentes ao grupo dos 50 aos 59 anos em comparação às mulheres mais jovens¹⁵.

No que tange à escolaridade, na maioria das denúncias (60%) não constava essa informação –um percentual considerado elevado no âmbito deste estudo. Entre as mulheres que apresentaram essa informação, predominou o Ensino Superior (15%), indicando que a violência de gênero não ocorre apenas nas camadas menos esclarecidas da população. Contudo, deve-se ponderar que o grande número de denúncias com registros ignorados nessa variável dificulta uma análise mais fidedigna quanto à escolaridade das mulheres que denunciam sua situação de violência.

Alguns autores consideram que os poucos anos de estudo podem favorecer o quadro de violência, visto que mulheres mais instruídas costumam ter menor flexibilidade e paciência para suportar situações de violência. Além disso, frequentemente são mulheres que não dependem de seus parceiros em termos econômicos – tal dependência acaba silenciando muitas vítimas de violência por medo do agressor ou da impossibilidade de garantir o próprio sustento¹⁶.

A violência contra as mulheres ocorre em todos os níveis de escolaridade. Contudo, quanto mais anos de estudo as mulheres possuem, presume-se que tenham maior conhecimento sobre seus direitos de cidadania, o que pode conferir mecanismos pessoais para se afastar de relacionamentos violentos¹⁷. O direito à educação é um instrumento imprescindível para todo ser humano – o conhecimento favorece a compreensão da realidade e, no caso das mulheres, contribui para que as agressões não sejam permitidas aos parceiros, motivando-as nessa batalha contra a violência.

Em relação à raça, evidenciou-se predominância de mulheres pardas (40%), seguidas pelas brancas (35%) – contradizendo o senso comum de que as brancas sofrem menos agressão do que as demais. No que se refere a essa variável, esses resultados se assemelham aos disponíveis na literatura¹⁸ quando se destaca o predomínio

de mulheres brancas entre as agredidas, chegando a atingir 82,5% dos casos. A cor negra ficou em terceiro lugar, com um percentual bastante significativo, evidenciando que 2/3 dos casos de violência acometem as mulheres negras ou pardas, como indica outro estudo¹⁹ que relata 75,2% de ocorrências envolvendo essas etnias. Independentemente da idade¹⁴, as pardas ou negras são as mais atingidas pela violência, sobretudo devido aos contextos em que se inserem – que em geral incluem condições precárias de moradia.

Pelo perfil social e demográfico, evidenciou-se que a violência abrange todas as camadas e classes sociais, independentemente de idade, escolaridade e raça, dentre outras variáveis, com ênfase naquela perpetrada contra a mulher, demandando um olhar mais atento a essa questão permeada pela invisibilidade, subnotificação e impunidade. Além disso, mostra-se crucial romper com a cultura de dominação da mulher, tão enraizada em nossa sociedade. Os agravos decorrentes disso²⁰ necessitam de intervenções voltadas à equidade de direitos, proteção e segurança.

A Tabela 2 caracteriza as denúncias das mulheres atendidas pelo CRAM.

Tabela 2 – Caracterização dos tipos de violência, agente violador e origem da demanda das mulheres atendidas no CRAM de Crato no primeiro semestre de 2017.

Variáveis	Categorias	N	%
Violência física	Não	6	30,00
	Sim	14	70,00
Violência psicológica	Não	9	45,00
	Sim	11	55,00
Violência moral	Não	15	75,00
	Sim	5	25,00
Violência sexual	Não	20	100,00
	Sim	0	0,00
Exploração sexual	Não	19	95,00
	Sim	1	5,00
Exploração econômica	Não	19	95,00
	Sim	1	5,00
Violência patrimonial	Não	18	90,00
	Sim	2	10,00
Negligência	Não	20	100,00
	Sim	0	0,00
Cárcere privado	Não	20	100,00
	Sim	0	0,00
Outros	Não	15	75,00
	Sim	5	25,00
Agente violador	Cônjuge	2	10,00
	Ex-cônjuge	4	20,00
	Companheiro	4	20,00
	Ex-companheiro	4	20,00
	Familiar/parente	3	15,00
	Outros	3	15,00
Origem	Hospital	5	25,00
	Espontânea	7	35,00
	Delegacia da Mulher	1	5,00
	Outros	7	35,00

Fonte: Elaborada pelos autores.

Dentre os tipos de violência, predominou a violência física (70%), seguida pela psicológica (55%). Outros tipos de violência foram especificados e mostram-se incipientes, contudo, não deixam de ter importância, pois

nada justifica a situação de violência vivenciada pelas mulheres, que necessitam de apoio e de um olhar mais atento a essa triste realidade e sua transformação.

No Brasil, cerca de 1 em cada 5 mulheres afirma ter sofrido violência doméstica ou intrafamiliar por parte de um homem e 38% relatam violência psicológica²¹. Por ser um fenômeno complexo, com causas culturais, econômicas e sociais, combinado a pouca visibilidade, ilegalidade e impunidade, a violência doméstica contra mulheres é a tradução real do poder e da força física masculina e da história de desigualdades culturais entre homens e mulheres que, por meio dos papéis estereotipados, legitimam ou exacerbam a violência²². Essa relação de poder e de posse do homem traz consequências permanentes para a mulher, seus filhos, a família e a sociedade. Aumenta o consumo de recursos e os gastos no setor saúde, além da necessidade de apoio social e jurídico, com consequências em nível psicológico, social, econômico e laboral²³.

Pelos dados compilados, averiguou-se que a violência, em sua maioria, é praticada por ex-cônjuges, companheiros e ex-companheiros (60%). Tal situação ocasiona cicatrizes invisíveis a olho nu, mas dilacerantes nos aspectos psicoemocionais.

Estudos apontam que parceiros e ex-parceiros são os principais autores da violência contra a mulher²³. Comungando dessa ideia, os agravos são majoritariamente praticados por parceiros de contato íntimo, como maridos e namorados, os quais se aproveitam dos laços afetivos e da vulnerabilidade da vítima para a prática das violências¹⁴. Essa situação representa um grande fardo para quem sofre tais violências, que desestabilizam a dinâmica familiar, ocasionando danos mentais e casos de suicídios por conta desse fenômeno recorrente e permeado por relações de poder e conflito permanente em nossa sociedade.

A violência sofrida pelas mulheres, em suas múltiplas formas de expressão, torna sua vida repleta de percalços e sofrimentos negativos em função da relação de subserviência, pautada pela dominação absoluta do agressor que desencadeou a desestruturação da vida pessoal e familiar²². Trata-se de um problema extremamente preocupante, que deve ser alvo de reflexão aprofundada, tanto por parte das autoridades e dos profissionais de saúde quanto da sociedade². Contudo, essa situação não deve ser aceita nem tolerada como algo inerente ao ser humano – para reduzir a violência contra a

...torna-se substancial fortalecer as articulações intersectoriais e multidisciplinares para o enfrentamento a esse problema...

mulher, deve-se fazer valer a legislação nacional de modo consistente e afetivo.

Quanto à origem das mulheres que procuram o serviço, verificou-se que, em sua grande maioria, trata-se de demanda espontânea e encaminhamento de outros serviços – Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) –, totalizando 70%, seguida do hospital, com 25%. Na literatura, não se confirma a predominância das mulheres denunciarem espontaneamente sua situação de violência, devido ao medo²² e à dependência financeira da mulher em relação ao parceiro. Evidências²⁴ apontam que a maioria das mulheres que vivenciaram a violência física registrou seu boletim de ocorrência na delegacia, por encontrar maior facilidade e segurança para discorrer sobre sua situação de violência.

Para o atendimento eficaz à mulher em situação de violência, mostra-se necessário romper as barreiras entre o consenso discursivo e o dissenso nas ações voltadas a esse público, primando por uma relação de reciprocidade e mutualidade, envolvida por escuta atenta, compreensiva e com acolhimento adequado. Além disso, torna-se substancial fortalecer as articulações intersectoriais e multidisciplinares para o enfrentamento a esse problema, bastante expressivo em nossa sociedade.

A assistência à mulher vítima de violência deve articular ações intersectoriais para uma atenção integral, implicando a interdisciplinaridade de vários setores, como o jurídico, a saúde, o familiar, as organizações não governamentais (ONGs), com enfoque humanizado²². Sem dúvida, a criação da Lei Maria da Penha (LMP) representou um avanço enorme na legislação de enfrentamento à violência doméstica e familiar no Brasil. Rompendo com a visão meramente punitivista, a LMP incorporou as perspectivas da prevenção, assistência e contenção

da violência, além de criar medidas protetivas de urgência e juizados especializados para o julgamento dos crimes que envolvem violência doméstica e familiar²⁵.

Inferem-se, então, avanços significativos na luta contra a violência à mulher, com a criação da LMP e de políticas públicas para o enfrentamento às situações de violências. Entretanto, é preciso avançar ainda mais para coibir a violência contra a mulher, fortalecendo as medidas protetivas da LPM, as redes de atendimento, as campanhas de prevenção e combate à violação dos direitos humanos e a questão de gênero, a capacitação de profissionais que atuam nessa área, dentre outras, com vistas a proporcionar maior visibilidade, efetividade e resolubilidade em sua execução.

CONCLUSÃO

Os dados compilados e os resultados deste estudo possibilitaram a análise dos registros das mulheres em situação de violência, demonstrando que o perfil das vítimas, majoritariamente, consiste em mulheres até 50 anos, pardas e brancas. No tocante à escolaridade, prevaleceram os registros ignorados, inviabilizando uma investigação mais acurada da relação entre violência e estudo. Ao mesmo tempo, evidenciou-se prevalência das violências física e psicológica sofridas pelas mulheres, tendo como agente violador parceiros e ex-parceiros, e elas procuraram espontaneamente o CRAM como rede de apoio para denunciar as violências sofridas.

Ao mesmo tempo, percebeu-se que a violência contra a mulher constitui um grave problema social, de relações de poder e conflito permanente, requerendo maior conscientização, apoio e atenção das diferentes esferas da sociedade. É imperioso que as vítimas denunciem os agressores e preencham todos os campos disponíveis nas fichas de atendimento, para gerar dados mais consistentes e proporcionar maior visibilidade a esse fenômeno tão alarmante.

Diante da complexidade que permeia a violência contra as mulheres, faz-se necessário derrubar os muros que protegem o ciclo da violência, buscando fortalecer os fluxos de atendimento e as medidas protetivas, de combate, prevenção e tratamento, subsidiados pela intersectorialidade e por equipes multiprofissionais, com o intuito de proporcionar a integralidade do cuidado às mulheres em situação de violência. Muito já se avançou na legislação para o enfrentamento à violência contra a mulher, no

*...faz-se necessário
derrubar os
muros que
protegem o ciclo da
violência...*

entanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a garantia plena dos direitos às mulheres, pois esse grave problema social requer conscientização, apoio e atenção das diferentes esferas da sociedade.

Uma das limitações deste estudo consiste nas falhas identificadas no preenchimento das fichas de atendimento, ignorando informações relevantes, como renda, situação conjugal, profissão, tempo de convivência com o cônjuge, faixa etária dos filhos, local da ocorrência, horário da violência sofrida, sentimentos em relação ao agressor. Esses fatores influenciam a generalização dos dados, o que demanda cautela, levando-se em conta a significativa proporção de mulheres em situação de violência que não procuraram a DDM para denunciar seus agressores.

Acredita-se, ainda, que este estudo pode disseminar subsídios científicos acerca desse fenômeno multifacetado, contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos por parte das equipes multiprofissionais que atuam nas diversas áreas em que o tema abordado se destaca. Partindo dessa premissa, espera-se contribuir com o desenvolvimento de reflexões mais aprofundadas acerca dessa questão complexa, permeada por relações de poder e conflito permanente, em busca de transformações assentadas em bases sólidas para uma atuação e intervenção na violência contra a mulher que proporcione melhor qualidade de vida a essa população. Sugere-se, então, que novas pesquisas sejam realizadas para subsidiar a efetiva proteção às mulheres vítimas de violência.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara e Gezabell Rodrigues contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Geanne Maria Costa Torres** contribuiu com o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Antonio Germane Alves Pinto** contribuiu com o delineamento do estudo e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Gomes SC, Pereira AP, Holanda CAS, Costa Júnior AF, Oliveira JD, Quirino GS. Análise de dados sociodemográficos de notificações de violência psicológica e moral. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Jan 16];14(2):51-8. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/825>
3. Brasil. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. Pereira RCB, Loreto MDS, Teixeira KMD, Sousa JMM. O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Jan 20];24(1):206-35. Available from: <http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/13801/89-674-2-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [document on the internet]. 2013 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf;jsessionid=CAE3835418D7CE3F0AD8922357B82062?sequence=1
6. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil [homepage on the internet]. 2015 [cited 2019 Mar 20]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2015_mulheres.php
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Violência contra as mulheres na América Latina e no Caribe: uma análise comparativa dos dados sobre a população de 12 países. Washington (DC): OPAS; 2013.
8. Paulino N, Pinusa S. Ceará foi o segundo estado onde mais se matou mulheres em 2018 [homepage on the internet]. [cited 2019 April 20]. Available from: <https://g1.globo.com/ce/noticia/2019/03/08/ceara-foi-o-segundo-estado-onde-mais-se-matou-mulheres-em-2018.ghtml>
9. Araújo MLG, Albuquerque GA, Alencar OM. Monitoramento dos casos de violência contra a mulher na Região do Cariri, em 2016, realizado pelo Observatório da Violência e dos Direitos Humanos da Região do Cariri – Universidade Regional do Cariri (URCA) [document on the internet]. 2018 [cited 2019 Mar 20]. Available from: <http://www.urca.br/novo/portal/index.php/documentos/category/12-caderno-tematico-violencia-contra-a-mulher-da-regiao-do-cariri?download=27%3Acaderno-tematico-violencia-contra-a-mulher-da-regiao-do-cariri>
10. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil municipal 2017 [homepage on the internet]. 2017 [cited 2019 Apr 20]. Available from: <https://www.ipece.ce.gov.br/perfil-municipal-2017/>
11. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2019 Apr 14]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
12. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 [document on the internet]. 2012 [cited 2019 Apr 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016 [document on the internet]. 2016 [cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
14. Oliveira CAB, Alencar LN, Cardena RR, Moreira KFA, Pereira PPS, Fernandes DER. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no Estado de Rondônia – Brasil. Rev Cuid (Bucaramanga, 2010) [serial on the internet]. 2019 [cited 2019 Apr 20];10(1):e573. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/573/1052>
15. Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Apr 19];(51):33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100223&lng=en
16. Moura TC, Paixão GPN, Silva Filho CC, Carvalho MRS, Oliveira KA, Salgado MA, et al. Violência contra mulher: conhecendo aspectos do perfil das notificações do Município de Senhor do Bonfim-Bahia. Ciência & Desenvolvimento: Revista Eletrônica da FAINOR [serial on the internet]. 2014 [cited 2019 Apr 19];7(1):156-70. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/265>
17. Albuquerque Netto L, Moura MAV, Silva GF, Penna LHG, Pereira ALF. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. Rev Gaúch Enferm [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Apr 19];36(Spec):135-42. Available from: <http://www.urca.br/novo/portal/index.php/documentos/category/12-caderno-tematico-violencia-contra-a-mulher-da-regiao-do-cariri?download=27%3Acaderno-tematico-violencia-contra-a-mulher-da-regiao-do-cariri>

from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000500135&script=sci_abstract&tlng=pt

18. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. Acta Paul Enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Jan 25];26(6):547-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

19. Melo ACM, Garcia LP. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Jan 25];22(4):1333-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401333&script=sci_abstract&tlng=pt

20. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Apr 25];20(1):249-58. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf

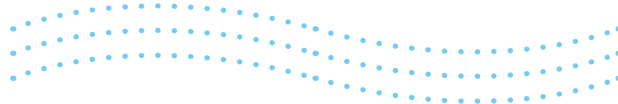
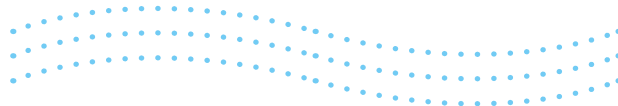
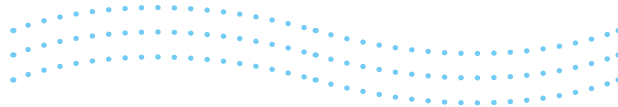
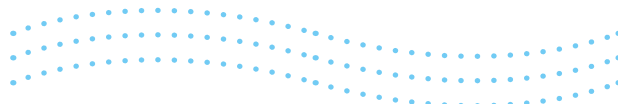
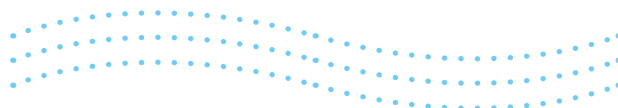
21. Senado Federal. Violência doméstica e familiar contra a mulher [document on the internet]. 2013 [cited 2019 Apr 14]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia>

22. Oliveira PP, Viegas SMF, Santos WJ, Silveira EAA, Elias SC. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. Texto & Contexto Enferm [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Jan 20];24(1):196-203. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf

23. Calvinho ML, Ramos N. Violência conjugal contra a mulher, saúde e gênero contributos para melhorar as práticas profissionais e as políticas de prevenção da violência. Revista Ambivalências [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Jan 20];2(3):42-69. Available from: <https://seer.ufs.br/index.php/Ambivalencias/article/view/3127>

24. Moura MAV, Albuquerque Netto L, Leite FMC, Lima FRS, Teixeira SVB. Mulheres que denunciam violência de gênero em uma Unidade de Polícia Pacificadora. Rev Eletrônica Enferm [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Apr 20];15(3):628-37. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n3/pdf/v15n3a04.pdf>

25. Campos CH. The Joint Parliamentary Committee of Enquiry and the Implementation of the Maria da Penha Law. Revista Estudos Feministas [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Jan 20];23(2):519-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200519



FATORES DE RISCO MATERNOS ASSOCIADOS À PREMATURIDADE EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA

MATERNAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURITY IN A UNIVERSITY MATERNITY HOSPITAL

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS CON LA PREMATURIDAD EN UNA MATERNIDAD ESCUELA

Sthefani da Costa Penha ¹Nathália Patrício Rebouças ²Ana Vaneska Passos Meireles ³Antônio Augusto Ferreira Carioca ⁴Maria Soraia Pinto ⁵Natália Sales de Carvalho ⁶**Palavras-chave:**

*Recém-Nascido Prematuro;
Gravidez de Alto Risco; Cuidado
Pré-Natal; Serviços de Saúde
Materno-Infantil.*

Keywords:

*Infant, Premature; Pregnancy,
High-Risk; Prenatal Care;
Maternal-Child Health Services.*

Palabras clave:

*Recién Nacido Prematuro;
Embarazo de Alto Riesgo;
Atención Prenatal; Servicios de
Salud Materno-Infantil.*

Submetido:

17/04/2019

Aprovado:

19/10/2019

**Autor(a) para
Correspondência:**

*Sthefani da Costa Penha
R. Dr. Freire Alemão, 225
Mont Serrat - Porto Alegre (RS)
90450-060
E-mail: sthefani.costa@
hotmail.com*

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar os fatores de risco maternos relacionados à prematuridade em uma maternidade-escola de Fortaleza (CE). Trata-se de pesquisa observacional, transversal e quantitativa, realizada por meio da análise dos prontuários de puérperas e recém-nascidos no período de fevereiro a julho de 2018. Tal análise incluiu 100 neonatos pré-termo e 100 a termo e suas respectivas mães. Foram coletados dados de identificação, sociodemográficos, obstétricos, antropométricos e clínicos por meio de um formulário. Eles foram analisados no software SPSS, versão 20.0, com teste de qui-quadrado (significância $p < 0,05$). Constatou-se associação entre gestações duplas e prematuridade ($p < 0,001$); menor exposição a pré-eclâmpsia e eclâmpsia e recém-nascidos a termo ($p = 0,026$); e ≥ 6 ou mais consultas pré-natal e partos a termo ($p < 0,001$). Gestações duplas, pré-eclâmpsia e cuidado pré-natal inadequado foram identificados como fatores maternos de risco de prematuridade e, diante disso, a investigação precoce de possíveis condições de risco mediante o cuidado pré-natal se mostra imprescindível para a prevenção, a redução e/ou o tratamento de complicações de alto risco relacionadas ao nascimento pré-termo.

1. Nutricionista. Aluna de Especialização em Nutrição Materno-Infantil no Instituto de Pesquisas, Ensino e Gestão em Saúde (iPGS). E-mail: sthefani.costa@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1183-4997>
2. Nutricionista. Aluna de Especialização em Nutrição Materno-Infantil no iPGS. E-mail: nathaliaprnutri@outlook.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3004-0439>
3. Nutricionista. Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora na Universidade de Fortaleza (Unifor). E-mail: anavaneskapm@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0927-5281>
4. Nutricionista. Doutor em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professor na Unifor. E-mail: nutriaugusto@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1194-562X>
5. Nutricionista. Aluna de Doutorado em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora na Unifor. E-mail: soraia@unifor.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9419-746X>
6. Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde pela UECE. Professora na Unifor. E-mail: natycarvalho_@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1069-8644>

ABSTRACT

This study aimed to identify maternal risk factors related to prematurity in a university maternity hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. This is an observational, cross-sectional, and quantitative research, conducted by analyzing the medical records of puerperal women and newborn infants within the period from February to July 2018. Such analysis included 100 preterm and 100 full-term infants and their respective mothers. Identification, sociodemographic, obstetric, anthropometric, and clinical data were collected by means of a form. They were analyzed using the software SPSS, version 20.0, with chi-square test (significance $p < 0.05$). There was association between double pregnancies and prematurity ($p < 0.001$); lower exposure to preeclampsia and eclampsia and full-term newborn infants ($p = 0.026$); and ≥ 6 prenatal check-ups and full-term deliveries ($p < 0.001$). Double pregnancies, preeclampsia, and inadequate prenatal care were identified as maternal risk factors for prematurity, therefore, early investigation of potential risk conditions through prenatal care shows to be a must for prevention, reduction, and/or treatment of high-risk complications related to preterm birth.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo maternos relacionados con la prematuridad en una maternidad escuela en Fortaleza, Ceará, Brasil. Esta es una investigación observacional, transversal y cuantitativa, realizada mediante el análisis de los registros médicos de las puérperas y los recién nacidos dentro del período de febrero a julio de 2018. Dicho análisis incluyó a 100 recién nacidos prematuros y 100 a término y sus respectivas madres. Los datos de identificación, sociodemográficos, obstétricos, antropométricos y clínicos se recopilaban mediante un formulario. Se analizaron utilizando el software SPSS, versión 20.0, con prueba de chi cuadrado (significancia $p < 0,05$). Hubo asociación entre embarazos dobles y prematuridad ($p < 0,001$); menor exposición a preeclampsia y eclampsia y recién nacidos a término ($p = 0,026$); y ≥ 6 chequeos prenatales y partos a término ($p < 0,001$). Embarazos dobles, preeclampsia y atención prenatal inadecuada se identificaron como factores de riesgo maternos para la prematuridad y, por lo tanto, la investigación temprana de posibles condiciones de riesgo a través de la atención prenatal demuestra ser imprescindible para la prevención, reducción y/o tratamiento de complicaciones de alto riesgo relacionadas con parto prematuro.

.....

INTRODUÇÃO

A gravidez de alto risco é caracterizada por intercorrências, correspondendo a 20% das gestações. Ela pode decorrer de fatores sociodemográficos (sobressaindo-se as extremidades de idade, a baixa escolaridade, a ocupação, o estado civil e o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas) e nutricionais (o peso pré-gestacional e o ganho de peso gestacional constituem influências diretas no ciclo gravídico, o que se justifica pelo fornecimento das calorias e dos nutrientes necessários para a formação e a alimentação fetal)¹⁻³.

Além disso, condições clínicas preexistentes (como *diabetes mellitus* [DM], hipertensão arterial sistêmica [HAS] e doenças cardiovasculares) ou adquiridas no decorrer do ciclo gestacional (entre elas as síndromes hipertensivas da gravidez [SHG], como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP, *diabetes mellitus* gestacional [DMG] e infecção do trato urinário [ITU]) interferem nessas circunstâncias^{1,4}.

Nesse contexto, o aumento ponderal materno excessivo pode acarretar limitação no

desenvolvimento do bebê no interior do útero, parto precoce e elevação dos índices de óbito no período entre a concepção e o pós-nascimento⁵. Já a ocorrência de SHG apresenta maior etiologia para morbimortalidade materna e fetal, como nascimentos pré-termo e a consequente necessidade de cuidados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Além disso, a DMG está relacionada a alterações hipertensivas e prematuridade subsequentes⁶⁻⁷.

A prematuridade se refere ao parto ocorrido antes das 37 semanas gestacionais completas. Em escala mundial, cerca de 15 milhões de crianças apresentam nascimento pré-termo e o Brasil se encontra entre os 10 primeiros países com maiores taxas de parto precoce. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2016, a taxa nacional de partos prematuros foi de 11,11% (sendo 11,28% na região Nordeste e 12,38% no Estado do Ceará)⁸⁻⁹.

Diante disso, a identificação precoce de determinadas condições é indispensável para tratá-las ou reduzi-las. Nesse contexto, visando à diminuição das taxas de morbimortalidade materna e infantil, criou-se, no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), a estratégia Rede Cegonha – com o intuito de proporcionar atenção humanizada tanto à mulher (para o planejamento reprodutivo, a gestação e o puerpério) quanto à criança na faixa etária de 0 a 24 meses (para o nascimento seguro e o crescimento e o desenvolvimento saudáveis)¹⁰.

Partindo de tal pressuposto, este estudo teve por objetivo:

- Identificar os fatores de risco maternos relacionados à prematuridade em uma maternidade-escola de Fortaleza (CE).

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa observacional e transversal, com abordagem quantitativa, realizada a partir da leitura e análise dos registros contidos nos prontuários de puérperas e recém-nascidos que estiveram internados em uma das unidades de neonatologia e/ou naqueles disponíveis no Setor de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de uma maternidade-escola na capital do Ceará, com coleta de dados realizada no período entre fevereiro e julho de 2018.

A quantificação da amostra total foi obtida por meio da fórmula de população finita:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q$$

onde p = prevalência; Z = valor de Z para um nível de significância; d = precisão desejada; q = quantidade de erro esperada; e N = universo amostral. Para tal, adotou-se a prevalência de 8,7% e 5% de precisão.

Para o cálculo da prevalência, considerou-se que nasceram 5.187 crianças na maternidade estudada (no ano de 2017). Destas, 1.117 nasceram antes de completar 37 semanas gestacionais e 453 recém-nascidos pré-termo foram admitidos em setores neonatais: UTIN, unidade de cuidado intermediário neonatal convencional (UCINCo), unidade de cuidado intermediário neonatal canguru (UCINCa) ou alojamento conjunto (AC)¹¹.

Assim, a amostra deste estudo foi composta por 400 indivíduos (200 recém-nascidos e 200 puérperas), divididos em 2 grupos: a) recém-nascidos pré-termo (100 neonatos pré-termo, com menos de 36 semanas e 4 dias gestacionais, e as 100 mães respectivas); e b) recém-nascidos a termo (100 neonatos a termo, com 37 semanas gestacionais ou mais, e as 100 mães respectivas).

...Rede Cegonha – com o intuito de proporcionar atenção humanizada tanto à mulher (...) quanto à criança na faixa etária de 0 a 24 meses...

Os critérios de inclusão foram: recém-nascidos pré-termo e a termo, internados em uma das unidades neonatais da maternidade, e suas mães. Excluíram-se da pesquisa puérperas e neonatos cujas informações indispensáveis para este estudo estivessem incompletas em seus prontuários.

Os dados das mães se elencaram em variáveis categóricas: 1) dados de identificação (iniciais do nome; número do formulário; número do prontuário); 2) dados sociodemográficos (data de nascimento; ocupação; estado civil; escolaridade; etilismo; tabagismo; uso de drogas ilícitas; antecedentes clínicos; uso de medicamentos); e 3) dados obstétricos (gestações anteriores; partos anteriores; abortos anteriores; tipo de parto; tipo de gestação; complicações na gestação; realização de pré-natal; número de consultas pré-natal; idade gestacional em que iniciou o pré-natal). Além disso, adotaram-se variáveis contínuas: 4) dados antropométricos (peso pré-gestacional; estatura; Índice de massa corporal [IMC] pré-gestacional e classificação¹²; peso na última consulta pré-natal; idade gestacional do último peso; IMC da última consulta pré-natal e classificação¹³; ganho de peso total da gestação e classificação¹²).

Quanto aos dados do recém-nascido, incluíram-se uma variável categórica – 1) dados de identificação (sexo; data de nascimento) – e uma variável contínua – 2) dados antropométricos (idade gestacional ao nascer e classificação¹⁴). Assim, na coleta de dados, empregou-se um formulário estruturado com questões de múltipla escolha.

O procedimento de tabulação de dados foi conduzido no *software Microsoft Office Excel*, versão 2013. A análise de dados foi conduzida no *software SPSS*, versão 20.0. Para as variáveis categóricas, a análise descritiva incluiu a distribuição de frequência relativa; para as variáveis numéricas, foram calculados os valores de média. O teste empregado para avaliar as relações foi o qui-quadrado (significância $p < 0,05$).

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 76737317.0.0000.5050 e o Parecer n. 2.556.948/2018. Visto que o estudo foi realizado por meio da leitura e análise de prontuários, sem necessidade de contato direto com os participantes, recorreu-se ao Termo de Fiel Depositário, devidamente assinado pelo diretor-geral da instituição hospitalar antes do início da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada apresentou predomínio de mães na faixa etária entre 19 e 35 anos ($n = 127 - 63,5\%$), do lar ($n = 104 - 52\%$), em união estável ($n = 94 - 47\%$), com escolaridade até o Ensino Médio completo ($n = 107 - 53,5\%$), não etilistas ($n = 192 - 96\%$), não tabagistas ($n = 193 - 96,5\%$) e não usuárias de drogas ilícitas ($n = 191 - 95,5\%$) e não houve diferença estatística entre as variáveis analisadas para ambos os grupos (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das puérperas associados a nascimentos pré-termo e a termo em uma maternidade. Fortaleza, 2018.

Variáveis	Pré-termo (%)	A termo (%)	Total (%)	P*
Idade				0,471
< 19 anos	11	17	14	
Entre 19 e 35 anos	66	61	63,5	
> 35 anos	23	22	22,5	
Ocupação				0,433
Emprego fixo	38	35	36,5	
Do lar	52	52	52	
Estudante	10	13	11,5	
Estado civil				0,353
Casada	29	23	26	
União estável	48	46	47	
Solteira	23	31	27	
Escolaridade				0,906
Ensino Fundamental	41	38	39,5	
Ensino Médio	52	55	53,5	
Ensino Superior	7	7	7	
Etilismo				0,470
Sim	3	5	4	
Não	97	95	96	
Tabagismo				0,700
Sim	4	3	3,5	
Não	96	97	96,5	
Uso de drogas ilícitas				0,733
Sim	4	5	4,5	
Não	96	95	95,5	

* Teste de qui-quadrado.

No entanto, nas faixas etárias de risco, prevaleceram mães de recém-nascidos pré-termo com idade acima de 35 anos ($n = 23 - 23\%$). Tal achado demonstra que a proporção estudada de nascimentos prematuros apresenta diferenças nas faixas etárias maiores, corroborando estudo realizado em 2007-2008, com gestantes atendidas

nos estabelecimentos do SUS do Município do Rio de Janeiro, que indica maior risco de parto pré-termo à medida que a idade da mulher avança¹⁵.

Ademais, averiguou-se maior proporção de puérperas do lar (n = 52 – 52%), em união estável (n = 48 – 48%) e com Ensino Médio (n = 52 – 52%), concordando com outros autores, os quais apresentaram como população prevalente mulheres sem atividade remunerada e com companheiro fixo, diferenciando-se quanto à escolaridade (classificada como baixa)¹⁶. E, ainda, identificaram-se mães não etilistas, não tabagistas e não usuárias de drogas ilícitas, o que se contrapõe aos achados de outra pesquisa, cujo objetivo foi investigar o perfil das condições de saúde de mães com partos prematuros, na qual se evidenciou o uso de tais substâncias e partos pré-termo¹⁷.

Ao analisar os antecedentes clínicos, houve prevalência de mães de recém-nascidos prematuros com DM (n = 17 – 17%) e HAS (n = 16 – 16%) (Tabela 2), confirmando resultados de estudo transversal e descritivo, o qual caracterizou o perfil de recém-nascidos atendidos na UTIN de um hospital estadual, identificando neonatos pré-termo com mães portadoras de DM e HAS¹⁸. O desfecho pode ser justificado pela maior exposição a resistência insulínica, aumento dos níveis pressóricos e estresse metabólico.

Tabela 2 – Antecedentes clínicos e história reprodutiva de puérperas associados a nascimentos pré-termo e a termo em uma maternidade. Fortaleza, 2018.

Variáveis	Pré-termo (%)	A termo (%)	Total (%)	P*
Antecedentes clínicos				
DM	17	8	12,5	0,054
HAS	16	13	14,5	0,547
Hipotireoidismo	5	1	3	0,097
Anemia	3	2	2,5	0,651
Sífilis	2	2	2	0,100
Cardiopatía	1,01	1	1,01	0,994
Uso de medicamentos	70	62	66	0,232
Gestações anteriores				0,808
Nenhuma	34	38	36	
1-3	53	51	52	
> 3	13	11	12	
Partos anteriores				0,827
Nenhum	42	46	44	
1-3	53	50	51,5	
> 3	5	4	4,5	
Abortos anteriores				0,556
Nenhum	71,71	74	72,86	
1-3	27,27	26	26,63	
> 3	1,01	0	0,5	

* Teste de qui-quadrado; DM = *diabetes mellitus*; HAS = hipertensão arterial sistêmica.

Quanto à história reprodutiva, as mães apresentaram de 1 a 3 gestações anteriores (n = 53 – 53%), de 1 a 3 partos anteriores (n = 53 – 53%) e nenhum aborto anterior (n = 71 – 71,71%), não havendo diferença estatística na amostra (Tabela 2), o que se assemelha ao encontrado em uma pesquisa realizada entre janeiro e junho de 2015, cujo objetivo foi identificar o perfil epidemiológico de gestantes de alto risco atendidas no Instituto da Mulher do Município de Francisco Beltrão⁴.

Em relação à gestação atual, houve prevalência de gestação tipo única (n = 187 – 93,5%) e parto cesáreo (n = 115 – 57,5%) para os 2 grupos. Contudo, gestações duplas apresentaram a maior associação com a ocorrência de prematuridade (n = 13 – 13%) ($p < 0,001$) quando comparadas aos nascimentos a termo (Tabela 3), assim como estabelecido na literatura, a qual afirma que gestações múltiplas aumentam – em 17 vezes – as chances

de ocorrência de nascimentos antes das 37 semanas gestacionais completas, devido à maior exposição a intercorrências durante o período gestacional¹⁹.

Tabela 3 – Dados obstétricos e complicações gestacionais associados a nascimentos pré-termo e a termo em uma maternidade. Fortaleza, 2018.

Variáveis	Pré-termo (%)	A termo (%)	Total (%)	P*
Tipo de gestação				< 0,001
Única	87	100	93,5	
Dupla	13	0	6,5	
Tipo de parto				0,198
Normal	38	47	42,5	
Cesário	62	53	57,5	
Realização de pré-natal				0,312
Sim	97	99	98	
Não	3	1	2	
Número de consultas pré-natal				< 0,001
Nenhuma	3	0	1,5	
1-3	29	7	18	
4-6	38	28	33	
> 6	30	65	47,5	
Trimestre de início pré-natal				0,156
1º trimestre	70,1	64	67,01	
2º trimestre	28,87	30	29,44	
3º trimestre	1,03	6	3,55	
Complicações gestacionais				
ITU				0,881
Sim	34	33	33,5	
Não	66	67	66,5	
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia				0,026
Sim	34	20	27	
Não	66	80	73	
DMG				0,809
Sim	9	10	9,5	
Não	91	90	90,5	
Anemia				0,248
Sim	5	33	3,5	
Não	95	67	96,5	
Síndrome de HELLP				0,155
Sim	2	0	1	
Não	98	100	99	
Sífilis				0,316
Sim	1	0	0,5	
Não	99	100	99,5	

* Teste de qui-quadrado; ITU = infecção do trato urinário; DMG = *diabetes mellitus* gestacional.

O parto cesáreo, também, esteve mais presente em nascimentos pré-termo (n = 62 – 62%), concordando com estudos realizados em Teresina (PI), em 2012 e 2013, e em Porto Alegre (RS), em 2012, sugerindo que intercorrências gestacionais levam à gravidez de alto risco, sendo, na maioria das vezes, precursoras de partos prematuros e da consequente indicação de cesárea^{8,16}.

As principais complicações gestacionais observadas foram ITU (n = 67 – 33,5%) e pré-eclâmpsia e eclâmpsia

(n = 54 – 27%) para ambos os grupos. No entanto, averiguou-se que menor exposição de mães a pré-eclâmpsia e eclâmpsia apresentou relação direta com nascimentos de recém-nascidos a termo (n = 80 – 80%) ($p = 0,026$), semelhante aos achados de outros autores, que evidenciaram maior frequência de pré-eclâmpsia entre as intercorrências maternas correlacionadas à prematuridade¹⁶. Isso pode ser explicado pela indicação de ITU não tratada adequadamente no pré-natal como fator predisponente ao surgimento de pielonefrite (infecção nos rins), causando dano tecidual por endotoxinas bacterianas e disfunção da pressão sanguínea, propiciando, assim, maior risco de surgimento de pré-eclâmpsia^{18,20}.

Quanto ao pré-natal, 98% (n = 196) das mulheres foram acompanhadas, predominando um número de consultas ≥ 6 (n = 95 – 47,5%) e a maioria das que receberam atenção iniciaram no primeiro trimestre gestacional (n = 132 – 67,01%). Além disso, observou-se que 65% (n = 65) das puérperas realizaram ≥ 6 consultas pré-natal e eram mães de recém-nascidos a termo ($p < 0,001$), apresentando correlação significativa entre atenção pré-natal adequada e prevenção de nascimentos prematuros (Tabela 3), confirmando resultados de pesquisa desenvolvida no município de Maringá (PR), em 2009, os quais indicam que a atenção pré-natal adequada, por meio de 7 consultas, relaciona-se com menor probabilidade de prematuridade¹⁹.

Diante disso, a atenção pré-natal adequada é imprescindível para a prevenção de partos prematuros por possibilitar a identificação precoce das condições de risco. A Rede Cegonha se instituiu nesse contexto e tem por objetivo garantir o cuidado humanizado ao público materno-infantil, iniciado desde o planejamento reprodutivo e o atendimento pré-natal, estendendo-se ao parto e ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, até que ela alcance os 2 anos de vida^{10,21}.

No tocante ao estado nutricional, a maioria das gestantes estava com excesso de peso antes da gestação (n = 110 – 55%), com a média de IMC = 26,09 kg/m², e na última consulta pré-natal (n = 117 – 58,5%), com a média de IMC = 29,27 kg/m². Apesar de homogeneidade na amostra, observou-se que mães de recém-nascidos pré-termo apresentaram, no período pré-gestacional, excesso de peso (n = 54 – 54%) e, em relação ao estado nutricional na última consulta pré-natal, averiguou-se que mães de recém-nascidos pré-termo também se encontravam com excesso de peso (n = 55 – 55%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Estado nutricional e ganho de peso total da gestação associados a nascimentos pré-termo e a termo em uma maternidade. Fortaleza, 2018.

Variáveis	Pré-termo (%)	A termo (%)	Total (%)	p*
Estado nutricional pré-gestacional				0,604
Déficit de peso	4	8	6	
Peso adequado	42	36	39	
Excesso de peso	54	56	55	
Estado nutricional do último pré-natal				0,797
Déficit de peso	15	13	14	
Peso adequado	30	25	27,5	
Excesso de peso	55	62	58,5	
Ganho de peso total da gestação				0,133
Abaixo do recomendado	63	49	56	
Dentro do recomendado	22	29	25,5	
Acima do recomendado	15	22	18,5	

* Teste de qui-quadrado.

Tal achado se encontra em concordância com os resultados de estudo realizado no período de abril a setembro de 2015, com mães de recém-nascidos pré-termo em uma maternidade pública em Parnamirim (RN), no qual também se observou semelhança entre maior prevalência de sobrepeso e obesidade antes e durante a gestação e partos pré-termo, determinando que a variável do estado nutricional materno pode ser considerada fator de risco de nascimento prematuro, justificando-se pela modificação do estado metabólico, com proliferação de citocinas inflamatórias e alteração na resistência insulínica¹⁷.

No entanto, a prevalência de ganho de peso total da gestação se deu abaixo do recomendado para os 2 grupos (n = 112 – 56%), considerando que as gestantes já iniciaram o pré-natal com a classificação de excesso de peso e a incompletude do período gestacional. Além disso, constatou-se que as mães que expuseram ganho de peso abaixo do recomendado apresentaram maior associação com partos pré-termo (n = 63 – 63%) (Tabela 4), corroborando uma pesquisa de caso-controle realizada em Campina Grande (PB), no período de junho de 2008 a maio de 2009, a qual identificou que o ganho ponderal materno insuficiente demonstrou risco de prematuridade²².

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou gestações duplas, pré-eclâmpsia, cuidado pré-natal inadequado e excesso de peso como fatores maternos de risco de prematuridade, podendo resultar em maior prevalência de recém-nascidos prematuros presentes em UTIN e maior tempo de internação, propiciando ao aumento de custos hospitalares.

Desse modo, mostram-se imprescindíveis a melhoria do planejamento de ações profiláticas e a ampliação da cobertura pré-natal, considerando que tal assistência enfatiza cuidados humanizados durante todo o período gestacional, prevenindo, reduzindo e/ou tratando complicações de alto risco que podem estar relacionadas a nascimento pré-termo e, assim, colaborar para o aumento da eficácia das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde (MS) – como a Rede Cegonha.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Sthefani da Costa Penha e Nathália Patrício Rebouças contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Ana Vaneska Passos Meireles** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Antônio Augusto Ferreira Carioca, Maria Soraia Pinto e Natália Sales de Carvalho** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2018

Feb 28];16(1):23-8. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>

2. Teixeira MPC, Queiroga TPR, Mesquita MA. Frequência e fatores de risco para o nascimento de recém-nascidos pequenos para idade gestacional em maternidade pública. Einstein (São Paulo) [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Nov 25];14(3):317-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n3/pt_1679-4508-eins-14-03-0317.pdf

3. Ribeiro AM, Lima MC, Lira PIC, Silva GAP. Baixo peso ao nascer e obesidade: associação causal ou casual? Rev Paul Pediatr [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Nov 25];33(3):341-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0340.pdf>

4. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Cogitare Enferm [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Feb 28];21(2):1-8. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192/28238>

5. Teixeira CSS, Cabral ACV. Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. Rev Bras Ginecol Obstet [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Nov 25];38(1): 27-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n1/0100-7203-rbgo-38-01-00027.pdf>

6. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Rev Latinoam Enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Mar 4];21(3):1-8. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75979>

7. Amaral AR, Silva JC, Ferreira BS, Silva MR, Bertini AMA. Impacto do diabetes gestacional nos desfechos neonatais: uma coorte retrospectiva. Sci Med. 2015;25(1):1-6.

8. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Nov 25];50(3):382-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0382.pdf

9. Brasil. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) [homepage on the internet]. 2016 [cited 2018 Mar 11]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc%2Fcvn%2Fvuf.def>

10. Brasil. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha [document on the internet]. 2011 [cited 2018 May 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

11. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. Relatório Institucional Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) [document on the internet]. 2017 [cited 2018 May 29]. Available from: <http://ebserh.gov.br/web/meac-ufc/relatorio-de-gestao1>

12. Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington (DC): National Academic Press; 2009.

13. Atalah S, Castilho C, Castro R, Amparo A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Méd Chile* [serial on the internet]. 1997 [cited 2018 Mar 4];125(12):1429-36. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=210390&indexSearch=ID>

14. Brasil. Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a atenção hospitalar e a atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

15. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Aug 22];13(2):89-100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200002

16. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do Nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Nov 25];21(6):1965-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>

17. Teixeira GA, Carvalho JBL, Sena AV, Morais PC, Alves TRM. Características maternas de partos prematuros. *Enferm Atual* [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Aug 10];81:19-23. Available from: http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_81_REVISTA_19/02.pdf

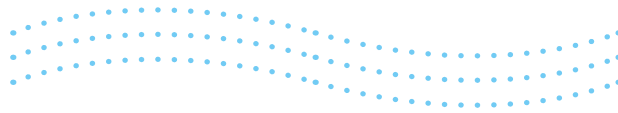
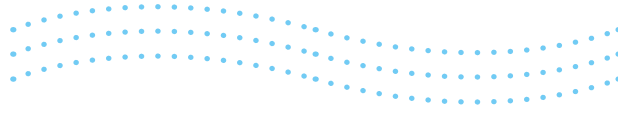
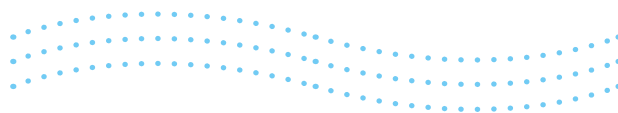
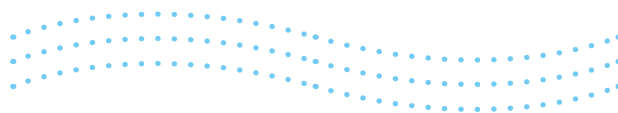
18. Oliveira CS, Casagrande GA, Grecco LC, Golin MO. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sci* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Mar 10];40(1):28-32. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/700>

19. Melo WA, Carvalho, MDB. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no Sul do Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Aug 10];5(2):398-409. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/436/419>

20. Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet* [serial on the internet]. 2008 [cited 2019 Nov 25];30(2):93-100. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/08.pdf>

21. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saúde* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Nov 25];25(2):281-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00281.pdf>

22. Assunção PL, Novaes HMD, Alencar GP, Melo ASO, Almeida MF. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo de caso-controle. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Aug 10];28(6):1078-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/07.pdf>



ALÉM DAS GRADES: PERCEPÇÃO DE MULHERES ENCARCERADAS ACERCA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

BEYOND BARS: IMPRISONED WOMEN'S PERCEPTION OF HEALTH STATUS

MÁS ALLÁ DE LAS REJAS: PERCEPCIÓN DE MUJERES ENCARCELADAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Silmaria Bandeira do Nascimento ¹Antônio Tiago da Silva Souza ²Marianne dos Santos Pereira ³João Rodrigo de Moura Carvalho ⁴Antonio Vladimir Félix da Silva ⁵**Palavras-chave:**

Mulheres; Prisões; Cuidado;
Políticas Públicas.

Keywords:

Women; Prisons; Care; Public
Policy.

Palabras clave:

Mujeres; Prisiones; Cuidado;
Políticas Públicas.

Submetido:

10/05/2019

Aprovado:

11/10/2019

Autor(a) para**Correspondência:**

Silmaria Bandeira do
Nascimento

Av. São Sebastião, 2819

Nossa Senhora de Fátima

Parnaíba (PI)

64202-020

E-mail: silmariannascimento@
hotmail.com

RESUMO

Este estudo teve por objetivo conhecer as condições de saúde de mulheres privadas de liberdade na penitenciária mista de Parnaíba (PI). Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória desenvolvida com 8 mulheres encarceradas em regime fechado. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados, seguidas por análise de conteúdo temática. Os resultados indicaram 3 eixos temáticos que embasaram a análise e interpretação: a) "Minha saúde é razoável aqui dentro"; b) "Eles dão vacina na gente e passam exames"; e c) "A saúde do povo daqui só sabe quem vive". Constatou-se a existência de ações em saúde da mulher no sistema penitenciário, porém, de modo não regular, não programático e desarticulado. Conclui-se que há a necessidade de garantir que as políticas públicas voltadas às mulheres aprisionadas se mostrem efetivas, assim como se enfatiza a importância das equipes multidisciplinares de saúde definirem seu papel na assistência à saúde, de modo que possam fortalecer o vínculo entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços de saúde, com vistas a possibilitar que essas mulheres tenham participação ativa nos cuidados à sua saúde.

1. Psicóloga. Aluna de Especialização em Saúde da Família na Universidade Federal do Piauí (UFPI). Residente em Saúde da Família na UFPI. E-mail: silmariannascimento@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6035-106X>

2. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFPI. Aluno de Graduação em Medicina na UFPI. E-mail: at.tiago@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1904-1681>

3. Aluna de Serviço Social na Cristo Faculdade do Piauí (CHRISFAP). E-mail: marianne.dossantosp@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2969-1891>

4. Psicólogo graduado pela UFPI. E-mail: jrodrigo_moura@outlook.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5426-471X>

5. Pedagogo. Doutor em Ciências Psicológicas pela Universidade de Havana (Cuba). Professor na UFPI. E-mail: wladysfelix@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3084-379X>

ABSTRACT

This study aimed to know the health status of women deprived of liberty in the mixed prison in Parnaíba, Piauí, Brazil. This is a qualitative, descriptive, and exploratory research conducted with 8 women in closed custody facilities. Semi-structured interviews were conducted for collecting data, followed by thematic content analysis. The results indicated 3 thematic axes that supported the analysis and interpretation: a) "My health status is acceptable in here;" b) "They vaccinate us and prescribe exams;" and c) "Only those who experience it know the health status in here." The existence of women's health actions was found in the prison system, but in a non-regular, non-programmatic, and non-comprehensive way. It is concluded that there is a need to ensure the public policies aimed at imprisoned women to be effective, as well as the importance that multidisciplinary health teams define their role in providing care is highlighted, so that they can strengthen the bond between health professionals and health service users, with a view to enabling these women to actively participate in their own health care.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer el estado de salud de mujeres privadas de libertad en la prisión mixta en Parnaíba, Piauí, Brasil. Esta es una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria realizada con 8 mujeres reclusas en régimen cerrado. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas para recopilar datos, seguidas de análisis de contenido temático. Los resultados indicaron 3 ejes temáticos que respaldaron el análisis y la interpretación: a) "Mi estado de salud es aceptable aquí"; b) "Nos vacunan y prescriben exámenes"; y c) "Solo quienes lo experimentan conocen el estado de salud aquí". Se constató la existencia de acciones en salud de la mujer en el sistema penitenciario, pero de manera no regular, no programática y desarticulada. Se concluye que es necesario garantizar que las políticas públicas dirigidas a las mujeres encarceladas sean efectivas, así como se enfatiza la importancia de que los equipos de salud multidisciplinarios definan su papel en la atención de salud, para que puedan fortalecer el vínculo entre profesionales de la salud y usuarios de servicios de salud, con miras a permitir que estas mujeres participen activamente en sus propios cuidados de salud.

.....

INTRODUÇÃO

A população carcerária tem aumentado ao longo das últimas décadas no mundo inteiro. No Brasil, por conta disso, os presídios se encontram em precárias condições, que envolvem desde problemas estruturais relativos ao ambiente físico até a falta de vagas suficientes nas celas de aprisionamento. Tal quadro caracteriza violações aos direitos humanos fundamentais, em termos de alimentação, saúde, vestuário e relações sociais, impossibilitando o acesso a condições de saúde satisfatórias e gerando problemas de saúde pública¹.

Em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início um projeto chamado Saúde no Sistema Prisional, cujo objetivo era facilitar a interação entre o sistema prisional e os serviços de saúde pública, além de desenvolver ações voltadas à promoção da saúde por meio do cuidado integral nos presídios². No Brasil, que conta com a quarta maior população penitenciária do mundo (cerca de 725.000 presos, sendo que 689.000 estão em penitenciárias e 36.000 em delegacias carcerárias), o sistema penitenciário se encontra em um cenário de saúde alarmante³. Fragilidades no campo dos determinantes sociais,

como trabalho, educação e lazer, entre outros, têm contribuído para o aumento da violência urbana e, consequentemente, a saturação do sistema carcerário, uma vez que a capacidade das prisões continua a mesma – a superlotação contribui para a propagação de inúmeras doenças, tanto físicas quanto psicológicas, entre os detentos. As penitenciárias femininas se inserem nesse contexto como instituições que agrupam uma população vulnerável a doenças infectocontagiosas⁴⁻⁵.

O perfil socioeconômico da população carcerária brasileira mostra que 55% dos detentos são jovens entre 18 e 29 anos, 64% são negros e 75% têm até o Ensino Fundamental incompleto. As mulheres somam cerca de 45.000 presas no Brasil, dentre elas, 62% estão envolvidas com o tráfico de drogas. A Lei de Execução Penal (LEP), em seu título II, capítulo II, seção III, art. 14, versa sobre a saúde da pessoa em restrição de liberdade, de modo que sejam garantidas ações preventivas e curativas. Para o desenvolvimento de tais ações, prevê-se que as equipes devem ser compostas por: a) 1 médico; b) 1 enfermeiro; c) 1 dentista; d) 1 psicólogo; e) 1 assistente social; f) 1 técnico em saúde bucal; e g) 1 técnico em enfermagem. E, caso o órgão não

tenha aparelhamento para suprir as necessidades assistenciais, os cuidados em saúde devem ser proporcionados por outros dispositivos, com a devida autorização da direção institucional dos reeducandos em questão¹.

Diante desse cenário, este estudo se propôs a conhecer a realidade das mulheres aprisionadas em Parnaíba (PI), a fim de identificar seu perfil e suas necessidades de saúde. Tal iniciativa de pesquisa possibilitou o aprimoramento da formação no âmbito de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Na área da psicologia, a escuta atenta das necessidades das mulheres presas e a valorização de suas falas e seus depoimentos evidenciam a preocupação com a qualidade das ações de saúde dentro do presídio, em linha com a integralidade da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A abordagem qualitativa é definida como metodologia que proporciona a produção de dados a partir de observações de pesquisas científicas com seres humanos, realizadas em locais nos quais os pesquisadores procuram estabelecer relações diretas com os participantes para compreender o cenário e os significados produzidos pelos sujeitos, ou seja, o foco não recai sobre a quantificação e mensuração de dados representativos de determinada realidade⁶.

O local do estudo foi a penitenciária mista de Parnaíba, município situado no litoral piauiense. Essa instituição prisional foi inaugurada na década de 1990, em um espaço anteriormente ocupado por um mercado público, com área inferior a 3.000 m², e capacidade para 200 detentos. Atualmente, recebe 650 internos (604 homens e 46 mulheres). Ressalta-se que essa quantidade varia de acordo com o fluxo diário de entrada e saída de detentos. Essa

...conhecer a realidade das mulheres aprisionadas em Parnaíba (PI), a fim de identificar seu perfil e suas necessidades de saúde.

instituição foi selecionada por conta de ser o único presídio local e por oferecer serviços de saúde às mulheres presas.

As participantes do estudo foram 8 mulheres em situação de cárcere. Os critérios de inclusão foram: a) ser maior de 18 anos; e b) ter utilizado os serviços de saúde do sistema penitenciário. Já os critérios de exclusão foram: a) mulheres em regime semiaberto; e b) falta de consentimento para participar da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas: a) a primeira parte levantou informações acerca do perfil sociodemográfico das mulheres aprisionadas; b) a segunda parte levantou o estado geral de saúde no presídio, mediante questões norteadoras; e c) a terceira parte identificou as condições de saúde e como se viabilizam os cuidados em saúde e a garantia de direitos das detentas.

A categorização do material apontou 3 eixos temáticos que nortearam a análise e interpretação:

1. “Minha saúde é razoável aqui dentro”;
2. “Eles dão vacina na gente e passam exames”;
3. “A saúde do povo daqui só sabe quem vive”.

A aplicação da entrevista ocorreu após a autorização da direção do presídio e o contato inicial com as mulheres, para o estabelecimento de vínculo e o convite para a participação na pesquisa, com exposição de seus objetivos, suas justificativas e sua relevância. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pertinente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, sob o Parecer n. 3.221.606/2018, em conformidade com a resolução CNS n. 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. A coleta de dados ocorreu em fevereiro e março de 2019.

Com duração média de 20 minutos, as entrevistas foram realizadas na sala do setor de psicologia da penitenciária, de acordo com a disponibilidade do serviço e durante os horários de banho de sol, sendo posteriormente transcritas e analisadas pelos autores deste artigo. Preservando a identidade das participantes, as falas foram submetidas a análise de conteúdo temática⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes da pesquisa tinham idades entre 25 e 72 anos. Quanto à escolaridade, 2 eram analfabetas, 5 tinham Ensino Fundamental incompleto e 1 tinha Ensino Superior incompleto.

Em relação ao estado civil, 7 entrevistadas estavam solteiras e 1 estava civilmente casada.

Em termos de renda e trabalho, antes de dar entrada na penitenciária, 7 mulheres relataram ganhar menos de 1 salário mínimo, sendo que apenas 1 estava trabalhando e 6 já haviam trabalhado em algum momento de sua vida – 5 delas atuavam como diaristas, 1 como lavadeira e 1 como vendedora, com carteira assinada.

As informações das entrevistas acerca das condições de saúde das mulheres privadas de liberdade são apresentadas a seguir, sistematizadas e agrupadas nos 3 eixos temáticos adotados para a análise e interpretação.

“Minha saúde é razoável aqui dentro”

Nesta primeira categoria, buscou-se conhecer a percepção das mulheres aprisionadas sobre sua atual condição de saúde. Quando se perguntou qual era seu estado de saúde geral, 5 das 8 respondentes relataram ser razoável.

Um estudo demonstrou que o sistema prisional brasileiro apresenta péssimas condições de cuidados à saúde, principalmente quando se refere a questões de gênero⁷. As entrevistadas avaliam sua atual condição de saúde como razoável, apesar de considerarem o ambiente estressante, como indica a seguinte fala:

Minha saúde aqui tá boa, de vez em quando sinto uma dorzinha de cabeça, mas deve ser desse barulho ali, dos homens, que estressa a gente aqui. (Detenta 1)

Percebe-se que o cenário de pesquisa contribui para aumentar o estresse das detentas, porém, para elas, isso não é considerado uma situação relevante em termos de saúde, limitando-se o conceito de saúde à ausência de doenças físicas.

Os depoimentos indicam que as mulheres desconhecem os riscos que o ambiente propicia à sua

...o sistema prisional brasileiro apresenta péssimas condições de cuidados à saúde...

saúde, o que é evidenciado quando perguntamos se alguma delas tinha doença(s) crônica(s):

Não... Só gastrite e pressão alta, mas tomo remédio, tem que dizer que a saúde é boa, né, pra ver se fica razoável, a comida aqui às vezes é sem gosto, mas não é pro bem da nossa saúde, né... (Detenta 2)

Além das participantes desconhcerem seus direitos de acesso à saúde e participação nos cuidados, nota-se a necessidade de aceitar a maneira como eles são postos em prática. O ideal é conhecer os determinantes sociais do processo saúde-doença da população apenada, para identificar suas necessidades e não priorizar as percepções dos profissionais da saúde – que, muitas vezes, mostram-se contraditórias⁸.

“Eles dão vacina na gente e passam exames”

Na segunda categoria empírica, discute-se a percepção das mulheres acerca dos cuidados em saúde ofertados pelas equipes multidisciplinares dentro do presídio, bem como sua participação na produção desses cuidados.

Ações voltadas à prevenção de doenças e agravos e à promoção da saúde constituem importantes mecanismos para combater a proliferação de algumas doenças, mas os tratamentos voltados à população encarcerada ainda se mostram insuficientes e precários⁹. As falas apontaram algumas ações preventivas, mas também a passividade e fragilidade da assistência à saúde:

Eu fiz a consulta da pressão e aquela que fura o dedo. Tá com uns dois meses que a enfermeira me passou uns exames porque eu tava com umas dores de barriga, mas não sei que exame é... (Detenta 3)

A fala dessa participante parece não contemplar a promoção da saúde, principalmente naquilo que tange à transmissão de informações e à coparticipação nos cuidados mediante linguagem clara e objetiva. Isso se deve ao fato das ocorrências serem pontuais e resolvidas via ações ambulatoriais ou encaminhamentos (quando necessários)⁹.

O cuidado integral a partir do trabalho em equipe se baseia no vínculo e na responsabilização, que diz respeito à ética e ao comprometimento profissional

...mostra-se necessário debater questões de gênero e discutir as políticas públicas...

para buscar a resolutividade de modo conjunto¹⁰.

Eu tomei vacina quando cheguei aqui. Um dia desses me levaram para a doutora lá do centro, eu nem sei onde fica. Quem tá de encarregado é um sobrinho meu. Primeiro as enfermeiras olharam minha pressão, me deram conselhos pra eu me acalmar, aí o advogado me trouxe de volta com os agentes. (Detenta 4)

Vale salientar que, além dos profissionais de saúde, as participantes também incluíram suas famílias e seus advogados como agentes dos cuidados. Desse modo, mostra-se necessário debater questões de gênero e discutir as políticas públicas sob o olhar pactuado com outros setores, a fim de promover a garantia do direito à saúde postulado na Constituição Federal de 1988 pelos princípios da universalidade e da integralidade do SUS¹¹.

Também se observou que as participantes não têm clareza acerca do papel assumido pelos profissionais da saúde, como demonstrado na seguinte fala:

O médico de cabeça também ajuda a cuidar da minha saúde, ano passado eu não tomei vacina aqui, foi lá no posto de saúde porque eu ia fazer uma prevenção também. (Detenta 5)

Dentre as atribuições comuns aos profissionais da saúde temos a realização de atividades interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas e diferentes formações¹².

“A saúde do povo daqui só sabe quem vive”

Na terceira categoria, as entrevistadas relataram algo que ainda não havia sido mencionado pelas demais – a falta de atenção aos casos relativos à saúde mental e aos serviços de saúde prestados indevidamente.

[...] A saúde do povo daqui só sabe quem vive. Essa colega aí, que você tá escutando, ela não deixa ninguém dormir. Faz mais de 15 dias que ela tá sem banho de sol, passa a noite gritando, os remédios dela não servem e eles não a levam pro psiquiatra passar outro. (Detenta 6)

Um estudo demonstra que o estabelecimento de vínculo razoável ou ruim dentro da prisão representa maior chance de desenvolvimento de agravos de saúde mental¹³. Além desse vínculo, a adaptação nas instituições prisionais provoca modificações subjetivas desde o início da internação, por meio do uso de roupas da instituição, do corte de cabelo obrigatório, da identificação por números, dos horários definidos pela administração, ou seja, a pessoa se transforma em objeto e ações que antes lhe conferiam autonomia são objetificadas em personagens prisionais¹⁴.

Às vezes a gente sente uma dor, eles pensam que é mentira, que a gente tá inventando. Sem falar também que tem agente aí que fica botando a maior banca pra nós não vermos os namorados. (Detenta 7)

O discurso das mulheres sobre a visita íntima demonstra que a instituição não vê esse momento como um direito das detentas – a sexualidade é oprimida e converte-se em alvo de abandono e julgamento¹⁵.

Essa realidade se mostra totalmente inadequada, segundo a política de mulheres privadas de liberdade, pois são necessários espaços específicos para a realização de visitas íntimas, de modo a garantir o vínculo familiar e a dignidade da mulher aprisionada¹⁶.

Quando se perguntou sobre o uso de algum método contraceptivo, a quantidade de filhos e a idade da primeira gestação, 5 das respondentes relataram não recorrer a nenhum dos recursos disponíveis e 5 informaram ter tido filhos entre os 14 e os 19 anos de idade.

Eu uso camisinha às vezes, já tenho muitos filhos, não quero mais, não. Meu último eu tive aqui. Fiz tudo aqui dentro, o pré-natal, as vacinas, mas ele só mamou dois meses. (Detenta 8)

Vale destacar que os determinantes socioeconômicos, reprodutivos e sexuais relativos ao uso de contraceptivos se mostram significativos quanto ao conhecimento da forma correta de usar o medicamento e são relevantes para discutir a educação sexual e reprodutiva¹⁷.

Percebe-se que tais resultados corroboram os últimos relatórios sobre o sistema penal brasileiro, nos quais a maioria das mães é de perfil jovem; muitas vezes, elas são abandonadas pelo companheiro, sem condições adequadas de alimentação e de ambiência, de modo que mães e filhos permanecem em celas comuns e dividem espaço com as demais detentas¹⁸.

CONCLUSÃO

A partir das análises empreendidas, conclui-se que as condições de saúde das mulheres aprisionadas se mostram precárias em algumas situações e são garantidas em outras mediante os serviços ofertados pelas equipes multidisciplinares, ressaltando a importância das políticas voltadas tanto a mulheres privadas de liberdade quanto a egressas do sistema penitenciário.

No entanto, no que diz respeito à participação na produção dos cuidados de si, observou-se que as mulheres aprisionadas se mostram passivas e sujeitas à realidade prática dos serviços de saúde disponíveis no âmbito do sistema penitenciário, o que demonstra a rigidez e impessoalidade de um modelo verticalizado e hierarquizado, que não se pauta pela participação e pelo controle social.

Outro fato que chama atenção é a maneira como as mulheres nomeiam os membros da equipe de saúde dentro das instituições prisionais. Elas demonstraram dificuldade para definir a categoria profissional na equipe que presta os atendimentos de saúde. Não foi possível evidenciar se essa dificuldade decorre das limitações técnicas e sociais na equipe, talvez caracterizadas por uma falha na definição de seus papéis enquanto profissionais da saúde ou se ela advém do tempo de aprisionamento das participantes, pois a maioria não tem muito tempo na prisão e isso pode dificultar o estabelecimento de vínculo entre o profissional da saúde e a paciente.

Nesse sentido, entende-se que se faz necessária maior participação por parte de toda a sociedade, para que as políticas públicas sejam efetivadas e garantam o direito à cidadania nas prisões brasileiras. Para tanto, gestores, profissionais da saúde e as

...as mulheres aprisionadas se mostram passivas e sujeitas à realidade prática dos serviços de saúde disponíveis...

famílias precisam lutar juntos para defender as mulheres encarceradas – que se veem em situação de vulnerabilidade além das grades, contando com uma rede de apoio fragilizada e fragmentada.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Silmaria Bandeira do Nascimento e João Rodrigo de Moura Carvalho contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Antônio Tiago da Silva Souza, Marianne dos Santos Pereira e Antonio Vladimir Félix da Silva** contribuíram com o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PRC, Soares RSC, Coura AS, Cavalcanti AL, Dutra MOM, Lima TMA. Condição de saúde de mulheres privadas de liberdade: uma revisão integrativa. Rev Bras Ciênc Saúde [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];19(1):73-80. Available from: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/23890/15053>
2. Rio de Janeiro (Estado). Saúde e direitos humanos nas prisões [document on the internet]. 2001 [cited 2019 Dec 16]. Available from: http://www.dhnet.org.br/dados/manuais/dht/manual_rj_saude_dh_prisoes.pdf
3. Brasil. Levantamento nacional de informações penitenciárias [document on the internet]. 2018 [cited 2019 Dec 16]. Available from: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf
4. Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Nicolau AIO, Aquino PS, et al. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará. Texto & Contexto Enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Dec 16];22(1):13-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_02.pdf
5. Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, Branco JGO, Guimarães MSO, Deus SEM. Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência.

Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];14(1):52-7. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/608>

6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.

7. Silva Junior NGSE, Silva EBFL, Medeiros BG, Costa JNS. Revista íntima no sistema prisional paraibano: expressões da violência na subjetividade de familiares de presos. In: Oliveira AASO, Caniato AMPC, Fonseca DC, Almeida JAM, Prado Filho Klêber, Boarini ML, organizers. Psicologia social, violência e subjetividade. Florianópolis: Bosque; 2015. p. 223-9.

8. Lima GMB. A vida de mulheres na prisão: legislação, saúde mental e superlotação em João Pessoa-PB [thesis]. João Pessoa: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

9. Carvalho LES, Sousa PCP, Veloso MV, Luz VLES, Feitosa VC. Percepção de detentos sobre a assistência à saúde em um presídio Estadual. Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPÍ [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Jan 12];9(4):79-88. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/660>

10. Medeiros RHA. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. Physis (Rio J) [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Jan 5];25(4):1165-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01165.pdf>

11. Assunção CHV. A saúde da mulher: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis [monograph]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

12. Santa Catarina (Estado). Atribuições da equipe de saúde no sistema prisional [document on the internet]. 2016 [cited 2019 Mar 14]. Available from: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/sistema-prisional/10990-atribuicoes-da-equipe-de-saude-no-sistema-prisional/file>

13. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do Estado do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Feb 7];21(7):2089-100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702089&script=sci_abstract&tlng=pt

14. Brito DC, Lima AF. De bandidões a doentinhos: uma análise das identidades pressupostas numa instituição total. In: Oliveira AAS, Caniato AMP,

Fonseca DC, Almeida JAM, Prado Filho K, Boarini ML, organizers. Psicologia social, violência e subjetividade. Florianópolis: Bosque; 2015. p. 123-45.

15. Guimarães MC. A problemática da visita íntima no cárcere feminino: um estudo de caso sobre a Penitenciária Feminina Consuelo Nasser [dissertation]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015.

16. Brasil. Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Penitenciário. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2014.

17. Barros MAR, Penha JC, Galiza DDF. Relação dos condicionantes socioeconômicos, sexuais e reprodutivos quanto ao uso de método contraceptivo de presidiárias. Rev Enferm UFPE On Line [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 20];10(12):4599-605. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/7569/28da8cbb75d14b970289af50ebcd54b51a5f.pdf>

18. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.



REDE CEGONHA: AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

STORK NETWORK: ASSESSING THE POTENTIAL OFFER OF MATERNAL-CHILD HEALTH SERVICES

RED CIGÜEÑA: EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Fábio Solon Tajra ¹Ricardo José Soares Pontes ²Francisco Herlânio Costa Carvalho ³Angelo Brito Rodrigues ⁴Neusa Goya ⁵Luiz Odorico Monteiro de Andrade ⁶**Palavras-chave:**

Gestão em Saúde;
Regionalização; Assistência
à Saúde; Serviços de Saúde
Materno-Infantil.

Keywords:

Health Management; Regional
Health Planning; Delivery of
Health Care; Maternal-Child
Health Services.

Palabras clave:

Gestión en Salud;
Regionalización; Prestación de
Atención de Salud; Servicios de
Salud Materno-Infantil.

Submetido:

25/04/2019

Aprovado:

11/10/2019

**Autor(a) para
Correspondência:**

Fábio Solon Tajra
Av. Frei Serafim, 2280
Centro - Teresina (PI)
CEP: 64001-450
E-mail: fstajra@hotmail.com

RESUMO

Este artigo avalia o potencial de oferta da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) relacionado aos serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) por agrupamento territorial no Estado do Ceará. Trata-se de estudo misto cujo componente quantitativo foi desenhado a partir de dados secundários, considerando o potencial de oferta de serviços de saúde materno-infantil e de apoio às urgências do SUS em 2012 e 2015. Os dados foram processados no software SPSS, versão 22.0. Quanto ao componente qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais da saúde e usuárias dos serviços, submetidas a análise sob a perspectiva hermenêutica. Os resultados evidenciaram redução do número de leitos no SUS, inconsistências na disponibilização de parto/nascimento de alto risco em regiões que não realizavam parto/nascimento sequer nos casos habituais e precariedade na rede de urgências e emergências. Assim, quanto ao potencial de oferta da Rede Cegonha, constataram-se agrupamentos territoriais limitados e tendência de manutenção de um fluxo desordenado.

1. Cirurgião-dentista. Professor na Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: fstajra@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7236-5541>

2. Médico. Professor na Universidade Federal do Ceará (UFC), na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e na Universidade de Fortaleza (Unifor). E-mail: rjpontes@fortalnet.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8976-4562>

3. Médico. Professor na UFC. E-mail: herlaniocosta@uol.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0364-6758>

4. Enfermeiro. Professor na UFPI. E-mail: gelobrito25@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6969-8476>

5. Assistente social. Professora no Centro Universitário Christus (UniChristus). E-mail: neusagoya@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6952-6244>

6. Médico. Professor na UFC, na UECE e na Unifor. E-mail: odorico_andrade@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619>

ABSTRACT

This article assesses the potential offer of the Maternal-Child Health Care Network (Stork Network) related to services available in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) by territorial grouping in the State of Ceará. This is a mixed study whose quantitative component has been designed through secondary data, considering the potential offer of maternal-child health services and SUS's support to emergencies in 2012 and 2015. Data were processed by using the software SPSS, version 22.0. Regarding the qualitative component, semi-structured interviews were conducted with managers, health professionals, and service users, submitted to analysis from the hermeneutic perspective. The results showed a decreased number of beds in the SUS, inconsistencies in the availability of high-risk delivery in regions that did not provide childbirth services even in usual cases, and poor emergency care network. Thus, as for the potential offer of the Stork Network, there were limited territorial groupings and a tendency to maintain a disordered delivery of health services.

RESUMEN

Este artículo evalúa el potencial de oferta de la Red de Atención de Salud Materno-Infantil (Red Cigüeña) relacionado con los servicios disponibles en el Sistema Único de Salud de Brasil (Sistema Único de Saúde – SUS) por agrupación territorial en el Estado de Ceará. Este es un estudio mixto cuyo componente cuantitativo ha sido diseñado a través de datos secundarios, considerando el potencial de oferta de servicios de salud materno-infantil y de apoyo del SUS a emergencias en 2012 y 2015. Los datos se procesaron utilizando el software SPSS, versión 22.0. Con respecto al componente cualitativo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas con gerentes, profesionales de la salud y usuarios de servicios, sometidas a análisis desde la perspectiva hermenéutica. Los resultados mostraron una disminución en el número de camas en el SUS, inconsistencias en la disponibilidad de parto/nacimiento de alto riesgo en regiones que no realizaban parto/nacimiento incluso en casos habituales, y precariedad en la red de emergencias. Por lo tanto, en cuanto al potencial de oferta de la Red Cigüeña, se constataron agrupaciones territoriales limitadas y tendencia a mantener una prestación desordenada de servicios de salud.

.....

INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços nas políticas públicas de saúde no país, os indicadores de mortalidade materno-infantil – componente neonatal – são elevados, principalmente em comparação aos países mais desenvolvidos¹⁻². No Brasil, ainda, a demanda percebida na saúde materno-infantil constitui motivo de preocupação. Isso tem sido relacionado à dificuldade de acesso integral aos serviços em cada agrupamento territorial, como preconizado pela regionalização do setor saúde.

A partir disso, foram elaboradas estratégias específicas para o fortalecimento dos serviços em redes. Assim, a formalização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha) se deu por meio da Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde. Essa base normativa tratou do processo de regionalização voltado à saúde materno-infantil como estratégia que visa a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Busca-se organizar a Rede Cegonha para que ela garanta o acesso, o acolhimento e a resolutividade e reduza a mortalidade materno-infantil com ênfase no componente neonatal³⁻⁷.

Nesse ínterim, há intensa discussão acerca do potencial regional de oferta de serviços de saúde em redes. Vale mencionar que a organização e o funcionamento dos serviços em redes constituem um princípio defendido no texto constitucional brasileiro desde 1988 e estão intimamente relacionados com a proposta de descentralização e regionalização do setor saúde⁶⁻⁷.

Nesse sentido, avalia-se o potencial de oferta da Rede Cegonha relacionado aos serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) por agrupamento territorial, tendo em vista a finalidade de coordenar os pontos de atenção sem perder de vista o conjunto.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa avaliativa baseada em método misto sequencial, que possibilitou aumentar a compreensão acerca do problema de pesquisa ao combinar os aspectos numéricos da abordagem quantitativa às subjetividades e singularidades da

abordagem qualitativa⁸⁻⁹. Ademais, a investigação se caracteriza como um estudo de caso.

O campo de investigação, o Estado do Ceará, mostra-se pertinente por sua experiência no processo de regionalização do setor saúde e na implantação de redes temáticas. Esse estado se antecipou à orientação da esfera federal quanto à adoção de um plano de ação regional para a saúde, ainda em 1998, e garantiu a formalização de sua proposta de redes por meio dos contratos organizativos de ação pública (COAPs). Assim, trata-se de um caso significativo¹⁰ por envolver um estado nordestino com histórico relevante diante da proposta deste estudo.

O Ceará conta com 22 regiões de saúde (RS) e 5 macrorregiões de saúde (MRS), de acordo com o plano diretor de regionalização (PDR) de 2014. Tal experiência tem sido citada como estratégica para os novos arranjos organizacionais em saúde.

No que diz respeito à investigação, considerou-se a caracterização do potencial de oferta das RS e MRS quanto aos serviços de saúde materno-infantil do SUS. Tal caracterização foi realizada a partir do total de equipamentos de saúde disponíveis para o cuidado em saúde materno-infantil, incluindo os serviços de: a) acompanhamento pré-natal, parto e nascimento de gestação de risco habitual; b) acompanhamento pré-natal, parto e nascimento de gestação de alto risco; c) unidade intermediária neonatal; d) unidade de terapia intensiva (UTI); e) unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN); f) unidade de cuidados intermediários convencionais (UCINCo); e g) unidade de cuidados intermediários Canguru (UCINCa).

O modelo específico de levantamento de informações proposto neste estudo consiste na classificação da RS em 6 níveis (Quadro 1). Cada um deles abrange um elemento de incremento que deve ser associado ao nível anterior e, por isso, abarca os serviços e equipamentos de saúde de forma complementar.

Quadro 1 – Estratificação do potencial de oferta das regiões e macrorregiões de saúde quanto aos serviços de saúde materno-infantil do SUS

Nível	Descrição
1	Acompanhamento pré-natal de risco habitual realizado pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou pelo serviço especializado no âmbito do SUS (ambulatorial e/ou hospitalar).
2	Nível 1 + parto/nascimento em gestação de risco habitual (atendimento hospitalar do SUS).
3	Nível 2 + acompanhamento pré-natal de alto risco (atendimento ambulatorial ou hospitalar do SUS).
4	Nível 3 + parto/nascimento em gestação de alto risco (atendimento hospitalar do SUS).
5	Nível 4 + presença de unidade intermediária neonatal ou UTI ou UTIN ou UCINCo ou UCINCa (um ou outro do SUS).
6	Nível 4 + presença de unidade intermediária neonatal e/ou UTI e/ou UTIN e/ou UCINCo e/ou UCINCa (um e outro do SUS).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse caso, foram utilizadas fontes diversas, como o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e o Plano de Ação da Rede Cegonha no Estado do Ceará (2012-2015), entre outras.

Os dados quantitativos foram apresentados por meio de quadros e mapas representativos das RS e MRS, após organização no software Microsoft Excel e processamento no software SPSS, versão 22.0.

Para a abordagem qualitativa, transversal a toda essa investigação, foram selecionadas quatro unidades de referência de nível terciário para a atenção à saúde materno-infantil no Ceará. Tal escolha se deve à sua relevância na composição da rede assistencial e ao período de assinatura do termo de adesão da Rede Cegonha no estado, uma vez que foram as primeiras instituições no Ceará a formalizar essa política. No cenário nacional, esses estabelecimentos de saúde fizeram parte do grupo de maternidades com as maiores taxas de mortalidade materna e, nesse sentido, apontavam uma aproximação necessária.

Os informantes-chave selecionados de modo intencional foram: a) gestores do núcleo central e regional do Estado do Ceará; b) apoiadores da Rede Cegonha do Ministério da Saúde; c) usuárias dos serviços maiores de 18 anos (gestantes e puérperas); e d) profissionais da saúde das unidades de referência escolhidas. O recrutamento e a realização das entrevistas junto aos gestores se deu a partir de contato prévio e agendamento no local de preferência do informante-chave, considerando a privacidade necessária para a coleta de dados. As entrevistas

...há necessidade de racionalização do sistema de saúde como um todo...

com os profissionais da saúde foram realizadas em seu local de trabalho, contudo, em momentos e dependências que não prejudicassem a qualidade da entrevista, respeitando o sigilo e a privacidade dos sujeitos de pesquisa. Por fim, as usuárias foram recrutadas durante as fases de acolhimento nas maternidades de referência, de internação ou de alta médica, buscando o levantamento de informações detalhadas acerca de seu itinerário terapêutico.

A partir dos procedimentos de amostragem por saturação teórica¹¹, foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com 12 gestores, 15 profissionais da saúde e 41 usuárias.

Ademais, recorreremos à observação direta, em visitas às maternidades de referência, com o objetivo de acompanhar a rotina aos serviços de saúde materno-infantil e conhecer a realidade vivenciada nesses espaços. A partir dessa técnica, adotamos como instrumentos de trabalho o diário de campo reflexivo¹² e a versão de sentido¹³. Para a análise das entrevistas, recorreremos ao referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer, associado às contribuições de Paul Ricoeur.

Para garantir a confidencialidade dos informantes-chave, adotamos a codificação “E” para todos eles: a) E1 a E12 para os gestores; b) E13 a E27 para os profissionais da saúde; e c) E28 a E68 para as usuárias.

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), aprovado sob o Parecer n. 1.320.567/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ponto de partida para a análise potencial de oferta de serviços seria a cobertura populacional das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A atenção primária à saúde (APS) é reconhecida como eixo de estruturação do atual modelo de cuidados de saúde. Quanto à caracterização das RS, podemos observar uma tendência crescente na qual o Ceará tem

superado a média brasileira ao longo dos anos. Em 2002, a cobertura populacional nesse estado já era de 54,7%, enquanto no Brasil se registrava 31,9%¹⁴. Em 2006 foi registrada cobertura de 62,9% da população cearense e nos anos de 2011 e 2015 esses valores passaram para 69,3% e 79,9%, respectivamente; já o Brasil encerrou o ano de 2015 com uma cobertura populacional de 60,7%¹⁴. Foram cadastradas 2.397 equipes da ESF no Ceará em 2015¹⁴. Entre os anos de 2002 e 2015 houve um aumento expressivo de 96,9% na quantidade de equipes.

De fato, a necessidade de investimento na APS é indiscutível e a ampliação de cobertura em áreas que careciam de acompanhamento adequado tem repercutido decisivamente na qualidade de vida da população. No entanto, isso tem gerado uma pressão por serviços especializados, de média e alta complexidade, considerando a demanda reprimida, atendida com a ampliação da APS. Nesse sentido, há necessidade de racionalização do sistema de saúde como um todo, incluindo a implantação de um sistema de regulação e a definição de apoio logístico e de transporte, além do uso dos leitos.

Quanto à atenção hospitalar, reconhecemos uma crise no setor decorrente de uma série de problemas. Aqui estão relacionadas várias dimensões de ordem política, financeira, assistencial, organizacional e de gestão¹⁵. A dimensão organizacional envolve a dimensão da rede hospitalar, a carteira de serviços, a constituição territorial e a forma de integração com os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Isso deve ser observado em qualquer análise assistencial em redes.

No Ceará, identificam-se fragilidades quanto ao potencial de oferta de serviços de saúde materno-infantil. Isso inclui tanto a heterogeneidade de equipamentos e serviços disponíveis à população quanto a redução do número de leitos para atender a essa demanda em cada uma das RS.

No que diz respeito à heterogeneidade de equipamentos e serviços disponíveis, analisou-se cada uma das RS a partir de 6 níveis (Quadro 1). O primeiro deles se relaciona somente à oferta de pré-natal de risco habitual, e, nesse quesito, uma RS do Ceará esteve restrita a esse serviço em fevereiro de 2012. Isso já colocava tal região com uma demanda de integração e articulação a outra região, na tentativa de garantir acesso oportuno e adequado à saúde.

A Figura 1 mostra a categorização do potencial de oferta das RS nos anos de 2012 e 2016. Aqui seria

importante dimensionar se a quantidade de leitos, por exemplo, seria suficiente para atender a toda a demanda. Com o Plano de Ação Estadual para a Rede Cegonha, que compreendia o período de 2012 a 2015, realizaram-se projeções que atendessem a esse tipo de necessidade. Tal planejamento relacionava pelo menos uma RS com o nível máximo para o potencial assistencial da saúde materno-infantil (nível 6). Contudo, essa meta não pôde ser observada na maioria dessas regiões.

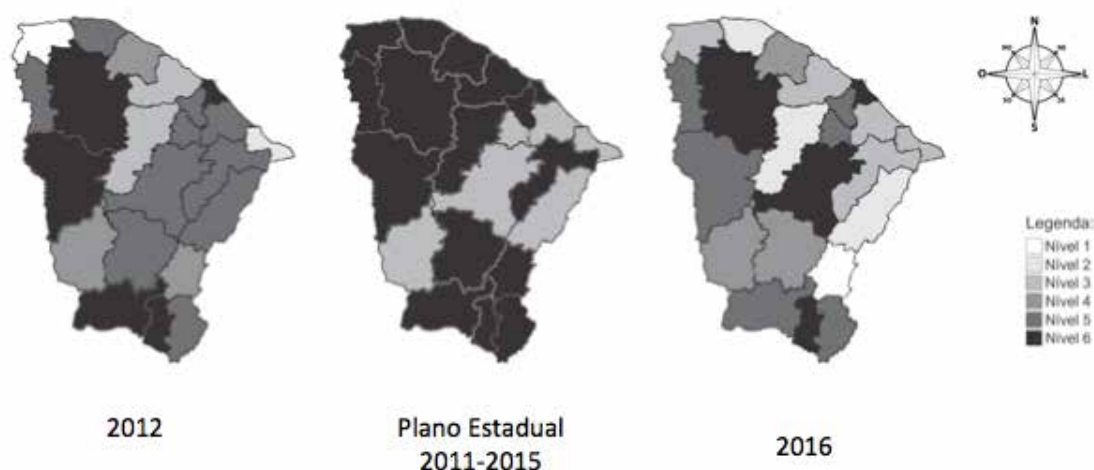


Figura 1. Caracterização do potencial regional de oferta dos serviços de saúde materno-infantil do SUS no Estado do Ceará (2012-2016).

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em quase todas as RS, verificam-se inconsistências que incluem redução do número de leitos no SUS, informações insuficientes disponibilizadas no banco de dados do SCNES e municípios que realizavam parto/nascimento de gestação de alto risco, mas não realizavam parto/nascimento de gestação de risco habitual (menor complexidade). Ao observar esse tipo de informação, preservaram-se os procedimentos mais complexos e registrou-se o nível de caracterização do potencial assistencial, acrescido do termo “com inconsistência”.

Na RS de Fortaleza, maior referência assistencial no Ceará, apesar de permanecer com o nível máximo relativo ao potencial assistencial para a saúde materno-infantil (nível 6), percebe-se uma redução do número de leitos no SUS relacionada ao Setor Cirúrgico de Ginecologia (14,3%) e ao Setor Clínico de Neonatologia (14,3%), às unidades intermediárias neonatais (41,9%), à UTI (4,1%), ao Setor Cirúrgico de Obstetrícia (8,0%), ao Setor Clínico de Obstetrícia (10,1%) e ao Setor Clínico de Pediatria (9,9%). Nessa região houve aumento apenas do número de leitos de unidade de terapia intensiva pediátrica (UTI Pediátrica) (31,9%) e UTIN (11,7%). Ressalta-se que a distribuição dos leitos precisa ser racionalizada e sua quantidade deve ser criteriosamente discutida em colegiados gestores, tendo em vista a garantia de acesso aos serviços pela população e a atenção ao crescimento populacional, que afeta esse espaço geográfico.

A Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2012, do Ministério da Saúde, aponta os parâmetros para a quantidade de leitos obstétricos e pediátricos, podendo-se ter uma percepção mais abrangente da distribuição de leitos por agrupamentos territoriais (RS e MRS). Para essa análise, considera-se o parâmetro de 0,28 leitos obstétricos e 0,41 leitos pediátricos por 1.000 habitantes. Para cada um dos componentes (leitos obstétricos ou pediátricos) foram somados os leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis do SUS. A partir disso, constatou-se a seguinte situação: a) suficiência de leitos obstétricos nas MRS do Litoral Leste/Jaguaribe, Cariri e Sertão Central; e b) insuficiência de leitos pediátricos em todas as MRS.

A MRS de Fortaleza apresentou maior preocupação quanto à suficiência desse tipo de leito, uma vez que agregou uma grande quantidade de habitantes descobertos. Na tentativa de superar esse tipo de problema, a gestão pública foi pressionada a estabelecer convênios ou contratos com outras instituições, tendo em vista a garantia do direito à saúde de sua população. Essa tem sido uma estratégia possível diante de tal cenário. Resta saber mais sobre o impacto financeiro que isso implica e as medidas de controle que incluem uma

investigação sobre a qualidade dos equipamentos e serviços oferecidos.

Após a análise dos dados quantitativos, partiu-se para a análise do componente transversal a este estudo como um todo. Trata-se da incorporação de outros elementos que compõem a busca por maior compreensão desse fenômeno.

Quanto ao potencial técnico-assistencial, há consenso de que os recursos são insuficientes nos municípios. Até refletindo sobre os territórios abrangidos pelas equipes da ESF, as mulheres reconhecem que faltam profissionais, não existem recursos materiais para o trabalho e a infraestrutura da rede hospitalar municipal é deficiente, entre outros problemas.

A saúde lá não é muito boa [...] a situação é um pouco precária, porque só tem dois postos de saúde e o hospital para o município todo [...] só que não tem muita estrutura [...] as vezes, a gente não recebe o atendimento [...] o doutor não vem [...] falta uma coisa [...] e é muito ruim [...] no posto, eu só vou para o pré-natal mesmo. (E55)

A saúde está um caso sério [...] muitas mulheres morrendo do parto [...] muitas crianças [...] se fosse por mim eu teria ficado lá no distrito de Pentecoste [...] mas não [...] tinha que vir para cá mesmo. (E54)

Quanto à falta de profissionais, as mulheres comentam que é difícil ter médico na unidade básica de saúde (UBS). Nos hospitais do município, além de faltarem médicos para o plantão aos finais de semana, não existem enfermeiros obstetras para suporte das gestantes:

[...] não tem o cirurgião no meu município hoje [...] sábado [...] só tem na semana [...] e eu não poderia esperar até segunda-feira [...] me mandaram para a capital. (E54)

Mesmo em municípios onde há médico, algumas narrativas apontam que trocariam todos eles por um único “médico bom”, concordando que preferem a *qualidade* em vez da *quantidade*. Isso nos leva a refletir se são gerados planos de cuidados nesses espaços ou se existe unicamente a intenção de garantir a assistência.

Algumas mulheres afirmam, ainda, ter dificuldades

...utilização de serviços especializados, os municípios de pequeno porte não contam com rede própria...

quanto à dispensação de medicamentos na APS mesmo em situações em que há acompanhamento de gestantes de alto risco. Já em relação aos equipamentos para a realização de exames complementares, como a ultrassonografia, usualmente, elas se deparam com serviços indisponíveis. Aqui, os questionamentos giram em torno da preocupação e da presença de manutenção preventiva e corretiva que assegurem o funcionamento constante dos serviços.

Quanto à infraestrutura de hospitais em municípios de pequeno porte, não há possibilidade de assegurar o atendimento às gestantes de alto risco. Mesmo quando há esta possibilidade, algumas unidades hospitalares não dispõem de suporte como incubadora para bebês prematuros. Isso acaba inviabilizando a assistência à saúde.

No que se refere à necessidade de utilização de serviços especializados, os municípios de pequeno porte não contam com rede própria e necessitam deslocar as mulheres para outros municípios. Isso demanda, minimamente, apoio logístico e transporte para viabilizar o acesso das usuárias aos serviços em questão.

No Ceará, a partir de 2008, houve investimento crescente para a ampliação da rede especializada. Além de policlínicas e centros de especialidades odontológicas, foram construídos hospitais regionais de apoio nas diversas RS e MRS. Isso ampliou o potencial de resposta a algumas demandas geradas no território e estabeleceu a elaboração de fluxos, além de proporcionar organização e funcionamento dos serviços coerentes com a realidade vivenciada. Mesmo com todo esse investimento, constata-se a insuficiência do número de leitos, principalmente os neonatais, no estado como um todo e a necessidade de viabilizar o acesso aos serviços no maior número possível de regiões.

Ainda tem muita peregrinação [...] ainda tem muito município do interior que deveria estar fazendo os partos habituais [...] que na ocasião da elaboração do Plano de Ação

se comprometeram a fazer os partos de risco habitual e que eles não estão cumprindo com o que foi acordado [...] por isso, essas gestantes são encaminhadas para outros serviços e isso acarreta uma superlotação em Fortaleza, que já tem leitos muito reduzidos para a sua população. (E4)

As narrativas de profissionais da saúde e gestores apontam a necessidade de ampliação da rede hospitalar e, em especial, do número de UTINs, devido à sobrecarga desses equipamentos no estado. De acordo com a experiência de cada um deles, há sobrecarga das UTINs em Fortaleza, que concentra o maior número de dispositivos no Ceará. Consequentemente, o maior número de encaminhamentos chega à capital do estado, uma vez que não há possibilidade de resposta na maioria das RS do Ceará.

O interior não tá atendendo nada! Tem município que não registra nascimento, nem sequer organizou uma pequena maternidade para dar conta dos partos de baixo risco e manda tudo para os outros municípios [...] [isso] sobrecarrega. (E2)

De acordo com o Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha, havia perspectiva de ampliação do número de UTINs em todo o estado. A intenção foi disponibilizar esse equipamento nas 17 Redes Cegonha pactuadas. Contudo, além da infraestrutura necessária, não se pode esquecer os recursos humanos para sua operacionalização. Atualmente, percebem-se dificuldades quanto à contratação de profissionais especializados para trabalhar com essa demanda e, em especial, de médicos neonatologistas.

Se a análise por RS apresenta inconsistências, a investigação em uma perspectiva macrorregional já possibilitaria o acesso a um maior rol de serviços. Contudo, exige-se, dentre outras coisas, a forma de organização do sistema de saúde e a atenção aos princípios de regionalização e hierarquização, além de ferramentas como a regulação, comunicação e articulação entre os serviços, o apoio logístico e o pessoal qualificado.

A regionalização e a hierarquização pressupõem a organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, a qual possibilitaria o acesso adequado da população e o atendimento de suas necessidades, bem como a racionalização dos

...percebem-se dificuldades quanto à contratação de profissionais especializados para trabalhar com essa demanda...

recursos. A hierarquização pressupõe, ainda, o reconhecimento da capacidade dos diferentes níveis para atender determinados problemas, bem como a insuficiência para outro conjunto de cuidados em saúde. Isso justifica a necessidade de articulação e integração dos componentes da rede, por meio da incorporação de mecanismos de referência e contrarreferência, para dar conta dos problemas de saúde da população.

A interrelação e a cooperação, bem como a complementaridade, possibilitam a construção de redes e formas contínuas de trabalho entre as organizações e dentro delas. Já não se concebem organizações de saúde que não se articulem em redes internas e externas para alcançar seus fins¹⁶.

A perspectiva de integração com a rede de urgências e emergências foi uma estratégia do Governo do Ceará para atender à reorganização e ao funcionamento desses serviços no âmbito do SUS. No Brasil, esse tipo de demanda já havia sido contemplado na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003, sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) uma das estratégias de implementação dessa política¹⁷⁻¹⁸.

Com base nessa realidade, Gisele O'Dwyer¹⁹⁻²⁰ propõe maior investimento em sistemas regionalizados. Menciona, a partir disso, a adoção de algumas estratégias, a saber: a) referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilização sanitária; b) universalização do acesso; c) integralidade da atenção; d) equidade na alocação de recursos; e) integração dos serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e equipe qualificada; e f) criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação por meio dos núcleos de educação em urgências (NEU).

Ao reconhecer a dificuldade de assegurar os

equipamentos de saúde e os serviços necessários para a manutenção da Rede Cegonha no Ceará, bem como outros problemas de organização e funcionamento dos serviços, formaram-se outros tipos de agrupamentos territoriais envolvendo duas ou mais RS. Essa nova conformação já foi incorporada pelo Ceará tanto no Plano de Ação Estadual para a Rede Cegonha (2012 a 2015) quanto nos COAPs. Assim, dentre as 22 RS do Ceará foram formalizadas 17 propostas de Rede Cegonha, 13 delas contando com RS independentes e 4 com RS combinadas.

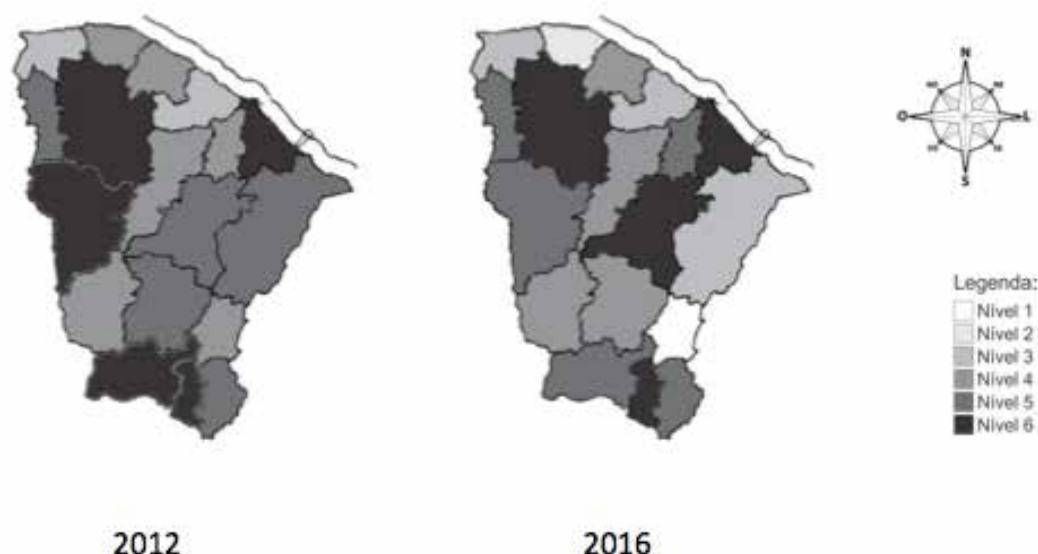


Figura 2. Caracterização do potencial da Rede Cegonha no Estado do Ceará, no período entre 2012 e 2016.
Fonte: Elaborada pelos autores.

Ao analisar os níveis de desenvolvimento de cada rede modelada, percebe-se um cenário diferente, uma vez que o novo agrupamento permite que seja incorporada uma nova perspectiva àquela RS em que haviam sido elencadas fragilidades. No entanto, ainda não se pode afirmar que isso garanta o acesso aos serviços. São necessárias outras estratégias para garantir o contato da população com esse tipo de serviço, agora sob uma perspectiva ampliada de diferente dimensionamento demográfico e espacial, além de contextos técnico-administrativos diversos.

Equipamentos de saúde como o SAMU e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera também contribuem para o incremento do potencial técnico-assistencial proposto. No Ceará, a proposta da Rede Cegonha está articulada ao SAMU. Contudo, não se percebe a disponibilidade desse equipamento em todas as RS.

A gente ainda tem uma deficiência nas urgências, no SAMU e no próprio transporte da gestante [...] ainda, vejo mulheres que pegam carros próprios, enfim, o município que pega uma ambulância e manda. Eu acho que essa conexão de transporte avançou pouco. (E1)

Na MRS de Sobral não há essa possibilidade de articulação, uma vez que somente o município sede conta com esse tipo de serviço em nível local. De fato, há prejuízo quanto à cobertura de urgência para a Rede Cegonha nessa MRS.

A única região do Ceará que ainda não tem SAMU é a região norte [...] hoje, a gente tem um SAMU municipal de Sobral e não tem trabalhado como deveria nesta perspectiva de região [...] perdura como SAMU municipal [...] claro que numa eventualidade [...] numa necessidade, sim, mas isso não é formalizado para todos os casos [...] há a necessidade do SAMU regional. (E3)

Mesmo em municípios onde o SAMU regional já se encontra implantado há dificuldade de articulação

*...não estamos
proporcionando com
segurança a menor
distância percorrida
pelos usuários dentro
de cada região...*

e integração entre esse serviço e a Rede Cegonha. Isso foi mencionado mais enfaticamente pelos profissionais das unidades hospitalares que não contam com o SAMU sequer para o deslocamento e a transferência de pacientes na rede. Esse relato se justifica pelo fato de que há engessamento e acentuada burocracia que não permite a constituição do trabalho conjunto.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera também foi entendida como um importante dispositivo para a Rede Cegonha. Esse equipamento possibilita a permanência de mulheres e bebês diante da necessidade de seguimento e continuidade do cuidado. No entanto, o número de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e a quantidade de vagas por equipamento no estado não parece ser suficiente para a demanda de mulheres e crianças. No que diz respeito à qualidade desse equipamento, algumas mulheres mencionaram o conforto e a comodidade no alojamento e comentaram sentir-se satisfeitas.

Vale mencionar, mais uma vez, o risco dessa estratégia, já que não se pode garantir a organização do fluxo e o funcionamento da rede. Aliado a isso, não estamos proporcionando com segurança a menor distância percorrida pelos usuários dentro de cada região em busca da atenção à saúde. Um novo desenho de agrupamento territorial exige a superação política e administrativa para o planejamento, a programação e a tomada de decisões e requer um sistema de regulação, de apoio logístico e de transporte efetivo.

CONCLUSÃO

O Brasil tem se caracterizado por uma pluralidade relativa às desigualdades sociais e regionais existentes e isso se estende ao Estado do Ceará. Contudo, há possibilidade de fortalecimento de mecanismos de descentralização e regionalização na tentativa de responder às necessidades da população de modo mais autônomo por parte dos municípios e

do estado e, cada vez mais, próximo do local onde ela vive. Essa resposta pode ser potencializada pela pactuação e participação de gestores, profissionais da saúde e usuários dos serviços que geram novas capacidades locais e criam possibilidades de novos arranjos. Há necessidade de melhor planejamento, definição dos objetivos, otimização dos custos e avaliação do desempenho.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fábio Solon Tajra, Ricardo José Soares Pontes e Francisco Herlânio Costa Carvalho contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Angelo Brito Rodrigues, Neusa Goya e Luiz Odorico Monteiro de Andrade** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Apr 25];27(4):623-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>
2. Teixeira JC, Pungirum MEMC. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2005 Dec [cited 2019 Apr 25];8(4):365-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/03.pdf>
3. Brasil. Portaria n. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
5. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis (Rio J) [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Apr 25];23(4):1297-316. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n4/14.pdf>
6. Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC. Um possível modelo lógico-avaliativo para a Rede Cegonha. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];16(1):80-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1098/609>

7. Coutinho SKSF, Minghini BV, Brito GV, Silva KS, Rocha RB, Miranda JSM, et al. Rede Cegonha: uma experiência em educação permanente com agentes comunitários de saúde. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];16(1):74-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1097/608>

8. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

9. Tong A, Sainsbury P, Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [serial on the internet]. 2007 [cited 2019 Dec 16];19(6):349-57. Available from: <https://chip.uconn.edu/wp-content/uploads/sites/1245/2019/05/Tong-Sainsbury-Craig-2007-Consolidated-Criteria-for-Reporting-Qualitative-Research-COREQ-A-32-Item-Checklist-for-Interviews-and-Focus-Groups.pdf>

10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Apr 25];27(2):388-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>

12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

13. Amatuizzi MM. Por uma psicologia humana. Campinas, SP: Alínea; 2001.

14. Brasil. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

15. Brasil. Portaria n. 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

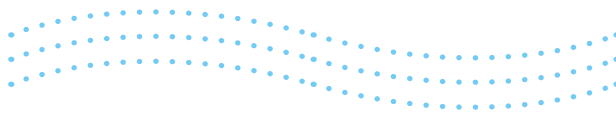
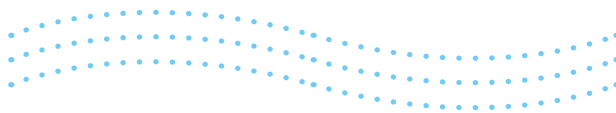
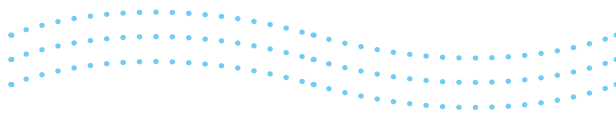
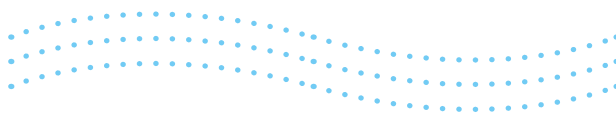
16. Organização das Nações Unidas, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília (DF): ONU/PNUD; 2000.

17. Brasil. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

18. Brasil. Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

19. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Apr 25];15(5):2395-404. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>

20. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública* [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Apr 25];45(3):519-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>



ODONTOLOGIA E GESTAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

DENTISTRY AND PREGNANCY: THE IMPORTANCE OF DENTAL PRENATAL CARE

ODONTOLOGÍA Y EMBARAZO: LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL ODONTOLÓGICA

Diana Larissa Leitão Botelho ¹Vivian Gomes Azevedo Lima ²Myrna Maria Arcanjo Frota Barros ³Janaína Rocha de Sousa Almeida ⁴**Palavras-chave:**

Odontologia; Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestação.

Keywords:

Dentistry; Brazilian National Health System; Family Health Strategy; Pregnancy.

Palabras clave:

Odontología; Sistema Nacional de Salud de Brasil; Estrategia Salud de la Familia; Embarazo.

Submetido:

16/07/2019

Aprovado:

10/12/2019

Autor(a) para Correspondência:

*Myrna Maria Arcanjo Frota Barros
R. Conselheiro José Júlio, S/N
Centro - Sobral (CE)
62010-820
E-mail: myrnaarcanjo@ufc.br*

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção das gestantes sobre a assistência odontológica no pré-natal. Realizado em Fortaleza (CE), no período de agosto de 2015 a julho de 2016, nas unidades de atenção primária à saúde (UAPS) da Secretaria Regional II. Dados quantitativos foram coletados por meio de questionário semiestruturado, com dados sociodemográficos e odontológicos. As informações qualitativas foram coletadas mediante entrevistas, nas quais se estabeleceu uma situação de conversa informal, guiada por temas que aprofundaram as opiniões dos participantes. As gestantes reconhecem a importância do tratamento odontológico no período pré-natal, porém, o acompanhamento com o cirurgião-dentista ainda não é uma rotina nos serviços de saúde em análise.

1. Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: ladianabotelho@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5963-118X>

2. Aluna de Graduação em Odontologia no Centro Universitário Fametro (UniFametro). E-mail: vivianguomes_azevedolima@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9930-7595>

3. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Clínica Odontológica pela UFC. E-mail: myrnaarcanjo@ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7689-175X>

4. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Clínica Odontológica pela UFC. Professora no Centro Universitário Christus (UniChristus). E-mail: drajanainarochoa@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6736-3936>

ABSTRACT

This study aimed to know pregnant women's perception of prenatal dental care. It was conducted in Fortaleza, Ceará, Brazil, within the period from August 2015 to July 2016, at the primary health care centers (unidades de atenção primária à saúde [UAPS]) of the Regional Department II. Quantitative data were collected by means of a semi-structured questionnaire, with sociodemographic and dental data. Qualitative information was collected through interviews, in which a situation of informal conversation was established, guided by themes that provided in-depth participants' opinions. Pregnant women recognize the importance of dental treatment within the prenatal period, but follow-up with a dental surgeon is not a routine in the health services under analysis, yet.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer la percepción de mujeres embarazadas acerca de la atención prenatal odontológica. Realizado en Fortaleza, Ceará, Brasil, dentro del período comprendido entre agosto de 2015 y julio de 2016, en las unidades de atención primaria de salud (unidades de atención primária à saúde [UAPS]) de la Secretaría Regional II. Datos cuantitativos se recopilieron mediante un cuestionario semi-estructurado, con datos sociodemográficos y dentales. La información cualitativa se recopiló a través de entrevistas, en las que se estableció una situación de conversación informal, guiada por temas que proporcionaron opiniones profundas de los participantes. Las mujeres embarazadas reconocen la importancia del tratamiento dental dentro del período prenatal, pero el seguimiento con un cirujano dental aún no es una rutina en los servicios de salud bajo análisis.

.....

INTRODUÇÃO

A gestação é um evento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de adquirir conhecimentos específicos para uma assistência humanizada e integral. Nesse momento único na vida da mulher, ela se encontra mais receptiva a novos conhecimentos relacionados à sua saúde e à saúde de seu bebê, portanto, mostra-se essencial a atuação dos serviços sob a perspectiva de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de agravos¹⁻³.

Nesse sentido, destaca-se que a mulher assume papel-chave dentro da família, tornando-se multiplicadora de informações sobre os cuidados com a saúde de todo o núcleo familiar. Portanto, deve-se enfatizar as atividades de educação em saúde, com vistas à promoção da saúde tanto da futura mãe quanto do nascituro⁴.

Contudo, muitas vezes, o estado de saúde bucal é negligenciado durante a gestação. As evidências científicas comprovam a correlação entre doenças da cavidade bucal e o período gestacional^{1-2,5-11}. Por isso, as equipes de saúde bucal devem trabalhar de modo integrado com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhe-se em constante interação com os profissionais responsáveis por seu atendimento¹⁰.

Orientações do Ministério da Saúde (MS) recomendam que a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta

odontológica, durante a qual receberá orientações sobre a possibilidade de atendimento durante a gestação, exames de tecidos moles, identificação de risco à saúde bucal, diagnóstico de lesões de cárie, necessidade de tratamento curativo, diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica, necessidade de tratamento e orientações sobre hábitos alimentares e higiene bucal¹⁰.

Uma dúvida frequente entre os cirurgiões-dentistas é:

- Qual é o período mais adequado para o atendimento de gestantes?

Ressalta-se que o primeiro trimestre se mostra o período menos adequado para o tratamento odontológico, pois nele ocorrem as principais transformações embriológicas. Além disso, a maioria das pacientes pode apresentar indisposição, enjoos matutinos e náuseas à menor provocação. Nesse período, devem-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas. O segundo trimestre é o período mais adequado para intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações. Durante esse período, a organogênese está completa e o feto já está desenvolvido. A mãe se sente mais confortável do que nos estágios iniciais ou finais de sua gravidez. Existe apenas o período de hipotensão postural, se a paciente for tratada na posição supina e houver uma mudança brusca para a posição em pé. O terceiro trimestre é um momento de maior risco de síncope, hipertensão e anemia. O desconforto na cadeira odontológica é

frequente, podendo ocorrer hipotensão postural. É prudente evitar um tratamento odontológico nesse período¹¹⁻¹³.

Portanto, a saúde bucal da gestante ainda é cercada de muitas dúvidas e crenças passadas ao longo dos tempos por meio de experiências relatadas por familiares e outras gestantes, já que as gestantes desconhecem fatores biomédicos importantes referentes à saúde bucal, não colocando o pré-natal odontológico como prioridade, o que contribui para o agravamento de problemas bucais e para a precariedade das condições bucais tanto das mães quanto de seus filhos².

Com isso, torna-se indispensável que as equipes de saúde invistam na perspectiva de desmitificar crenças sobre os cuidados de saúde bucal durante a gestação, respeitando os saberes populares, contudo, informando e orientando as gestantes sobre o saber científico, de modo a destacar a importância da prevenção de agravos e promoção da saúde durante o pré-natal².

É notório que, durante o período gestacional, a mulher aumenta seus cuidados gerais de saúde, sendo importante não esquecer a saúde bucal. Porém, algumas gestantes ainda acreditam em mitos e crenças populares relativos ao tratamento odontológico. Portanto, a desmitificação desses fatores é importante para a execução de um tratamento odontológico de qualidade no período do pré-natal⁶.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi:

- Conhecer a percepção das gestantes sobre a assistência odontológica no pré-natal.

METODOLOGIA

O estudo se caracteriza como qualiquantitativo, realizado em Fortaleza (CE). A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2015 a julho de 2016, nas unidades de atenção primária à saúde (UAPS) da Secretaria Regional II. A capital cearense é dividida em seis Secretarias Regionais, que são agrupadas de acordo com as características da população e do território. A população em questão consistiu nas gestantes que realizavam pré-natal nas UAPS indicadas.

Os dados quantitativos foram coletados por meio de questionário semiestruturado, composto por 3 partes: a) dados pessoais e socioeconômicos (idade, escolaridade, estado civil, ocupação); b) dados sobre a gestação (tempo da gestação e número da

*...desmitificação
desses fatores é impor-
tante para a execução
de um tratamento
odontológico de
qualidade...*

gestação); e c) dados odontológicos (hábitos de higiene bucal, mitos e crenças sobre o tratamento odontológico na gestação). O questionário foi validado por especialistas no assunto e, em seguida, foi submetido a um estudo piloto conduzido com um grupo de gestantes de uma UAPS que não faria parte da amostra, visando à adequação do instrumento aos objetivos propostos. As participantes foram 61 gestantes acompanhadas pelas UAPS durante a execução da pesquisa.

Os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel* e exportados para o *software SPSS*, versão 17.0 para Microsoft Windows, no qual as análises descritivas e inferenciais foram processadas ($p < 0.05$). Os dados quantitativos foram expressos em forma de média e desvio padrão e os dados categóricos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e submetidos a teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Todas as gestantes confirmaram seu consentimento em participar na pesquisa via assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A abordagem qualitativa utilizou a técnica de entrevista com roteiro previamente estabelecido para coleta de dados, na qual se estabelece uma situação de conversa informal, guiada por temas, que aprofunda as opiniões dos sujeitos de pesquisa. O ambiente se caracterizou como neutro e propiciou conforto às participantes para a exposição de suas opiniões.

Os dados qualitativos foram categorizados, verificando a frequência da repetição de opiniões e termos. As entrevistas foram transcritas e lidas na íntegra, a fim de categorizar as falas. Todas as entrevistas foram codificadas, categorizadas e sistematizadas por meio de análise compreensiva. Adotaram-se nomes fictícios para preservar a identidade das entrevistadas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Christus (UniChristus), em conformidade com a Resolução n.

RESULTADOS

A idade média das gestantes foi 25,1±6,7 anos. A amostra foi composta por 61 gestantes; 42,6% reportaram ter Ensino Médio completo, 60,7% eram solteiras, 49,2% eram donas de casa e 37,7% se encontravam na segunda gravidez, como ilustra a Tabela 1.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e odontológicos de gestantes. Fortaleza, 2015-2016.

	N	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	20	32,8
Ensino Fundamental completo	6	9,8
Ensino Médio incompleto	7	11,5
Ensino Médio completo	26	42,6
Ensino Superior	1	1,6
Nunca estudou	1	1,6
Estado civil		
Casada	20	32,8
Solteira	37	60,7
Separada	1	1,6
Outros	3	4,9
Ocupação		
Trabalha fora	20	32,8
Dona de casa	30	49,2
Estudante	9	14,8
Outras	2	3,3
Número de gestações		
Uma	20	32,8
Duas	23	37,7
Três	10	16,4
Quatro	5	8,2
Outras	3	4,9
Última visita ao cirurgião-dentista		
Menos de 6 meses	38	62,3
1 ano	7	11,5
Mais de 1 ano	2	3,3
2 anos	7	11,5
Outras	7	11,5
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico		
Sim	57	93,4
Não	2	3,3
Não sei	2	3,3
Total	61	100,0
Realiza acompanhamento com o cirurgião-dentista		
Sim	26	42,6
Não	35	57,4

	N	%
Realiza escovação dental		
Sim	61	100,0
Utiliza fio dental		
Sim	26	43,3
Não	26	43,3
Às vezes	8	13,3
Total	60	100,0
Ocorre alteração na saúde bucal durante a gestação		
Sim	18	30,9
Não	42	70,0
Não sei	1	1,6
Foi orientada sobre a saúde bucal		
Sim	32	52,5
Não	28	45,9
Não sei	1	1,6
Total	61	100,0
Existe procedimento odontológico que não pode ser realizado durante a gestação		
Sim	21	34,4
Não	30	49,2
Não sei	10	16,4
Procedimentos que não podem ser realizados durante a gestação		
Anestesia	10	16,4
Raio-X	8	13,1
Exodontia	11	18,0
Endodontia	7	11,7
Restauração	3	4,9
Influência da saúde bucal na gestação		
Sim	44	72,1
Não	13	21,3
Não sei	4	6,6

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Ao avaliar o acesso ao serviço odontológico, verifica-se que 62,3% das gestantes foram ao consultório odontológico havia menos de 6 meses. Quanto à autopercepção sobre sua necessidade de tratamento odontológico, 93,4% compreendiam que tinham necessidade de tratamento odontológico, porém 57,4% não realizavam acompanhamento com o cirurgião-dentista durante o pré-natal.

Constatou-se que 100% das participantes realizam sua higiene bucal normalmente e 43,3% relatam o uso de fio dental. Para 70% das gestantes não ocorreram alterações em sua saúde bucal durante a gestação e 52,5% relatam ter sido orientadas sobre sua saúde bucal.

Apesar dos mitos relacionados ao atendimento odontológico no período gestacional, 49,2% das gestantes acreditam não existir nenhum procedimento odontológico que não possa ser realizado durante o pré-natal. Já 16,4% das gestantes não teriam permitido o uso de anestesia durante a gravidez, os exames radiográficos devem ser proibidos em gestantes de acordo com 13,1% das entrevistadas, a realização de exodontias deve ser evitada para 18% delas e 11,7% acreditam que o tratamento endodôntico não deve ser realizado durante a gravidez. Além disso, os tratamentos restauradores são considerados procedimentos menos invasivos, por isso apenas 4,9% acreditam que não devem ser realizados no período gestacional. A influência da saúde bucal na gestação foi considerada evidente por 72,1% das gestantes.

A Tabela 2 apresenta a correlação entre a escolaridade das gestantes e as variáveis autopercepção sobre a

necessidade de tratamento odontológico, acompanhamento com o cirurgião-dentista, recebimento de orientação sobre a saúde bucal e procedimentos odontológicos que não podem ser realizados durante a gestação.

Tabela 2 – Avaliação da percepção das gestantes sobre a saúde bucal de acordo com a escolaridade. Fortaleza, 2015-2016.

	Escolaridade						Valor <i>p</i>
	Ensino Fundamental incompleto	Ensino Fundamental completo	Ensino Médio incompleto	Ensino Médio completo	Ensino Superior	Nunca estudou	
Autopercepção sobre a necessidade de tratamento odontológico							
Sim	17	6	7	25	1	1	0,499
	89,5%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Não	2	0	0	0	0	0	
	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Realiza acompanhamento com o cirurgião-dentista							
Sim	10	4	1	10	1	0	0,266
	50,0%	66,7%	14,3%	38,5%	100,0%	0,0%	
Não	10	2	6	16	0	1	
	50,0%	33,3%	85,7%	61,5%	0,0%	100,0%	
Foi orientada sobre a saúde bucal							
Sim	10	5	3	13	1	0	0,465
	52,6%	83,3%	42,9%	50,0%	100,0%	0,0%	
Não	9	1	4	13	0	1	
	47,4%	16,7%	57,1%	50,0%	0,0%	100,0%	
Existe procedimento odontológico que não pode ser realizado durante a gestação							
Sim	9	1	1	9	1	0	0,493
	47,4%	20,0%	20,0%	45,0%	100,0%	0,0%	
Não	10	4	4	11	0	1	
	52,6%	80,0%	80,0%	55,0%	0,0%	100,0%	

* $p < 0,05$, teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Ao realizar a correlação entre os dados encontrados, não se observou relação estatística entre a escolaridade das mães e as demais variáveis, tendo sido encontrados os seguintes valores *p*: autopercepção sobre o atendimento odontológico durante o pré-natal ($p = 0,499$), acompanhamento com o cirurgião-dentista ($p = 0,266$), recebimento de orientação sobre a saúde bucal ($p = 0,465$) e procedimentos odontológicos que não podem ser executados durante a gestação ($p = 0,493$).

Quanto à avaliação dos dados qualitativos, pôde-se categorizar as falas das gestantes em: a) acesso ao serviço odontológico; e b) influência da saúde bucal na gestação.

Na categoria acesso ao serviço odontológico, as gestantes demonstraram saber da importância de ir ao dentista, porém, relataram dificuldades no acesso ao serviço odontológico:

[...] sei que era bom que fosse assim, que a gente tivesse a mesma facilidade como eu tô tendo agora gestante. Fosse assim em outra época também, porque eu vi mais... prioridades agora na gestação, entendeu? Porque dentista aqui é muito difícil. (Gestante 1)

A categoria *influência da saúde bucal* na gestação traz a discussão da importância do acompanhamento odontológico, com o objetivo de evitar complicações durante a gravidez, e evidencia a necessidade de informar mais claramente as gestantes sobre esse assunto:

[...] eu fiquei sabendo, né, de alguns detalhes que influenciam, né?! Eu fico meio assim, na dúvida ainda, porque diz que cárie causa aborto, não sei. Ou é tártaro que causa aborto, não sei o quê, fiquei sabendo disso agora recentemente nessa gravidez, nem sabia desse assunto. (Gestante 2)

Acho, sim... que às vezes se você num... Num acompanhar pelo dentista, pode você ter alguma bactéria, que pode passar para a criança, né... Tenho muito medo também... Por causa disso também. Tanto é que eu indico muito a minha filha, escovo muito o dente dela, para evitar... mas que eu sei que ela vai crescer, né... (Gestante 3)

É importante porque... grávida enjoa muito, e tem ânsia de vômito e fica tipo com uns resíduos nos dentes. Então, é bom, tanto para poder não prejudicar a criança, né. (Gestante 4)

DISCUSSÃO

Atualmente, a incidência de gravidez na adolescência é alta, estando associada a baixo nível socioeconômico, início de vida sexual precoce e questões sociais e familiares, sendo considerada um problema de saúde pública que pode acarretar agravos emocionais, familiares e sociais. Muitas vezes, essas gestantes param de estudar para cuidar de seus filhos, o que também pode resultar em diminuição de sua autoestima¹⁴. Contudo, nesta pesquisa, observou-se prevalência de mulheres em idade adulta, demonstrando que, com o amadurecimento, as mulheres tendem a procurar com maior frequência os serviços de saúde, comparecendo às consultas pré-natal de modo mais efetivo.

O atendimento odontológico das gestantes ainda se mostra um desafio, tanto para as gestantes quanto para os profissionais da saúde. Essas mulheres fazem parte de um grupo especial e prioritário para o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS) devido às alterações fisiológicas e psicossociais. Contudo, a falta de interesse, a falta de orientação e o medo de ir ao dentista podem induzir a gestante a procurar atendimento apenas quando já está com um quadro de saúde bucal precário^{7,15}. Observou-se que existe boa compreensão acerca da necessidade de tratamento odontológico, contudo, apenas 42,6% das gestantes realizam tratamento odontológico.

O atendimento odontológico das gestantes ainda se mostra um desafio...

Também se destaca a insegurança no atendimento às gestantes por parte dos profissionais da saúde, que, muitas vezes, sobrepõe-se ao atendimento não prioritário, postergando e comprometendo esse acompanhamento, pois a demora no atendimento favorece o surgimento e agravamento de doenças bucais, que podem vir a causar danos maiores às futuras mães e aos nascituros⁷.

Ressalta-se que, além de realizar o procedimento clínico, trabalhar a promoção da saúde junto às gestantes assume vital importância. Isso porque se acredita que estar bem informada e motivada para cuidar de sua saúde bucal é um passo crucial para a prevenção de doenças bucais tanto na mulher como em seu filho, favorecendo a adoção de hábitos de higiene bucal saudáveis⁹.

O estudo em questão observou que 52,5% das gestantes foram orientadas sobre os cuidados com sua saúde bucal, demonstrando uma necessidade das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalharem de modo mais incisivo a promoção da saúde, orientando acerca dos cuidados com a saúde bucal e demonstrando quais benefícios serão alcançados com essas atividades.

Deve-se ressaltar que durante a gravidez ocorrem diversas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que predis põem a riscos de saúde bucal¹⁶⁻¹⁷. Contudo, 70% das gestantes acreditam não haver alterações na saúde bucal ao longo do período gestacional.

As evidências mostram que algumas alterações podem ocorrer com maior frequência, principalmente no periodonto, que é responsável pela sustentação e proteção do dente, devido a deficiências nutricionais, altos níveis de estrogênio e progesterona, presença de placa bacteriana e o estado transitório de imunodepressão^{5,12,16-17}. Tais fatores ocasionam o desenvolvimento de doenças, principalmente a doença periodontal, que se relaciona ao nascimento de bebês prematuros e de baixo peso¹⁶⁻¹⁸.

A influência da saúde bucal na gestação é

compreendida pela maioria das participantes (72,1%). Diante disso, ressalta-se que a prematuridade representa um problema econômico e de saúde pública com grande impacto social; o processo fisiológico que desencadeia o início do trabalho de parto ainda é desconhecido, mas se acredita que tenha 2 vias: a) a indireta, onde os tecidos periodontais inflamados passariam a atuar como um reservatório de bactérias, as quais se deslocariam via corrente sanguínea até a cavidade uterina; e b) a direta, onde os próprios sítios periodontais produziriam mediadores inflamatórios e estes passariam a atuar como potenciais fontes de citocinas fetotóxicas^{15-16,18}.

Quanto aos cuidados durante o tratamento odontológico, destaca-se que é considerado seguro o uso de anestésicos em dosagem terapêutica adequada para cada paciente⁹. O mais utilizado em pacientes nessa condição é a lidocaína a 2% com adrenalina, com dose limite de no máximo 2 tubetes por sessão¹⁹⁻²⁰. Os exames radiográficos são um procedimento seguro para gestantes, devido à quantidade de raios-X e ao tempo de exposição serem pequenos, bem como devido ao fato da radiação se restringir à área exposta. O exame radiográfico pode ser realizado durante todo o pré-natal, quando se mostrar necessário, devendo-se recorrer a todos os métodos de proteção, como filme ultrarrápido, diafragma, filtro de alumínio, localizador, avental de chumbo e protetor de tireoide de chumbo^{7,13,19}.

As cirurgias podem ser realizadas, de preferência no segundo trimestre da gestação; devido à redução dos sintomas da gravidez, não se deve realizar um atendimento prolongado. O tratamento endodôntico também pode ser realizado, sendo mais indicado no segundo trimestre do período gestacional¹⁹.

CONCLUSÃO

As gestantes reconhecem a importância do tratamento odontológico no período pré-natal, porém, o acompanhamento com o cirurgião-dentista ainda não é uma rotina nos serviços de saúde investigados. Verificou-se dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, mesmo para as gestantes, um grupo de atendimento prioritário, devido às repercussões que a doença periodontal pode trazer para as mães e os bebês.

A maioria das entrevistadas acredita não haver alterações na saúde bucal das gestantes, contudo, elas compreendem que a saúde bucal tem influência na gestação. Deve-se considerar como limitação o

*...o acompanhamento
com o cirurgião-dentista
ainda não é uma rotina
nos serviços de saúde
investigados...*

fato desta pesquisa enfocar uma regional específica de Fortaleza, assim, recomenda-se uma ampliação da busca para as demais regionais desse município, de modo a proporcionar uma investigação mais abrangente no contexto de uma metrópole do Nordeste brasileiro.

Conclui-se que a gestação é cercada por mitos e dúvidas que dificultam o atendimento odontológico durante o pré-natal. Portanto, trabalhar a promoção de saúde com esse grupo ajuda a desmistificar tal acompanhamento, bem como a prevenir o desenvolvimento de doenças bucais, proporcionando melhor qualidade de vida tanto à futura mãe quanto ao nascituro.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Diana Larissa Leitão Botelho e Vivian Gomes Azevedo Lima contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Myrna Maria Arcanjo Frota Barros** contribuiu com o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Janaína Rocha de Sousa Almeida** contribuiu com o delineamento do estudo e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Codata LAB, Nakama L, Cordoni Júnior L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Dec 16];16(4):2297-301. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a29.pdf>
2. Cabral MCB, Santos TS, Moreira TP. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. Rev Port Saúde Pública [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Dec 16];31(2):173-80. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v31n2/v31n2a06.pdf>

3. Kloetzel MK, Huebner CE, Milorom P. Referrals for dental care during pregnancy. *J Midwifery Womens Health* [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Dec 16];56(2):110-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074205/>
4. Praetzel JR, Ferreira FV, Lenzi TL. Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. *Rev Gaúch Odontol* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 16];58(2):155-6. Available from: <file:///D:/RG0-2007-864.pdf>
5. Catão CDS, Gomes TA, Rodrigues RQF, Soares RSC. Evaluation of the knowledge of pregnant women about the relationship between oral diseases and pregnancy complications. *Rev Odontol UNESP* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];44(1):59-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v44n1/1807-2577-rounesp-44-01-00059.pdf>
6. Faquim JPS, Frazão P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde Debate* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 16];40(109):59-69. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042016000200059&script=sci_arttext
7. Nascimento EP, Andrade FS, Costas AMDD, Terra FS. Gestantes frente ao tratamento odontológico. *Rev Bras Odontol* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 16];69(1):125-30. Available from: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a28v69n1.pdf>
8. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 16];17(11):3057-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a21.pdf>
9. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Mafra RP, Queiroz LMG, Barbosa CAG. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *Rev Bras Odontol* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 16];69(1):120-4. Available from: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a27v69n1.pdf>
10. Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 32).
11. Reis FG, Almeida JRS. Percepção das gestantes sobre o pré-natal odontológico. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;4(1):56-62.
12. Washington DC. Dental x- rays, teeth cleanings = safe during pregnancy [document on the internet]. 2013 [cited 2019 Dec 16]. Available from: <https://www.perioimplantadvisory.com/dental-implants/hygiene-techniques/article/16411810/dental-xrays-teeth-cleanings-safe-during-pregnancy>
13. Alves LG, Alves LG, Pereira UX, Rocha SP, Ribeiro Junior H, Nepomuceno FWAB. Perfil socioeconômico de adolescentes grávidas atendidas no centro de referência da saúde da mulher na cidade de São Francisco do Conde – BA. *Rev Ciênc Méd Biol* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];14(2):143-6. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/11791>
14. Mascarenhas VI, Vilarinho LAL, Moura LFAD, Moura MS, Ferro LB. Correlação entre saúde periodontal e idade gestacional. *Rev Odontol UNESP* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 16];41(6):408-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v41n6/a07v41n6.pdf>
15. Pires BT, Alves CC, Oliveira EN, Teixeira MA. Grupo de gestante: relato de experiência. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];14(Suppl 2):123-5. Available from: [file:///D:/883-1946-1-SM%20\(1\).pdf](file:///D:/883-1946-1-SM%20(1).pdf)
16. Polysos NP, Polysos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaous, EG, et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;(341):c7017.
17. Marin C, Maçaneiro CA, Blittan CR, Vavarassari F. Percepção do atendimento odontológico: comparações entre grupos de gestantes adultas e adolescentes. *Revista de Atenção à Saúde* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];13(46):65-71. Available from: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3099/pdf
18. Canepelle TMF, Yamamoto EC, Sousa AC. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre o atendimento a pacientes especiais: hipertensos diabéticos e gestantes. *Rev Odontologia*. 2011;1:31-41.
19. Ibhawoh L, Enabulele, J. Endodontic treatment of the pregnant patient: knowledge, attitude and practices of dental residents. *Niger Med J*. 2015;56(5):311-6.
20. Martins LO, Pinheiro RDPS, Arantes DC, Nascimento LS, Santos Junior PB. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. *Revista Pan-Amazônica de Saúde* [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Dec 16];4(4):11-8. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v4n4/v4n4a02.pdf>

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CONDUTORA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH AS A CONDUCTOR OF PERMANENT EDUCATION IN BASIC ATTENTION

RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA COMO CONDUCTORA DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN LA ATENCIÓN BÁSICA

Francisco Timbó de Paiva Neto ¹

Antonio Cleilson Nobre Bandeira ²

Palavras-chave:

*Educação Permanente;
Tecnologias em Saúde; Equipe
Multiprofissional.*

Keywords:

*Permanent Education; Health
Technologies; Multiprofessional
Team.*

Palabras clave:

*Educación Permanente;
Tecnologías en Salud; Equipo
Multiprofesional*

Submetido:

04/11/2019

Aprovado:

11/12/2019

Autor(a) para

Correspondência:

*Francisco Timbó de Paiva Neto
Universidade Federal de Santa
Catarina
Departamento de Educação
Física-DEF/CDS/UFSC
Campus Universitário, Trindade
88040-900, Florianópolis, SC
E-mail: timbonetto@gmail.com*

RESUMO

O texto objetiva relatar os processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) realizado pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Florianópolis, Santa Catarina e promover reflexão sobre a percepção do conceito de Educação Permanente em Saúde pelos profissionais da Atenção Básica. As EPS aconteceram nos espaços de planejamento dos Centros de Saúde, a fim de aprimorar e organizar os encontros, além de assegurar a integralidade e significado do mesmo no processo de trabalho dos profissionais. Frente aos discursos dos sujeitos podemos perceber que as suas percepções sobre Educação Permanente estão muito próximas das que são definidas pela PNEPS como Educação continuada, mesmo após a condução de momentos conduzidos pelos residentes. Conclui-se que a inserção de residentes multiprofissionais nos serviços de saúde, integrando-se aos processos de trabalho do Grupo Tutorial/EPS, tem como um dos desígnios potencializar métodos na melhoria da saúde em parceria com os trabalhadores nos seus territórios.

1. Profissional de Educação Física, Doutorando em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: timbonetto@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5477-3645>

2. Profissional de Educação Física, Especialista Residente em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, Ceará. E-mail: clenobre@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0314-1146>

ABSTRACT

The purpose of this article is to report the processes of Permanent Health Education (EPS) realized by the Multiprofessional Residency in Family Health at Florianópolis city, Santa Catarina and promote reflection over the perception of the concept of Permanent Health Education by Primary Care professionals. The EPS occurred in the circles of coexistence spaces of the Health Centers in order to improve and organize the meetings, besides ensuring the integrality and meaning of the same in the work process of the professionals. In front of the subjects' discourses we can see that their perceptions about Permanent Education are very close to those defined by the PNEPS as Continuing Education, even after conducting moments realized by the residents. It is concluded that the insertion of multiprofessional residents in health services, integrating in the work processes of the GT / EPS, has as one of the main intentions to potentialize methods in improving health in partnership with workers in their territories.

RESUMEN

El texto objetiva relatar los procesos de Educación Permanente en Salud (EPS) realizado por la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia en el municipio de Florianópolis, Santa Catarina y promover reflexión sobre la percepción del concepto de Educación Permanente en Salud por los profesionales de la Atención Básica. Las EPS se realizaron en los espacios de rueda de los Centros de Salud, a fin de perfeccionar y organizar los encuentros, además de asegurar la integralidad y significado del mismo en el proceso de trabajo de los profesionales. Frente a los discursos de los sujetos podemos percibir que sus percepciones sobre Educación Permanente están muy próximas a las que son definidas por la PNEPS como Educación continuada, incluso después de la conducción de momentos conducidos por los residentes. Se concluye que la inserción de residentes multiprofesionales en los servicios de salud, integrando a los procesos de trabajo del GT / EPS, tiene como uno de los planes potenciar métodos en la mejora de la salud en asociación con los trabajadores en sus territorios.

.....

INTRODUÇÃO

Em 2004, por meio da Portaria Nº 198/2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Esta política define a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um instrumento para mudanças e transformações dos serviços de saúde. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços¹.

Com efeito, as relações entre educação e trabalho em saúde assumem posições, estratégias e significados importantes, procurando vencer a dicotomia entre pensar e fazer, integrando habilidades teóricas e práticas. A EPS pretende incorporar o ensinar e o aprender ao cotidiano das organizações e do trabalho^{1,2}. Portanto, a EPS busca constantemente a aprendizagem, possibilitando processos e desenvolvimentos de profissionais de saúde para estarem comprometidos com a assistência, conscientes e responsáveis, inseridos no processo de trabalho e no território, conhecedores do sistema em que atuam, com suas políticas e ações¹.

Assim, a EPS apresenta-se como proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas, de atenção à saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas da gestão, e as instituições formadoras. Nesse sentido, a educação permanente por ser um modelo inovador de buscar transformar uma realidade, deve ultrapassar os campos do saber focal dos profissionais e buscar o ensino-aprendizagem amplamente, a partir do seu dia-a-dia com a comunidade e, assim, dar continuidade ao processo ensino-serviço.

O sistema de EPS vem sendo compreendido no mesmo momento que um conjunto de alternativas educacionais, articuladas que visam o desenvolvimento de ações voltadas para aprendizagem significativa no processo de trabalho. A EPS prevê a construção de conhecimentos nos serviços de saúde, instituindo-se a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos serviços^{3,4}. EPS propõe uma nova forma de produzir conhecimento e de pensar a educação e o trabalho.

É necessário introduzir a EPS como estratégia fundamental das práticas de formação, atenção,

gestão, formação de políticas e controle social no setor saúde. Assim, estabelecendo ações intersetoriais com o setor educação, garantindo os processos de mudanças necessárias na graduação, nas residências em saúde, na pós-graduação, para que haja uma relação entre direitos da população e da universalização das ações e serviços de saúde⁵.

Sobre as ferramentas de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESFs) de Florianópolis destacam-se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) que pode ser compreendida, além de um processo de formação, como uma estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e de reorientação das práticas para atuação diferenciada no SUS. Nesse campo de atuação coletiva, os programas de residências multiprofissionais ganham espaços nos quais ocorrem as trocas de saberes.

Reconhece-se que diante do atual contexto da saúde pública no Brasil, a estratégia da residência multiprofissional enquanto ferramenta de reflexão das ações vem se reafirmando como imprescindível mecanismo de problematização de mudanças no modelo de atenção em saúde que supere o foco das ações na doença e na execução de procedimentos⁶⁻⁸. A partir desta reflexão, o sistema de saúde de Florianópolis, pautado na pedagogia dialógica problematizadora que estabelecem espaços cotidianos de reflexão coletiva sobre os processos de trabalho, aposta na implementação de momentos mensais de EPS dentro do espaço da reunião de todos os Centros de Saúde (CS) do município, onde é planejado, executado e avaliado pela RMSF, e desta forma, os momentos possam agregar conhecimento no cotidiano de trabalho dos profissionais das ESFs.

Este estudo buscou refletir as contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde da Família nos espaços de Educação Permanente em Saúde para discutir questões discernentes ao processo de trabalho, fomentando a reflexão crítica e proativa dos trabalhadores por meio de discursos dos profissionais de saúde participantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória-descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos, e o estabelecimento de relações entre

*... residência
multiprofissional (...)
vem se reafirmando
como imprescindível
mecanismo de
problematização de
mudanças...*

as variáveis¹¹. A pesquisa qualitativa apresenta-se como uma abordagem interpretativa do mundo, onde seus pesquisadores buscam estudar as coisas em seus cenários naturais, tentando compreender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles atribuem¹².

Neste tipo de abordagem, o fenômeno humano estudado é entendido como parte da realidade social, pois este não se difere só por agir, mas por pensar sobre o que faz, e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes^{9,10}.

A coleta ocorreu em Florianópolis, nos meses outubro e novembro 2017, em seis Centros de Saúde (CS) da sede do município com a participação de 164 profissionais da ESF de Florianópolis. Para a construção do corpus da pesquisa, utilizou-se o roteiro semiestruturado a partir do qual os sujeitos tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema abordado em cada momento de EPS. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, e a Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Florianópolis, de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, obtendo aprovação sob o Parecer Nº 1.893.360/2017.

Os dados foram tratados mediante Análise de Conteúdo, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens¹³.

Foram operacionalizados seguindo as três etapas da análise temática: a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos

e interpretação. A fase de pré-análise, que se subdividiu em leitura flutuante e preparação do material, consistiu na organização dos dados, sistematizando as ideias iniciais, por meio da visualização individual de cada diálogo, onde se destacou os aspectos considerados relevantes. Após a ordenação dos diálogos por meio da transcrição dos conteúdos foram feitas exaustivas leituras dos textos, organizando os relatos de modo a possibilitar o mapeamento das falas, agrupando-as por similaridade de ideias, assinalando as que tinham o mesmo significado ou semelhança, identificando as unidades significativas das falas a fim de que pudessem ser compreendidas e conscientemente exploradas¹³. Esta forma de organização permitiu visualizar as seguintes temáticas: atualizações de conhecimentos, aprendizado permanente e processo formativo no trabalho apresentadas a seguir. A experiência permanece em andamento até os dias atuais. Definiu-se também uma avaliação da experiência, em espaço de encontro administrativo da unidade, a cada seis meses de acordo com a necessidade dos participantes.

Desse modo, após pactuar em espaços de cogestão (reunião de gerentes das unidades), definiu-se que os profissionais das equipes de Residência em Saúde da Família seriam, a partir de então, atores que planejam, executam e participam dos momentos de EPS na perspectiva de apoiar o Grupo de Trabalho de Educação Permanente em Saúde (GT/EPS) do Sistema de Saúde de Florianópolis, em relação a aprimorar e organizar os encontros, além de assegurar a integralidade e significado do mesmo no processo de trabalho dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo é resultante da inserção de uma equipe multidisciplinar de residentes em Saúde da Família, após vivências teórico-práticas nos espaços de planejamento de CS, onde entende-se que a EPS é um método educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise. Sendo um processo necessário, pois a graduação é insuficiente para compreender as complexidades e desafios encontrados nos territórios.

Fomentada pela RMSF, a EPS possibilita o diálogo com a realidade do serviço, capaz de perceber o contexto e transformá-lo, estando diretamente relacionada com a prática. Os residentes são subsidiados e preparados para estes momentos

*...a EPS possibilita
o diálogo
com a realidade
do serviço...*

de acordo com suas vivências teóricas e estudos dirigidos. Na RMSF, são vários os espaços que proporcionam EPS, como ciclos (exposição teórica), encontros de categoria, estudos multiprofissionais, vivências nos equipamentos da rede, participação em Encontros de Residências e Fóruns.

No território, a EPS ocorre em diferentes ocasiões de forma transversal, como em encontros das Unidades de Saúde, compartilhamento de casos, intervisitas, intergrupos, construção de Projeto Terapêutico Singular, mas para que os resultados sejam positivos é necessário conhecer as demandas do território, sua real necessidade. Percebe-se a importância da residência como estratégia de transformar a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a percepção do que necessita ser melhorado, e com a teoria e discussão fomenta as possibilidades de transformação da realidade por meio da efetivando a proposta de EPS.

A residência promove espaços de educação permanente capazes de ressignificar os processos de trabalho em saúde, melhorar as condutas profissionais e faz com que se sinta valorizado, uma vez que a EPS emerge de desafios e necessidades dos mesmos. Os temas versam sobre diversos âmbitos: trabalho em equipe; saúde mental; promoção da saúde; educação em saúde; questão social; acolhimento, respeitando as demandas dos trabalhadores. Esses momentos de encontro entre ESFs, GT/EPS e residentes mostram-se efetivos na construção coletiva entre os atores envolvidos e permitiu às equipes olharem para seu fazer em saúde de modo que o processo de aprendizagem fosse permeado pelo protagonismo, contribuindo para o diálogo como forma de potencializar processos para melhoria do fazer cotidianamente.

Os encontros dialógicos permitem inferir que a inserção de residentes multiprofissionais conduz a aprendizagem significativa para o próprio residente, quanto em qualificação do trabalhador de saúde, inclusive nas questões que dizem respeito ao processo de trabalho das equipes de ESF.

A mudança na atenção à saúde é uma necessidade

imprescindível e desafiadora e tem na Educação Permanente em Saúde uma estratégia pujante para sua concretização. A residência tem a proposta de romper com o modelo de saúde biologicista e biomédico que gera atendimentos fragmentados e descontínuos; desvaloriza o saber dos outros profissionais, descaracterizando a construção de uma assistência multiprofissional com o cuidado holístico. Durante esse tempo de vivência destaca-se a dificuldade em superar essas práticas devido ao processo de trabalho rígido por parte dos profissionais e gestores, o qual é mais pautado no cumprimento de metas do que em práticas que vislumbrem o atendimento integral, pela fragilidade da rede socioassistencial, pela desvalorização dos trabalhadores que desencadeia desmotivação e adoecimento.

Contudo, apesar dos entraves postos são muitas as possibilidades de avançar na perspectiva do atendimento integral, de contribuir com o processo de implementação do SUS e de organização da sociedade civil: processo de formação para preceptores e tutores, o adentro dos residentes nos diversos serviços da rede de saúde, a interlocução com outras residências multiprofissionais e médica e o perfil político dos residentes. A residência é uma experiência enriquecedora para o processo de formação político dos profissionais, bem como para o perfil dos mesmos.

A mesma por diferentes arranjos organizativos formadores de ações e serviços de diferentes configurações tecnológicas e missões assistências formada por equipes multiprofissionais que se articulam de forma complementar tendo como base o território¹⁴.

As percepções dos profissionais sobre os momentos de EPS foram organizadas em subcategorias que emergiram dos depoimentos dos sujeitos da

pesquisa: Atualização de Conhecimentos; Formação contínua que norteia o processo de trabalho. Como Atualização de Conhecimentos consideram a Educação Permanente uma ferramenta que consegue tirar dúvidas, atualizar, renovar e acrescentar seus conhecimentos, como pode ser constatado nos discursos:

“A Educação Permanente é uma excelente ferramenta para atualizar nossos conhecimentos, tirar dúvidas, 4 para facilitar o nosso trabalho” (Profissional 1).

“Para os profissionais de saúde é muito bom, pois estão sempre atualizando os conhecimentos, renovando, não se fica desatualizado das coisas. Eu gosto muito de Educação Permanente” (Profissional 3).

“Só veio para contribuir, acrescentar conhecimento, renovar e melhorar. Através da EP aprendemos a seguir os protocolos, trabalhar com mais segurança, estar atualizados, tirar dúvidas, a pessoa tem base, tem segurança para aplicar na sua prática” (Profissional 16).

Este entendimento evidencia que a educação permanente leva o profissional à competência, ao conhecimento e à atualização, que são componentes necessários para garantir a sobrevivência, tanto do profissional quanto da própria profissão. Podemos observar com os depoimentos que a percepção sobre Educação Permanente em Saúde foca-se em atualizações, novos conhecimentos, aprendizagem nos serviços. De acordo com os relatos, percebemos que as práticas de Educação Continuada são entendidas pela maioria dos profissionais como Educação Permanente.

Compreendemos que esse equívoco pode ter suas raízes no contexto o qual estamos inseridos, quando se atribui a qualquer atividade pedagógica relacionada aos serviços, o conceito de Educação Permanente. Os sujeitos ao conceituarem a EPS como atualizações, aquisição de conhecimentos, afirmam que ao vivenciarem esta experiência se sentem seguros para desenvolverem melhor as suas ações, como podemos observar nos depoimentos:

“Só veio para contribuir, acrescentar conhecimento, renovar, só veio para

*A mudança na
atenção à saúde (...)
tem na Educação
Permanente em
Saúde uma estratégia
pujante para sua
concretização...*

melhorar. Através da EPS usando protocolos, trabalhar com mais segurança, estar atualizados, tirar dúvidas, a pessoa tem base, tem segurança daquilo que aprendeu para aplicar na sua prática” (Profissional 7).

“Então eu vejo a Educação Permanente como um instrumento bastante favorável para o aprendizado do enfermeiro e consequentemente para uma boa realização do seu trabalho” (Profissional 23).

Ao analisarmos essas percepções, buscamos na literatura as afirmações de Davini¹⁵, que conceitua educação continuada como o conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual.

Entretanto, a abordagem da educação permanente pauta-se a partir do conhecimento emergido das situações as quais envolvem os profissionais no seu cotidiano de trabalho, razão pela qual a torna importante para a transformação do SUS e para o desenvolvimento dos profissionais inseridos neste. Nas instituições de saúde há uma tendência em se acreditar que o domínio do conhecimento científico é fator primordial para a qualidade dos serviços. Muitas vezes, os profissionais realizam cursos de atualização, treinamentos e capacitações com a expectativa de transformar sua prática.

Nesse contexto, predomina mais uma vez “[...] o valor do atributo conhecimento em detrimento do exercício de análise das condições concretas do processo de trabalho, que aponta a necessidade de intervenções múltiplas e criativas”¹⁶.

*...conhecimento
emergido das
situações as
quais envolvem os
profissionais no
seu cotidiano de
trabalho...*

No que se refere à formação contínua que norteia o processo de trabalho, consideraram a EPS como um processo formativo capaz de dar continuidade à aprendizagem da graduação e que esta pode nortear para melhor organização dos serviços, conforme o que observamos nas falas abaixo:

“A EPS significa uma continuação da faculdade, é quando você recebe conteúdos programáticos e estruturados para melhorar o seu trabalho no território.” (Profissional 8).

“A EPS serve para clarear tudo aquilo que a gente já viu na universidade há muito tempo, tanto dentro dos programas, da organização dos serviços, metodologias desenvolvidas, para que a gente possa planejar as ações na ESF.” (Profissional 17).

“A educação permanente é uma bússola, um norte, mas se esta bússola não é bem gerida, a gente se perde no meio do caminho. A organização do serviço se deu pela educação permanente. A EPS é de grande valia. Dá certo quando queremos fazer.” (Profissional 19).

Reportando-nos a literatura sobre definições e conceitos da EPS, podemos identificar na PNPS, que a educação continuada tem como pressuposto pedagógico o conhecimento para definir as práticas; como objetivo, a atualização de conhecimentos específicos; percebe como público alvo os profissionais em suas especificidades, de acordo com os conhecimentos a serem trabalhados; a operacionalização é descendente, acontece a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdo a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.

As atividades educativas são pontuais e fragmentadas, sendo construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social^{15,17-18}. Enquanto que a educação permanente em saúde segue os pressupostos pedagógicos apresentados pela OPAS/OMS, ainda na década de 80, pois parte das práticas definidas por múltiplos fatores, conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, entre outros, a aprendizagem significativa requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido”

para os sujeitos sociais envolvidos e os coloquem em posição ativa de propor e reordenar as práticas. O objetivo principal é a transformação real das práticas, o público alvo, as equipes de atenção e de gestão multiprofissional e interdisciplinar em qualquer esfera do sistema. As atividades educativas são construídas de maneira ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes de saúde, identificam-se os “nós” críticos que devem ser enfrentados na atenção ou na gestão, o que possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas e conceitos^{5,15,18}.

Portanto, frente aos discursos dos sujeitos podemos perceber que as suas percepções sobre Educação Permanente estão muito próximas das que são definidas pela PNEPS como Educação continuada, mesmo após a condução de momentos conduzidos pelos residentes.

CONCLUSÃO

Apesar da distinção entre as terminologias EPS, Continuada e em Serviço, todas têm caráter de continuidade do processo educativo, porém se fundamentam em diferentes princípios metodológicos. A EPS, além da capacitação técnica é também um compromisso pessoal a ser conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social. Parte da aprendizagem significativa para que os sujeitos sociais envolvidos se coloque em posição ativa de propor e reordenar as práticas

Portanto, conclui-se que a inserção de residentes multiprofissionais nos serviços de saúde, integrando-se aos processos de trabalho do GT/EPS, tem como um dos desígnios potencializar métodos na melhoria da saúde em parceria com os trabalhadores nos seus territórios. Além da discussão da estratégia de EPS apoiada por outros atores, são necessários estudos que verifiquem a repercussão das destes espaços no cotidiano laboral desses trabalhadores, conduzidos pelos profissionais que facilitam os momentos de educação permanente.

Percebe-se que a educação permanente representa uma estratégia que possibilita o estabelecimento de vínculo entre as redes de atenção em saúde,

*A EPS, além da
capacitação técnica
é também um
compromisso
pessoal...*

profissionais e comunidade promovendo assim a continuidade do cuidado e aumentando por meio da corresponsabilização da atenção a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns de forma a produzir um maior impacto na situação de saúde dentro de um determinado território.

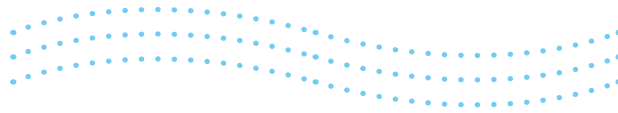
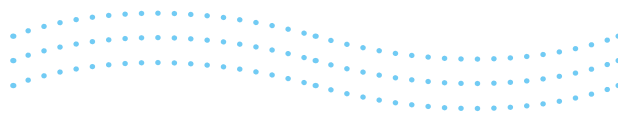
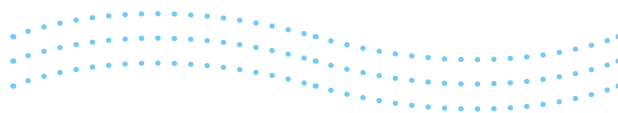
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Timbó de Paiva Neto contribuiu na concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. **Antonio Cleilson Nobre Bandeira** colaborou na coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Balbino AC, Bezerra MM, Freitas CASL, Albuquerque IMN, Dias MAS, Pinto VPT. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2010 [cited 2019 Mai 21];8(2):249-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a05v8n2.pdf>
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2019 Jul 18];20(5):1400-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>
3. Barth OB, Aires M, Santos JLG, Ramos, FRS. Educação Permanente em Saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2014 [cited 2019 Ago 10];16(3):604-11. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/22020/17542>
4. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [documento on the internet]. 2018 [cited 2019 Out 20]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

5. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ [Internet]. 2005 [cited 2018 Dez 22];9(16):161-77. Available from: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>
6. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Saúde e Sociedade [Internet]. 2010 [cited 2019 Set 13];19(4):814-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/09.pdf>
7. Santa Catarina (Estado). A Política Municipal de Educação Permanente em Florianópolis- SC. [document on the internet]. 2011 [cited 2019 Ago 16]. Available from: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/23_01_2018_14.06.29.c0a18df455385ff8a5f538ca9f55ae71.pdf
8. Brum LM. A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar [Dissertação] [Internet]. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 133 p. [cited 2019 Abr 02]. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/18669>
9. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6.ed. São Paulo: Atlas S.A.; 2008.
12. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Abr 02]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
15. Davini MC. Practicas laborales em los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Educación permanente de personal de salud. Serie Desarrollo de recursos humanos, n.100. Cuernavaca. Organización Panamericana de La salud. EUA; 1994.
16. Quintana PB, Roschke MAC, Ribeiro ECO. Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde. Escola de Saúde [cited 2019 Abr 02]. Available from: http://escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacao_permanente_processo_de_trabalho_e_qualidade_de_servico_na_saude.pdf.
17. Motta JIJ. Educação permanente em saúde. Revista Olho Mágico. Londrina; 2002.
18. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde [document on the internet]. 2005 [cited 2019 Nov 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf



POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO PRECOCE E RASTREAMENTO DO CÂNCER BUCAL NO BRASIL

PUBLIC HEALTH POLICIES RELATED TO ORAL CANCER'S EARLY DIAGNOSIS AND SCREENING IN BRAZIL

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO Y LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER ORAL EN BRASIL

Fabiana Almeida Miranda ¹Lavínia Oliveira de Araújo ²Matheus Ribeiro Melo ³Ruth Costa Barbosa ⁴Antônio Prates Caldeira ⁵Fernanda Piana Santos Lima Oliveira ⁶**Palavras-chave:**

Atenção Primária em Saúde;
Políticas Públicas de Saúde;
Programas de Rastreamento;
Neoplasias Bucais.

Keywords:

Primary Health Care; Public
Health Policy; Mass Screening;
Mouth Neoplasms.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud;
Políticas Públicas de Salud;
Tamizaje Masivo; Neoplasias de
la Boca.

Submetido:

27/10/2019

Aprovado:

04/12/2019

**Autor(a) para
Correspondência:**

Fabiana Almeida Miranda
Av. José Alves Miranda, 3
Centro - Mato Verde (MG)
39527-000
E-mail: fabianamiranda793@
gmail.com

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar as políticas públicas de diagnóstico precoce e rastreamento do câncer bucal no Brasil. Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Realizou-se cruzamento dos seguintes descritores: a) Sistema Único de Saúde (SUS); b) atenção primária em saúde; c) políticas públicas de saúde; d) programas de rastreamento; e) detecção precoce do câncer; e f) câncer bucal. Foram incluídos estudos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2008 a 2018, disponíveis em texto integral e acesso livre e gratuito. Os 12 artigos selecionados possibilitaram a identificação de 5 estratégias de prevenção para detecção precoce e rastreamento do câncer bucal: a) exame visual; b) levantamento da população de risco; c) autoexame bucal; d) vigilância em saúde; e e) fluxos assistenciais fortes. Constatou-se a necessidade de qualificar os profissionais da saúde para o atendimento, além de aumentar a oferta de serviços odontológicos de qualidade.

1. Aluna de Graduação em Medicina no Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc). E-mail: fabianamiranda793@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4176-4897>

2. Aluna de Graduação em Medicina no UNIFIPMoc. E-mail: laviniaodearaujo@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4766-0121>

3. Aluno de Graduação em Medicina no UNIFIPMoc. E-mail: matheusribeiromelo10@icloud.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5220-2307>

4. Aluna de Graduação em Medicina no UNIFIPMoc. E-mail: ruth.costabarbosa.1@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6595-4484>

5. Médico. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenador do Curso de Medicina do UNIFIPMoc. E-mail: antoniopcaldeira@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9990-9083>

6. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Saúde Coletiva pela UFMG. Professora no UNIFIPMoc. E-mail: fernandapiana@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8826-6852>

ABSTRACT

This study aimed to identify public policies for oral cancer's early diagnosis and screening in Brazil. This is an integrative literature review conducted in the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), and Virtual Health Library (VHL). The following descriptors were crossed with each other: a) Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde [SUS]); b) primary health care; c) public health policy; d) mass screening; e) cancer early detection; and f) oral cancer. We included studies in Portuguese and English, published within the period from 2008 to 2018, available in full text with free and open access. The 12 selected articles made it possible to identify 5 prevention strategies for oral cancer's early detection and screening: a) visual examination; b) at-risk population survey; c) oral self-examination; d) health surveillance; and e) strong health care delivery. The need to qualify health professionals for providing care was noticed, in addition to increase the supply of good-quality dental services.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las políticas públicas para el diagnóstico y la detección precoz de cáncer oral en Brasil. Esta es una revisión integradora de literatura realizada en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Los siguientes descriptores se cruzaron entre sí: a) Sistema Único de Salud de Brasil (Sistema Único de Saúde [SUS]); b) atención primaria de salud; c) políticas públicas de salud; d) tamizaje masivo; e) detección temprana de cáncer; y f) cáncer oral. Se incluyeron estudios en portugués e inglés, publicados en el período de 2008 a 2018, disponibles en texto completo y acceso libre y gratuito. Los 12 artículos seleccionados permitieron identificar 5 estrategias de prevención para el diagnóstico y la detección precoz de cáncer oral: a) examen visual; b) encuesta de población en riesgo; c) autoexamen oral; d) vigilancia de salud; y e) fuerte suministro de atención. Se constató la necesidad de calificar a profesionales de la salud para brindar atención, además de aumentar la oferta de servicios dentales de buena calidad.

.....

INTRODUÇÃO

O câncer bucal compreende as neoplasias malignas que têm como localização primária os lábios, a cavidade oral, as glândulas salivares e a orofaringe¹. Apresentando altas taxas de morbidade e mortalidade, esse tipo de câncer é considerado um importante problema de saúde pública no Brasil². Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam a incidência de 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019 no país¹.

O desenvolvimento do câncer bucal decorre de diversos fatores, que podem ser físicos, químicos, biológicos ou ambientais. O perfil epidemiológico dos indivíduos mais acometidos por essa neoplasia é caracterizado por homens, brancos, na faixa etária entre 50 e 70 anos de idade, trabalhadores expostos ao sol e usuários crônicos de tabaco e/ou álcool (ou a associação de ambas as substâncias)³. Infecção pelo vírus do papiloma humano (*human papillomavirus* [HPV]), alimentação inadequada e má higiene bucal também se relacionam com a carcinogênese da cabeça e do pescoço⁴.

Embora seja o quinto câncer mais frequente em

homens no Brasil¹, o diagnóstico tardio do câncer bucal continua a ser a principal causa de mau prognóstico, demonstrando a necessidade de ações para seu controle, com ênfase em detecção precoce, intervenção nos fatores de risco e tratamento⁵.

Para combater o câncer, políticas públicas de saúde vêm sendo instituídas desde o século XX⁶. Em 2004, com a publicação das *Diretrizes para organização da saúde bucal*⁷, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), implementou-se o Programa Brasil Sorridente, que, entre outras atividades, compreendia a oferta de serviços voltados ao diagnóstico e à detecção do câncer bucal. A inserção do serviço odontológico nas unidades básicas de saúde (UBS) tem propiciado expansão da cobertura de cuidados em saúde bucal. Entretanto, há necessidade de monitoramento das políticas implementadas para verificar sua efetividade, identificando e corrigindo eventuais falhas⁸.

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi:

- Identificar as políticas públicas de diagnóstico precoce e rastreamento do câncer bucal no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre o câncer bucal, técnica que sistematiza resultados de pesquisa acerca de um assunto específico e, assim, aprofunda o conhecimento sobre o tema investigado por meio de ampla análise de estudos científicos, discutindo métodos e achados de investigação e refletindo com vistas a futuros estudos⁹.

Os artigos foram selecionados nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

No primeiro momento, a estratégia de busca recorreu aos seguintes descritores: Sistema Único de Saúde AND atenção primária em saúde AND políticas públicas de saúde AND programas de rastreamento AND detecção precoce do câncer AND câncer bucal. No segundo momento, manteve-se o descritor que representa o eixo temático e os demais foram cruzados estabelecendo a seguinte estratégia de busca: câncer bucal AND Sistema Único de Saúde, câncer bucal AND atenção primária em saúde, câncer bucal AND políticas públicas de saúde, câncer bucal AND programas de rastreamento, câncer bucal AND detecção precoce do câncer. O propósito desse refinamento foi identificar a relação entre o descritor temático principal e os demais investigados. Ambas as estratégias de busca utilizaram os descritores somente em língua portuguesa, considerando que o objetivo do estudo enfatiza políticas públicas desenvolvidas e aplicadas no Brasil.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) estudos em português e inglês; b) publicações no período de 2008 a 2018; c) estudos que tratavam de políticas públicas brasileiras (ações públicas) voltadas ao controle do câncer bucal (diagnóstico precoce e rastreamento); d) estudos disponíveis em texto integral; e e) estudos de acesso livre e gratuito. Já os critérios de exclusão foram: a) estudos não relacionados à temática em foco; e b) estudos que não se enquadram no gênero textual artigo científico.

Para a coleta de dados, os estudos foram organizados com base em título, periódico, ano de publicação, região do país, objetivo, principais resultados e conclusão/recomendação, com a finalidade de responder ao objetivo da pesquisa. Na avaliação inicial dos estudos, realizou-se a leitura do título e, posteriormente, do resumo. Participaram da seleção dos artigos 4 pesquisadores do Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc), de Montes Claros (MG), em julho e agosto de 2018. Os estudos selecionados foram lidos na íntegra.

RESULTADOS

As estratégias de busca possibilitaram a identificação de 704 publicações que poderiam ter relação com o tema em foco. O Quadro 1 ilustra sua distribuição nas bases consultadas.

Quadro 1 – Distribuição das publicações e seleção dos artigos para revisão integrativa da literatura.

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
SciELO	Câncer bucal AND sistema único de saúde	3	1
	Câncer bucal AND atenção primária em saúde	11	0
	Câncer bucal AND políticas públicas de saúde	4	1
	Câncer bucal AND programas de rastreamento	1	0
	Câncer bucal AND diagnóstico precoce	14	0

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
LILACS	Câncer bucal AND Sistema Único de Saúde	15	0
	Câncer bucal AND atenção primária em saúde	22	3
	Câncer bucal AND políticas públicas de saúde	18	1
	Câncer bucal AND programas de rastreamento	12	1
	Câncer bucal AND diagnóstico precoce	41	4
BVS	Câncer bucal AND Sistema Único de Saúde	10	1
	Câncer bucal AND atenção primária em saúde	66	0
	Câncer bucal AND políticas públicas de saúde	6	0
	Câncer bucal AND programas de rastreamento	147	0
	Câncer bucal AND diagnóstico precoce	334	0
TOTAL		12	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a leitura dos títulos, 171 publicações foram excluídas por estarem indexadas em mais de uma base e 521 foram excluídas por não possuírem relação direta com o tema em foco. Assim, a amostra final totalizou 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão adotados.

Os artigos incluídos na amostra são apresentados no Quadro 2. O periódico que mais publicou sobre o tema foi a revista *Ciência & Saúde Coletiva* (4 artigos). As demais revistas apresentaram apenas 1 publicação: a) *Applied Cancer Research*; b) *Revista Panamericana de Salud Pública*; c) *Cadernos de Saúde Pública*; d) *Brazilian Dental Journal*; e) *Brazilian Oral Research*; f) *Revista Gaúcha de Odontologia*; g) *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*; e h) *Arquivos em Odontologia*.

Quadro 2 – Relação dos artigos incluídos no estudo.

Título	Revista	Ano	Região do país
Oral cancer, smoking and public health policies in Brazil: a brief review ¹⁰	<i>Applied Cancer Research</i>	2011	Sul
Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009	<i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>	2012	Sudeste
Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde ¹¹	<i>Cadernos de Saúde Pública</i>	2012	Sul
Reorganization of secondary and tertiary health care levels: impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo State, Brazil ¹²	<i>Brazilian Dental Journal</i>	2012	Sudeste
Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection ¹³	<i>Brazilian Oral Research</i>	2012	Nordeste
Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2013	Sudeste

Título	Revista	Ano	Região do país
Oral cancer in Brazil: a secular history of Public Health Policies	<i>Revista Gaúcha de Odontologia</i>	2014	Nordeste
Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? ¹⁴	<i>Brazilian Journal of Otorhinolaryngology</i>	2015	Sudeste
Prevalence of oral cancer self-examination among elderly people treated under Brazil's Unified Health System: household health survey	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2015	Sudeste
Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2015	Sudeste
Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2016	Sudeste
Estratégias para resolutividade assertiva da campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal	<i>Arquivos em Odontologia</i>	2016	Sudeste

Fonte: Elaborado pelos autores.

Destaca-se o ano de 2012 (4 artigos publicados), seguido por 2016 (3 artigos). Não houve publicação em 2008, 2009, 2010, 2017 e 2018. Nos demais anos, registra-se apenas 1 publicação. A região Sudeste se destaca (8 artigos publicados), seguida pelas regiões Sul e Nordeste (2 publicações cada). Não foram identificados artigos provenientes das demais regiões do país.

Os artigos incluídos apresentaram coerência quanto a objetivos, principais resultados e conclusões, possibilitando a discussão de suas ideias.

DISCUSSÃO

Os artigos incluídos neste estudo sugerem a existência de falhas em relação à prevenção primária do câncer bucal, principalmente quanto à dificuldade para estabelecer políticas públicas voltadas aos seus principais fatores de risco (álcool e/ou tabaco, exposição ao sol, alimentação inadequada, infecção por HPV), além de questões relativas aos profissionais da saúde e aos usuários dos serviços envolvidos¹⁵⁻¹⁶. Dessa forma, o câncer bucal continua sendo um problema de saúde pública, com indicadores epidemiológicos que não apresentaram melhoras nos últimos anos¹⁵.

Este estudo direcionou seus resultados à prevenção em nível secundário, já que, apesar das lesões iniciais serem facilmente detectáveis, ainda são diagnosticadas tardiamente, o que acaba resultando em tratamentos mutiladores. Assim, evidencia-se a necessidade de adotar ações de rastreamento^{15,17}. A literatura consultada apresentou estratégias de prevenção secundária para a detecção precoce e o rastreamento do câncer bucal que podem ser organizadas nas seguintes categorias: a) exame visual; b) levantamento da população de risco; c) autoexame bucal; d) vigilância em saúde; e e) fortalecimento dos fluxos assistenciais.

A discussão apresentada a seguir destaca os aspectos positivos e negativos, levando em conta as políticas e estratégias identificadas nos artigos submetidos à revisão sistemática.

A principal implicação, quanto ao exame visual, envolveu a capacitação dos profissionais da saúde, incluindo o cirurgião-dentista (CD), principalmente devido à variação do perfil epidemiológico da patologia. Os artigos demonstraram a necessidade de educação continuada para a detecção precoce por parte do CD e da equipe de saúde^{15,18-19}.

A educação continuada impacta não apenas os conhecimentos, ela também pode modificar o comportamento dos dentistas. O controle mais efetivo do câncer de boca e faringe depende da detecção precoce de alterações da mucosa bucal por meio de exames adequados e confirmação por biópsia. Para isso, a educação profissional deve ser enfatizada, assim como a educação pública²⁰. Ademais, a educação continuada pode melhorar a qualidade do serviço prestado, pois proporciona atualização do conhecimento após a formação profissional²¹.

Para alguns autores, o processo de formação e educação continuada para a identificação precoce do câncer bucal não deveria ser exclusivo para o CD. Os cursos de Medicina deveriam incluir em seu currículo malignidades da região oral e maxilofacial, para que os acadêmicos se capacitem a identificar seus sinais e sintomas²².

O *Manual de especialidades em saúde bucal*, de 2008²³, foi criado com o objetivo de minimizar os impactos da falta de informações, orientando gestores e dentistas da rede pública de saúde quanto aos agravos e às práticas de prevenção secundária. Além disso, as Portarias do Ministério da Saúde ns. 1.570 e 1.571, de 2004, e 599, de 2006, instituíram critérios para os centros de especialidades odontológicas (CEOs), incluindo a Estomatologia, com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce como ação prioritária^{15,18}.

O rastreamento visual pode ter impacto em indivíduos de alto risco, produzindo significativa mudança de estágio e taxa de sobrevivência. Entretanto, o exame visual apresenta baixa sensibilidade, principalmente em lesões iniciais, e produz altas taxas de falso-positivo²⁴.

Em relação à triagem para o câncer bucal, não há evidências que apoiem ou refutem o uso de exame visual como método de rastreamento do câncer bucal na população geral. Uma triagem voltada ao câncer bucal poderia reduzir a mortalidade se enfocasse a população de risco (indivíduos com pouca probabilidade de frequentar consultórios odontológicos com regularidade)¹⁵.

O levantamento da população de risco, como possibilidade de detecção precoce, realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS), apareceu como uma estratégia na prevenção secundária. Nas visitas domiciliares, os ACS registrariam duas das principais categorias de risco para o câncer bucal na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), além de encaminhar o paciente para consulta odontológica. A visita domiciliar poderia, ainda, proporcionar maior participação em campanhas de prevenção, direcionando a população de maior risco²⁵⁻²⁶.

Embora a literatura consultada não evidencie que o autoexame reduz a taxa de mortalidade do câncer bucal, como parte de um programa de rastreamento populacional, ele é recomendado para minimizar a morbimortalidade da patologia. O que se observou foram propostas de políticas públicas de saúde que incluíssem ações educativas

Uma triagem voltada ao câncer bucal poderia reduzir a mortalidade se enfocasse a população de risco...

voltadas ao autodiagnóstico e autocuidado, além de ações preventivas, de manutenção da saúde, e reabilitadoras. Ainda se mostra baixa a prevalência do diagnóstico precoce realizado por meio do autoexame bucal²⁶⁻²⁸.

O autoexame bucal constitui estratégia de prevenção de baixo custo e fácil realização, apesar disso, não se trata de prática aplicada rotineiramente, sendo importante para o diagnóstico precoce. Os CDs não costumam ensinar o autoexame bucal nem o realizam em busca de lesões que possam levar ao desenvolvimento de câncer na prática clínica. O motivo pode estar relacionado ao fato de não saberem fazer, por não o considerar necessário²⁹.

O autoexame bucal é visto como uma boa maneira de levar os pacientes a detectarem cânceres assintomáticos em suas fases iniciais. A mídia poderia ser útil na divulgação dessa prática, mas isso não garantiria um efeito significativo, a longo prazo, na consciência do público³⁰. Entretanto, não há provas suficientes que apoiem ou refutem seu uso como forma de rastreamento³¹.

O programa de educação sobre o câncer bucal aumentou a consciência sobre a patologia em uma população submetida a estudo. No entanto, houve baixa adesão para participar da triagem clínica e procurar tratamento médico. O autoexame bucal poderia ser usado tanto como modalidade de educação em saúde eficaz quanto como ferramenta de detecção precoce, sensibilizando a população de alto risco diante do câncer bucal e de seus fatores de risco, de modo a auxiliar na detecção precoce e na prevenção em países de alta incidência³².

Observou-se que grande parte dos estudos analisados obteve sucesso em campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal associadas a campanhas de vacinação contra a gripe para idosos. Tal êxito esteve vinculado às parcerias firmadas entre secretarias de saúde, universidades, hospitais públicos e particulares e entidades de

classe. Além dessas parcerias, a sistematização dos exames e registros e a capacitação dos profissionais envolvidos foram fortemente apontados como indicadores positivos de sucesso, contribuindo para a resolutividade do cuidado voltado ao câncer bucal e para a redução do número de casos confirmados. Em contrapartida, houve relato da não inclusão da população de risco para o câncer bucal nessas campanhas. Alguns autores sugerem ampliar a estratégia para outros grupos etários e outras regiões do país^{17,25,33}.

Para a redução das taxas de câncer oral, os profissionais devem identificar indivíduos expostos a fatores de risco, bem como orientá-los para a prevenção da patologia¹⁶.

Os programas nacionais de controle de câncer auxiliam os governos no uso dos recursos disponíveis em benefício de toda a população, por meio de intervenções baseadas em evidências, vigilância em saúde e investigação³⁴. O modelo de vigilância em saúde para Doenças e Agravos Não Transmissíveis crônicas (DANT) possibilitou implementar um melhor monitoramento da saúde bucal da população brasileira, aumentando a carga de conhecimento sobre fatores de risco e epidemiológicos, aprimorando o direcionamento da prevenção primária e da promoção da saúde, além de auxiliar a construção de um sistema de informação em saúde bucal³⁵.

Fora do Brasil, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) aprovou uma resolução sobre saúde bucal em 2007, incentivando os Estados-membros a adotar e implementar políticas e estratégias para a saúde bucal no século XXI, também voltada à prevenção e ao controle do câncer bucal³⁴. Nos Estados Unidos da América (EUA), apesar da instituição de programas de rastreio, ainda há dificuldade de adesão por parte da população. Contudo, tais programas foram associados ao aumento da detecção precoce, mas sem melhora do prognóstico de estágios avançados³⁶.

Mesmo após o desenvolvimento do SUS, a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, que aumentou o acesso dos brasileiros à saúde bucal, ainda existem desafios para que tal acesso seja pleno e que a assistência seja de qualidade. A criação dos CEOs é citada como forte aliada nesse sentido pelos estudos, mas mesmo o fato do diagnóstico oral ser 1 das 5 especialidades previstas, há a ressalva de não existir exigência de habilitação específica do profissional que o executa. O cadastramento de domicílios pela Estratégia

A insuficiência da rede de atenção em saúde bucal nos casos de câncer foi apontada como um problema.

Saúde da Família (ESF) também foi apontado como facilitador para a obtenção de informações sobre a prevenção do câncer bucal, a detecção precoce e o encaminhamento de casos suspeitos^{17,26-27,33}.

Os CEOs são uma alternativa válida para complementar as necessidades da população em todo o país e sua distribuição deve ser proporcional ao tamanho da população e às necessidades de saúde bucal de cada região³⁷.

A insuficiência da rede de atenção em saúde bucal nos casos de câncer foi apontada como um problema. Foram sugeridos o aumento do acesso aos serviços odontológicos de qualidade, a criação de fluxos assistenciais fortes e as ações de promoção da saúde, como a divulgação de informações de prevenção^{18,28}.

Além disso, um planejamento participativo das equipes das UBS para o desenvolvimento de ações, bem como o aumento da cobertura de exames bucais de prevenção e detecção da patologia, foi apontado como indicador de resolutividade¹⁹. Considerando a crescente incidência do câncer bucal na população com mais de 60 anos, a incorporação de um exame sistematizado nessa população, como parte da rotina de atendimento na ESF, poderia reduzir a incidência do câncer bucal avançado nessa faixa etária³⁸.

Os médicos generalistas encaminham pacientes com câncer bucal mais rapidamente, porém, os CDs são melhores na identificação do câncer bucal assintomático, além da detecção durante consultas de rotina. A demora no diagnóstico, por parte dos profissionais, deve-se à não realização de exame clínico completo e à falta de familiaridade com a patologia³⁰.

Os atrasos podem ser atribuídos aos profissionais da saúde em casos de erros diagnósticos ou encaminhamentos inadequados ou tardios. Ademais, quando os pacientes são diagnosticados e encaminhados corretamente, pode ocorrer atraso no atendimento terciário por falta de especialistas, laboratórios ou hospitais – tal situação é mais dramática em economias marcadas pela baixa renda²⁶.

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa registra que, em relação às ações públicas de saúde voltadas ao diagnóstico precoce e ao rastreamento do câncer bucal, a maioria dos artigos apontam a necessidade de formação dos profissionais da saúde para o atendimento, combinada ao aumento da oferta de serviços odontológicos de qualidade.

Nessa área, os estudos devem ser mais abrangentes para proporcionar o desenvolvimento de ações efetivas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, minimizam-se os recursos empregados e potencializam-se os resultados de acordo com as metas e os objetivos traçados. Em relação à população, minimizam-se os efeitos deletérios do diagnóstico tardio.

Os sistemas de vigilância em saúde apresentam impacto direto não somente nos carcinomas bucais, mas na saúde bucal da população geral. E, ainda, mostram-se importantes para o planejamento da prevenção primária. Contudo, parece haver desequilíbrio nas ações governamentais, com altos gastos nos tratamentos de estágios avançados e baixos investimentos em ações e pesquisas com foco na prevenção e no controle do câncer bucal.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fabiana Almeida Miranda, Lavínia Oliveira de Araújo, Matheus Ribeiro Melo e Ruth Costa Barbosa contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Antônio Prates Caldeira** contribuiu com a revisão crítica do manuscrito. **Fernanda Piana Santos Lima Oliveira** contribuiu com o delineamento do estudo e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Freire JCP, De Oliveira CR, Câmara AO, Valença AMG, Santiago BM. Incidência de neoplasias malignas orais nas regiões brasileiras e capitais do Nordeste. Arch Health Invest [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Dec 5];6(11):535-9. Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/2274>
3. Domingos PAS, Passalacqua MLC, De Oliveira ALBM. Câncer bucal: um problema de saúde pública. Rev Odontol Univ Cid São Paulo (Online) [serial on the internet]. 2014 [cited 2019 Dec 5];26(1):46-52. Available from: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/285/182>
4. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. Braz J Otorhinolaryngol [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Dec 5];79(2):239-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
5. Bandeira CM, De Almeida AA, Carta CFL, Almeida JD, Tango EK. How to improve the early diagnosis of oral cancer? Braz Dent Sci [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Dec 5];20(4):25-31. Available from: <http://bds.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/1439/1190>
6. Martins Filho PRS, Santos TS, Da Silva LCF, Piva MR. Oral cancer in Brazil: a secular history of public health policies. Rev Gaúch Odontol [serial on the internet]. 2014 [cited 2019 Dec 5];62(2):159-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372014000200159
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.
8. Instituto Nacional de Câncer. Monitoramento das ações de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral. Rio de Janeiro: INCA; 2016. (Informativo Detecção Precoce n. 3).
9. De Souza MT, Da Silva MD, De Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo) [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5];8(1):102-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082010000100102&lng=en&tlng=en
10. Loyola Edeny AT, França Beatriz HS, Moysés Samuel J, Moysés Simone T, Bisinelli Júlio C. Oral cancer, smoking and public health policies in Brazil: a brief review. Applied Cancer Research. 2011; 31(3):102-6
11. Torres-Pereira Cassius C., Angelim-Dias Aldo, Melo Nilce Santos, Lemos Jr. Celso Augusto, Oliveira Eder Magno Ferreira de. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. Cad. Saúde Pública. [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 06]; 28(Suppl): s30-s39. Available from: <http://www.scielo.br/csp/article/view/130001>

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300005&lng=en

12. Almeida Fernanda Campos Sousa de, Cazal Claudia, Pucca Júnior Gilberto Alfredo, Silva Dorival Pedroso da, Frias Antonio Carlos, Araújo Maria Ercília de. Reorganization of secondary and tertiary health care levels: impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo State, Brazil. *Braz. Dent. J.* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 06]; 23(3):241-245. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402012000300010&lng=en

13. Soares Catharina Leite Matos. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Braz. oral res.* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 06]; 26(spe1):94-102. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242012000700014&lng=en

14. Nemoto Renato Paladino, Victorino Alana Asciutti, Pessoa Gregory Bittar, Cunha Laís Lourenção Garcia da, Silva José Antonio Rodrigues da, Kanda Jossi Ledo et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target?. *Braz. j. otorhinolaryngol.* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 06]; 81(1): 44-49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000100044&lng=en

15. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? *Braz Oral Res* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5];24(Suppl1):37-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242010000500007>

16. De Camargo Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M, Chapuis F, Mazuir M, Curado MP. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. *Head Neck* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5];32(3):357-67. Available from: <https://doi.org/10.1002/hed.21193>

17. Martins JS, Abreu SCC, Araújo ME, Bourget MMM, Campos FL, Grigoletto MVD, et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 5];31(3):246-52. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/246-252/pt>

18. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, Santos MP. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 5];21(5):1573-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.10742>

19. Bulgareli JV, Diniz OCCF, Faria ET, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pereira AC. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como

estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Dec 5];18(12):3461-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200003>

20. Silverman S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5];25(3):279-81. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0045-6>

21. Souza JGS, Sá MAB, Popoff DAV. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. *Cad Saúde Colet* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 5];24(2):170-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020250>

22. Friedrich RE. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. *Anticancer Res* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5];30(5):1833-6. Available from: <http://ar.iiarjournals.org/content/30/5/1833.full.pdf>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 128 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_especialidades_saude_bucal.pdf

24. Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenny AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev* (Online) [serial on the internet]. 2013 [cited 2019 Dec 5];(11):CD004150. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004150.pub4>

25. Nemoto RP, Victorino AA, Pessoa GB, Cunha LLG, Silva JAR, Kanda Jossi Ledo, et al. Campanha de prevenção do câncer de boca: estamos atingindo o verdadeiro público-alvo? *Braz J Otorhinolaryngol* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 5];81(1):44-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.03.002>

26. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Jr. CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 5];28(Suppl):s30-s39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>

27. Martins AMEBL, Barreto SM, Santos-Neto PE, Sá

MAB, Souza JGS, Haikal DS, et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 5];20(7):2239-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702239&script=sci_abstract&tlng=pt

28. Martins AMEBL, Souza JGS, Haikal DS, Paula AMB, Ferreira EF, Pordeus IA. Prevalence of oral cancer self-examination among elderly people treated under Brazil's Unified Health System: household health survey. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2015 [cited 2019 Dec 5];20(4):1085-98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00542014>

29. De Brito Souza LR, Ferraz KD, Pereira NS, Martins MV. Conhecimento acerca do câncer bucal e atitudes frente à sua etiologia e prevenção em um grupo de horticultores de Teresina (PI). *Rev Bras Cancerol* (Online) [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 5];58(1):31-9. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/06_artigo_conhecimento_acerca_cancer_bucal_atitudes_frente_etiologia_prevencao_grupo_horticultores_teresina.pdf

30. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5];16(4):333-42. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01642.x>

31. Steele TO, Meyers A. Early detection of premalignant lesions and oral cancer. *Otolaryngol Clin* [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Dec 5];44(1):221-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2010.10.002>

32. Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, RamaIyer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncol* [serial on the internet]. 2011 [cited 2019 Dec 5];47(7):620-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.05.001>

33. Voi PLD, Restini CBA, AL Suzie, Faria Júnior M. Estratégias para resolutividade assertiva da campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal. *Arq Odontol* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 5];52(4):221-30. Available from: <file:///D:/3720-Texto%20do%20artigo-12373-1-10-20170818.pdf>

34. Petersen PE. Oral cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol* [serial on the internet]. 2009 [cited 2019 Dec 5];45(4-5):454-60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.023>

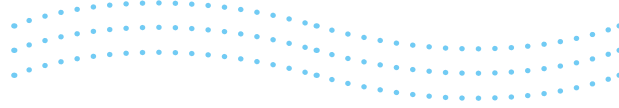
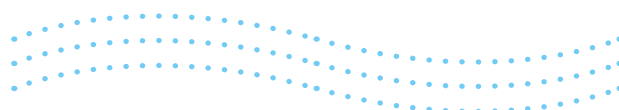
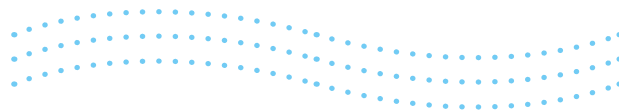
35. Goes PSA, Figueiredo N, Pucca Júnior GA, Moura L.

Vigilância à saúde bucal: a construção de um modelo integrado. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 5];28:S6-S7. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2012001300002&script=sci_arttext

36. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol* [serial on the internet]. 2006 [cited 2019 Dec 5];42(6):551-60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2005.08.006>

37. Pedrazzi V, Dias KRHC, Rode SDM. Oral health in Brazil – Part II: dental specialty centers (CEOs). *Braz Oral Res* [serial on the internet]. 2008 [cited 2019 Dec 5];22 (Suppl 1):18-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242008000500004

38. Teixeira EH, Soares CHA, Tajra FS, Mendes Junior FIR, Pereira RS, Aguiar ASW. Sistema de Informação em Saúde Bucal: proposta permanente de avaliação das ações e serviços de saúde desenvolvidos no Município de Sobral-CE. *Sanare* (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 5];9(1):8-10. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/196>



A GESTÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE EM RELAÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO DE LITERATURA

HEALTH QUALITY MANAGEMENT IN RELATION TO PATIENT SAFETY: LITERATURE REVIEW

LA GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: REVISIÓN DE LITERATURA

João Vitor Teixeira de Sousa ¹Maria Sinara Farias ²**Palavras-chave:***Gestão em Saúde; Segurança do Paciente; Revisão.***Keywords:***Health Management; Patient Safety; Review.***Palabras clave:***Gestión de la Salud; Seguridad del Paciente; Revisión.***Submetido:**

30/05/2019

Aprovado:

28/11/2019

**Autor(a) para
Correspondência:**

João Vitor Teixeira de Sousa
R. Eubia Barroso, 4068
Cruzeiro - Itapipoca (CE)
62504-000
E-mail: joaovitorts11@hotmail.
com

RESUMO

Este artigo descreve, com base na literatura, ações realizadas pelos serviços de saúde em relação à segurança do paciente. Trata-se de revisão de literatura, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Constatou-se que as publicações datavam de 2010 em diante e suas temáticas variam entre investigação da cultura de segurança, relação da segurança do paciente com a prevenção de eventos adversos e avaliação de incidentes, além da tradução de instrumento para avaliação da segurança do paciente. Os estudos ainda se mostram incipientes quanto às contribuições para a gestão, pois, apesar de relatarem a segurança como atributo de qualidade, não há pesquisas in loco que avaliem sua eficácia e efetividade. A análise nos leva à conclusão de que se mostra extremamente relevante discutir tanto a segurança do paciente quanto o gerenciamento dessa segurança, com vistas a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Cabe destacar a necessidade da realização de novos estudos, pois a produção científica sobre esse tema ainda é escassa.

1. Especialista em Gestão de Saúde e Auditoria pelo Instituto Executivo de Formação (IEF). Enfermeiro no Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo (São Camilo Itapipoca). E-mail: joaovitorts11@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8933-6779>

2. Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: sinarafariasbc@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2695-502X>

ABSTRACT

This article describes, based on the literature, actions taken by health services regarding patient safety. This is a literature review, with search in the Virtual Health Library (VHL). It was found that the publications dated from 2010 onwards and their themes range from investigating safety culture, the relationship between patient safety and adverse event prevention, and the incident assessment, besides the translation of an instrument to assess patient safety. The studies still show to be incipient concerning the contributions to management, because, despite reporting safety as a good-quality attribute, there is no on-site research that evaluates its efficiency and effectiveness. The analysis leads us to the conclusion that it is extremely relevant to discuss both patient safety and patient safety management, with a view to contributing to improve health care quality. It is worth highlighting the need for further studies, as the scientific literature on this theme is still scarce.

RESUMEN

Este artículo describe, con base en la literatura, acciones tomadas por los servicios de salud con respecto a la seguridad del paciente. Esta es una revisión de literatura, con búsqueda en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se constató que las publicaciones datan de 2010 en adelante y sus temas van desde la investigación de la cultura de seguridad, la relación entre la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos, y la evaluación de incidentes, además de la traducción de un instrumento para evaluar la seguridad del paciente. Los estudios aún muestran ser incipientes con respecto a las contribuciones a la gestión, porque, a pesar de informaren que la seguridad es un atributo de buena calidad, no hay investigaciones in loco que evalúen su eficiencia y efectividad. El análisis nos lleva a la conclusión de que es extremadamente relevante discutir tanto la seguridad del paciente como la gestión de la seguridad del paciente, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención de salud. Vale la pena destacar la necesidad de más estudios, ya que la literatura científica acerca de este tema aún es escasa.

.....

INTRODUÇÃO

Foi pensando na segurança do paciente, em termos da redução de riscos e agravos, que a Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013, foi instituída pelo Ministério da Saúde. Seu objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e tornar a abordagem tecnicista de segurança algo cultural¹.

A cultura de segurança do paciente engloba 5 características:

1. Cultura na qual todos os trabalhadores, desde os profissionais envolvidos no cuidado até os gestores, assumem a responsabilidade por sua própria segurança e pela segurança de seus colegas e dos pacientes e seus familiares;

2. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

3. Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

4. Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e

5. Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança².

O termo *cultura de segurança do paciente* tem

sido adotado sob a perspectiva de mudar a visão das pessoas sobre a forma de promover o cuidado seguro. É definido como a redução do risco de danos desnecessários associados à saúde, pois, considerando a complexidade dos procedimentos e tratamentos, o risco de danos significativos é real. O princípio dessa abordagem “cultural” é que os eventos adversos ou incidentes não são causados por má vontade das pessoas, mas por sistemas mal desenhados, e produzem resultados negativos perante a assistência prestada. Esse conceito cultural também faz alusão à introdução dos cuidados com segurança, de modo que façam parte do cotidiano dos serviços e que os erros não demandem soluções punitivas, mas agregadoras de conhecimento³.

Avaliar a cultura de segurança é importante para mensurar as condições organizacionais que possam facilitar a ocorrência de danos aos pacientes⁴. Tal avaliação é realizada para diagnosticar o nível de cultura de segurança entre os profissionais da saúde, os riscos de danos aos pacientes e as intervenções relacionadas aos erros, bem como o processo de notificação dos efeitos adversos. Avaliar a segurança do paciente requer envolvimento tanto dos profissionais quanto dos gestores no setor saúde⁵.

É comum que os enfermeiros, por vezes, assumam

cargos na gestão de pessoas e na liderança de programas/sistemas de qualidade hospitalar. No atual cenário do setor saúde, esses profissionais militam pelo atendimento seguro, destacando o trabalho gerencial da enfermagem e demonstrando que esse é um dos alicerces das estratégias de segurança do paciente. Por isso, a articulação entre gerência e estratégias de segurança pode e deve ser investigada⁶.

Diante do exposto, investiga-se a atuação da equipe multiprofissional no que concerne à gestão e implantação de estratégias de segurança do paciente. Tal atuação pode subsidiar o planejamento de ações mais eficazes e efetivas, visando à superação de dificuldades no ambiente de trabalho e à implantação das estratégias de segurança do paciente.

O estudo adotou algumas questões norteadoras:

- O que existe na literatura sobre cultura de segurança do paciente?
- Quais são as ferramentas utilizadas para garantir uma boa adesão aos processos culturais de segurança?
- O que essas publicações dizem aos gestores?

A relevância do estudo se sustenta na necessidade de conhecer o que existe na literatura sobre gestão em saúde e segurança do paciente e como esse processo de procedimentos seguros é implementado dentro dos serviços de saúde.

Os usuários dos serviços de saúde tendem a permanecer em estado de internação, expostos ao uso de inúmeras medicações, passíveis de interações medicamentosas e infecções, devido ao grande número de dispositivos invasivos em uso concomitante, principalmente na área hospitalar, e submetidos a polifarmácia, no âmbito da atenção primária à saúde (APS).

Este artigo descreve, com base na literatura, ações realizadas pelos serviços de saúde em relação à segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo do tipo revisão integrativa. Essa síntese possibilita agregar conhecimentos sobre determinado assunto, como a segurança do paciente, e aponta lacunas que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos, que darão suporte à tomada de decisão do gestor quanto à temática em todos os ambientes, além de viabilizar uma síntese de múltiplos estudos publicados.

Seis fases compõem uma revisão integrativa.

...necessidade de conhecer o que existe na literatura sobre gestão em saúde e segurança do paciente...

Inicialmente, deve-se assimilar o tema e selecionar a hipótese ou questão de pesquisa. Em seguida, deve-se estabelecer os critérios de inclusão e exclusão de estudos. A terceira fase incide na demarcação das informações que serão extraídas dos estudos selecionados. Posteriormente, inicia-se a fase de avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. A quinta fase consiste na interpretação dos resultados. E, por último, procede-se à redação e apresentação da revisão⁷.

As estratégias de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) englobaram as seguintes bases de dados indexadas: a) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); b) Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); e c) Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MedLine).

Adotou-se a seguinte questão de pesquisa:

- Quais ações estão sendo realizadas pelos serviços de saúde em relação à segurança do paciente?

A busca se deu a partir do cruzamento dos descritores “gestão em saúde” e “segurança do paciente”, indexados no vocabulário controlado *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS), separados pelo operador booleano “AND”. Foram listadas 4.777 obras, dentre elas: a) artigos; b) dissertações; e c) teses. Os critérios de inclusão foram: a) textos disponíveis na íntegra; e b) publicações em português (188 obras), tendo como assunto principal a gestão de segurança (43 obras). Já os critérios de exclusão foram: a) textos repetidos; e b) publicações que não se enquadrassem no propósito do estudo (dissertações de mestrado e teses de doutorado). Ao final, foram incluídos 14 artigos (2 indexados na BDENF; 6 na LILACS; 4 na MedLine; e 2 indexados em 2 bases de dados – BDENF e LILACS). Foram excluídos da análise os 2 artigos indexados em 2 bases, por consistirem em revisões de literatura, não suprimindo o caráter primário de estudo. Não se delimitou um período de publicação.

Este estudo teve início em julho de 2018, com a

elaboração do projeto de pesquisa, e findou-se em setembro de 2018, com a redação do relatório de pesquisa, sendo as buscas e a análise realizada em agosto do mesmo ano. A partir das informações obtidas foram elaborados quadros que ilustram os achados de pesquisa.

RESULTADOS

A segurança do paciente e a criação de uma cultura de segurança visam à redução de danos desnecessários e evitáveis aos pacientes durante a assistência à saúde. Essa discussão sobre segurança do paciente vem tomando grandes proporções desde a criação de políticas voltadas à temática, desenvolvidas inicialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Portanto, trata-se de uma questão discutida mundialmente que tem gerado mudanças e instigado uma busca frequente e contínua pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde, como mostra o Quadro 1. O ano de publicação dos artigos confirma a relativa “juventude” dessa temática.

Quadro 1 – Artigos selecionados por ano de publicação. Sobral, 2018.

	Título	Ano
E1	Cultura de segurança do paciente em hospital privado ¹⁰	2018
E2	Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão ⁵	2018
E3	Fatores facilitadores na implantação das estratégias de segurança do paciente: estudo descritivo-exploratório ⁹	2017
E4	O enfermeiro: líder no gerenciamento de risco para prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer ¹²	2016
E5	Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil ¹³	2016
E6	Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe ¹⁴	2016
E7	Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente ¹⁵	2016
E8	Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro ¹⁶	2014
E9	Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem ¹⁷	2012
E10	Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental ²⁰	2011
E11	Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem ¹⁸	2010
E12	Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem ¹⁹	2010

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como mostra o Quadro 2, dentre os 12 artigos analisados, temos: a) estudos descritivos (3); b) estudos transversais (4); c) estudo convergente assistencial (1); d) estudo metodológico (1); e) estudo avaliativo (1); f) estudo experimental (1); e g) relato de experiência (1).

O Quadro 2 ilustra a qualidade das publicações, as tipologias de estudo e seus principais objetivos, facilitando a compreensão do objeto em análise.

Quadro 2 – Distribuição dos dados de identificação dos artigos. Sobral, 2018.

N	Ano	Periódico	Qualis	Autores	Objetivos	Tipo de estudo
E1	2018	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	B2	Golle, Ciotti, Herr, Aozane, Schmidts, Kolankiewicz	Avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem, atuantes em um hospital privado, acerca do clima de segurança.	Estudo transversal
E2	2018	Ciência & Saúde Coletiva	B1	Andrade, Lopes, Souza Filho, Vieira Junior, Farias, Santos, et al.	Avaliar a cultura de segurança do paciente e fatores associados em hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão: federal, estadual e privado.	Estudo observacional, transversal, com abordagem analítica
E3	2017	Online Brazilian Journal of Nursing	B1	Oliveira, Reis, Souza, Costa, Valera, Matsuda	Investigar, na perspectiva de enfermeiros gestores, os meios/fatores que facilitam o processo de implantação de estratégias de segurança do paciente.	Estudo descritivo-exploratório, quantitativo
E4	2016	Cogitare Enfermagem	B1	Sanhudo, Moreira	Elaborar estratégias de liderança em enfermagem voltadas à incorporação de medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde em pacientes com câncer.	Estudo convergente assistencial
E5	2016	Cadernos de Saúde Pública	A2	Gama, Saturno-Hernández, Ribeiro, Freitas, Medeiros, Batista, et al.	Desenvolver e validar indicadores de boas práticas de segurança do paciente para o contexto brasileiro.	Relato de experiência
E6	2016	Revista de Saúde Pública	A2	Silva, Peduzzi, Sangaleti, Silva, Agreli, West, et al.	Adaptar e validar a escala "Team Climate Inventory", de medida do clima de trabalho em equipe, para o idioma português, no contexto da atenção primária à saúde no Brasil.	Estudo metodológico
E7	2016	Cogitare Enfermagem	B1	Serra, Barbieri, Cheade	Conhecer a situação dos hospitais de referência quanto ao uso de normas e protocolos sobre segurança do paciente diante da implantação da respectiva política nacional.	Estudo transversal

N	Ano	Periódico	Qualis	Autores	Objetivos	Tipo de estudo
E8	2014	Revista Enfermagem UERJ	B1	Souza, Silva	Analisar, com base nas informações obtidas com os gerentes de risco, as iniciativas implementadas para garantir a segurança do paciente.	Estudo exploratório-descritivo
E9	2012	Acta Paulista de Enfermagem	A2	Rigobello, Carvalho, Cassiani, Galon, Capucho, Deus	Avaliar a percepção do clima de segurança dos profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médicas e cirúrgicas de um hospital de ensino.	Estudo transversal, descritivo, quantitativo
E10	2011	Online Brazilian Journal of Nursing	B1	Silva, Barreiro Filho, Santos, Nascimento	Associar a estratégia de sensibilização dos profissionais associados à Rede Sentinela ao aumento de notificações de eventos adversos.	Estudo quase experimental
E11	2010	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	Paiva, Paiva, Berti	Analisar a utilização desse instrumento de comunicação e identificar: frequência, tipo, natureza e período dos incidentes/eventos adversos.	Estudo retrospectivo e descritivo
E12	2010	Revista Latino-Americana de Enfermagem	A1	Ques, Montoro, Gonzalez	Identificar barreiras e oportunidades que os profissionais detectam na prática clínica para o desenvolvimento da cultura de segurança dos pacientes.	Pesquisa avaliativa

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação à temática dos artigos, 7 faziam menção à investigação e avaliação da cultura de segurança do paciente; os demais versavam entre segurança do paciente associado a prevenção de eventos adversos e avaliação de incidentes, gerenciamento de risco, exceto 2 estudos, que tratavam da validação de indicadores de segurança do paciente, que auxiliam no gerenciamento de tal segurança.

DISCUSSÃO

A liderança no setor saúde é a chave para o desenvolvimento da segurança do paciente como cultura. Com o líder, os demais profissionais tendem a desenvolver métodos e estratégias de promoção do cuidado que sejam seguros para o paciente e para quem os aplica, além de sua alta qualidade. O gerenciamento dos setores quanto à segurança do paciente traz maior seguridade e promove um ambiente adequado, longe da cultura da não notificação e da punição severa aos erros, já hegemônica e sustentada em várias instituições de saúde⁸.

Fatores como carga de trabalho alta, equipe reduzida, problemas de comunicação entre os membros da equipe, falta de insumos necessários à realização de procedimentos e falta de apoio gerencial constituem fatores desencadeantes de uma assistência insegura e de baixa qualidade. Para uma cultura de segurança do paciente eficaz e realmente levada a sério, mostra-se indispensável o trabalho em equipe; para que isso ocorra, faz-se necessário o apoio de quem gerencia o setor, com um olhar voltado ao entendimento de que a segurança leva à excelência⁸.

A liderança dentro da equipe engloba a capacidade de dirigir, coordenar e avaliar a performance dos membros que a compõem, além de atribuir tarefas e promover educação continuada, a fim de motivar os integrantes a organizarem e estabelecerem uma atmosfera positiva dentro do local de trabalho⁹.

Nesse contexto, vale destacar que os serviços de saúde contemporâneos levam os profissionais a realizar uma grande quantidade de atividades, muitas vezes sob pressões de tempo e frequente escassez de recursos. Ao contrário das falhas ativas, que muitas vezes são difíceis de prever, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas de modo preventivo quando há gerenciamento de risco proativo e não reativo. Nesse caso, é essencial migrar de uma cultura punitiva para métodos de aprendizagem que levam à abertura de comunicação, possibilitando que os profissionais falem de modo aberto sobre os erros que podem afetar significativamente o paciente^{8,10}.

Levando em consideração o parágrafo anterior, um estudo transversal publicado em 2018 evidenciou distância entre a gerência de enfermagem e a gerência hospitalar em relação aos trabalhadores *in loco*. Isso mostra a necessidade de ampliar o olhar da gestão, com o intuito de melhorar os indicadores de segurança do paciente e, por consequência, obter mudanças culturais que podem vir a favorecer a assistência à saúde, tornando-a mais segura e fortalecendo o vínculo entre os profissionais¹⁰.

Em outro estudo, publicado em 2018, foram pesquisados 3 tipos diferentes de gerência – em hospitais: a) federais; b) estaduais; e c) privados. Evidenciou-se que as áreas prioritárias para ações que visem à melhoria da cultura de segurança devem focar as dimensões “Frequência de eventos notificados”, “Percepção de segurança”, “Feedback e comunicação sobre os erros”, “Resposta não punitiva para erros”, “Dimensionamento de pessoal”, “Trabalho em equipe entre unidades” e “Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços”. Essas foram as áreas em que ocorreram os menores percentuais de respostas positivas quando se analisou o agregado de hospitais, nas 3 esferas estudadas⁵.

Em um estudo semelhante, que investigou a atuação do enfermeiro como gestor em quatro hospitais distintos, foi demonstrado e afirmado pelos sujeitos de pesquisa que o apoio da alta gestão hospitalar é um facilitador da implantação de estratégias de cuidado seguro. Isso é importante porque, quando a direção/

*...o apoio
da alta gestão
hospitalar é um
facilitador da
implantação de
estratégias de cuidado
seguro...*

gestão organizacional demonstra compromisso com a qualidade da assistência prestada, a implementação de intervenções passa a ser mais fácil. Nesse cenário da gestão hospitalar, sabe-se que, muitos hospitais ainda são geridos de modo arcaico, sendo os modelos de gestão, centralizados, aquilo que dificulta a comunicação e, conseqüentemente, a efetivação de melhorias e mudanças nos processos de atendimento. Com isso, deve-se englobar as necessidades organizacionais, a segurança do paciente como um bem desejável a ser gerenciado⁹.

Dentro do contexto de segurança, a equipe de enfermagem é responsável por contribuir com métodos educacionais e reeducacionais, para que se desenvolva o senso de cultura, como a identificação erros, que não levem a punições, mas ao amparo ao refinamento da segurança do paciente. A enfermagem desenvolve um papel importante na oferta de assistência segura e eficaz, sendo que se encontra 24 horas por dia com o paciente, tornando-se responsável por identificar e registrar os eventos adversos, expondo aos demais membros e profissionais da equipe a importância de desenvolver um ambiente seguro para todos, sejam profissionais ou pacientes¹¹.

Em uma pesquisa realizada com enfermeiros gerentes de unidades oncológicas, verificou-se que as estratégias de liderança devem ser implementadas em todos os setores do hospital, porém, existem os locais prioritários para a implementação dessa liderança/gerência. Eles trazem que muitos enfermeiros ficam sobrecarregados ao assumir outros setores concomitantemente, por isso, deixam de acompanhar o trabalho em equipe da maneira correta ou como gostariam. Essa situação aponta uma reflexão sobre a relação do dimensionamento de pessoal com a demanda de serviços dentro do setor. E, novamente, engloba a gestão, onde se mostra necessário um olhar voltado ao preenchimento ou à criação de vagas, que são supridas de forma

sobrecarregada pelos profissionais já existentes, sem que tenham acréscimos de remuneração por tal feito¹².

Métodos já vêm sendo criados com a intenção de qualificar e proporcionar suporte ao gerenciamento da segurança do paciente. Indicadores já validados contribuem para a gestão da segurança do paciente, assim como instrumentos validados para avaliação da cultura de segurança do paciente, e apresentam validade, confiabilidade, viabilidade e potencial utilidade para o enfrentamento de riscos assistenciais. Com o novo conceito de segurança do paciente, mencionado como algo cultural, é de grande importância a presença de medidas de diminuição do risco de dano, prevenindo-o e usando abordagens inovadoras quanto à ocorrência de um possível incidente. Indicadores e instrumentos de avaliação têm potencial para ser incorporados às políticas públicas, porém, ainda são escassos, o que dificulta o monitoramento, com a perspectiva de avaliar as práticas seguras¹³⁻¹⁴.

Em um estudo realizado em 2016, foi levada em questão a ótica organizacional, bem como o desenvolvimento e a implementação de protocolos que afirmam medidas tomadas em relação à redução de gastos excessivos que, em caso contrário, poderiam constituir recursos investidos em setores como infraestrutura, apoio às compras hospitalares e reposição de almoxarifado, melhorando a distribuição de insumos dentro dos serviços e garantindo uma melhora na eficiência institucional como um todo. A segurança do paciente deve ser vista como um ecossistema, onde os serviços de apoio, a infraestrutura e as tecnologias, devem apoiar deliberadamente os processos de trabalho, contribuindo para o melhor gerenciamento da assistência e, consequentemente, uma melhora da qualidade do serviço. Fica posto neste estudo que os hospitais que almejam chegar a zero ocorrência de eventos adversos devem abraçar políticas de integração, que cerquem toda o corpo hospitalar, trabalhando efetivamente a mudança da cultura – eis o papel primordial da gestão, implantar tal cultura de modo eficaz e sem comprometer a integridade dos profissionais¹⁵.

As iniciativas tomadas em alguns hospitais do Rio de Janeiro incluem a identificação do paciente e a assistência limpa e constatou-se que os gerentes hospitalares desenvolvem ações intrainstitucionais, quais sejam: a) cursos para suporte de educação continuada; b) orientações da comissão de controle

A segurança do paciente deve ser vista como um ecossistema...

de infecções hospitalares; c) elaboração de protocolos; d) *folders*; e) manuais; e f) e *check-list* de cirurgia segura. Os gerentes informaram, ainda, que adotam o método de educação continuada como uma estratégia de disseminação de conhecimento, para que seja fortalecida a segurança do paciente de modo contextualizado no ambiente hospitalar e, ainda mais importante, que essa segurança seja cultural¹⁶.

Contrapondo-se ao exposto, realizou-se uma pesquisa em 2016 com enfermeiros de São Paulo sobre a percepção da segurança do paciente, porém, constatou-se baixo nível de escores de respostas positivas em relação à percepção desses profissionais quanto à gerência hospitalar e estes últimos, segundo os enfermeiros, mantêm-se distantes da equipe de enfermagem, sendo hierárquica a debilidade do diálogo. Verificou-se que as falhas na segurança do paciente, neste estudo, resultam em sua grande maioria em ações punitivas para o profissional, o que torna o assunto de difícil discussão, fazendo com que a segurança como cultura fique em segundo plano, o que não traz as melhorias necessárias à saúde e à redução de riscos ao paciente¹⁷.

Vale lembrar que as ações de educação em saúde e educação continuada se mantenham no topo das ações primordiais para a organização e no início de uma abordagem cultural em relação à segurança do paciente. Cartazes, folhetos e palestras são fatores contribuintes para o aumento do número de notificações de eventos adversos, aumentando a possibilidade de maior controle sobre as ocorrências do serviço pelo gestor e possibilitando a correção desses erros de modo sábio, sem a necessidade de punições individuais, tendo como base treinamentos e exposições coletivas¹⁸⁻¹⁹.

Final, introduzir práticas de qualificação dos serviços, com ênfase em uma cultura organizacional, não é algo rápido; trata-se de um processo lento, que requer apoio de vários setores (como saúde e educação), onde possa haver maior incentivo do Sistema Único de Saúde (SUS) à formação para

a saúde e à visão cultural dos processos, seja em termos de qualidade, segurança ou humanização.

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta evidências científicas sobre a temática segurança do paciente, indo da abordagem de conteúdos de natureza avaliativa até medidas preventivas e aspectos culturais pertinentes.

Também se observou a ausência de produções científicas voltadas integralmente à gerência de risco ao paciente, tendo como ênfase a abordagem cultural, o que pode ser apontado como uma limitação deste estudo.

Nesse contexto, muitos espaços vazios de conhecimentos perpassam o estudo do tema, como poucas informações sobre cultura de segurança entre os profissionais, visto que o termo é relativamente novo, fazendo com que haja, ainda, escassez de estratégias de abordagem e sensibilização diante dos instrumentos de investigação de fácil acesso, impossibilitando a alta gestão de tomar decisões baseadas nessas evidências, tendo em vista a baixa quantidade de estudos avaliativos com uma avaliação mais qualificada e resolutiva.

Almeja-se que este estudo estimule a realização de novas pesquisas sobre a cultura de segurança do paciente e o gerenciamento dessa segurança, para que possam ser criadas novas estratégias de sensibilização e divulgação da temática, promovendo práticas mais eficientes entre os profissionais em todos os âmbitos do setor saúde e a consequente qualificação dos serviços.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

João Vitor Teixeira de Sousa contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Maria Sinara Farias** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
2. Brasil. Portaria MS/GM n. 529, de 1º de abril de 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
3. Leape LL. Errors in medicine. Clin Chim Acta. 2009;(404):2-5.
4. Brasil. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2014. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
5. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Junior RF, Farias LC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(1):161-72.
6. Oliveira AM, Rodrigues VAV, Passerini JP, Pedreiro PBZ, Minto BA. Queixas técnicas e reações adversas a medicamentos notificadas em um hospital regional no Brasil: um estudo transversal. ABCS Health Sci [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Dec 16];43(1):25-9. Available from: <file:///D:/1015-2602-1-PB.pdf>
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm [serial on the internet]. 2008 [cited 2019 Dec 16];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
8. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVC, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Dec 16];(8):2600. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>
9. Oliveira JLC, Reis GAX, Souza VS, Costa MAR, Valera IMA, Matsuda LM. Fatores facilitadores na implantação das estratégias de segurança do paciente: estudo descritivo-exploratório. Online Braz J Nurs [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Dec 16];16(2):108-18. Available from: http://objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/5515/pdf_2
10. Golle L, Ciotti D, Herr GEG, Aozane F, Schmidts CR, Kolankiewicz AC. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [serial on the internet]. 2018 [cited 2019 Dec 16];10(1):85-9. Available from: <file:///D:/5980-34289-3-PB.pdf>
11. Miranda AP, Carvalho AKO, Lopes AA, Oliveira VRC, Carvalho PMG, Carvalho HEF. Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2019 Dec 16];16(1):109-17. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1101/612>

12. Sanhudo NF, Moreira MC. O enfermeiro: líder no gerenciamento de risco para prevenção e controle de infecções em pacientes com câncer. *Cogitare Enferm* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 16];21(3):1-9. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45590>

13. Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ, Ribeiro DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 16];32(9):e00026215. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00026215.pdf>

14. Silva MC, Peduzzi M, Sangaleti CT, Silva D, Agreli HF, West MA, et al. Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. *Rev Saúde Pública* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 16];22(50):1-10. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006484.pdf

15. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do núcleo de segurança do paciente. *Cogitare Enferm* [serial on the internet]. 2016 [cited 2019 Dec 16];21(1):1-9. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925/pdf>

16. Souza RFF, Silva LD. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Enferm UERJ* [serial on the internet]. 2014 [cited 2019 Dec 16];22(1):22-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11399/8972>

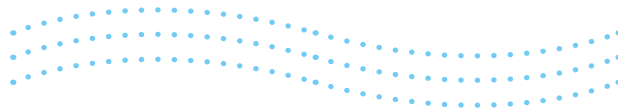
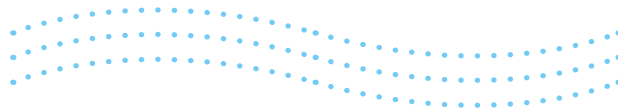
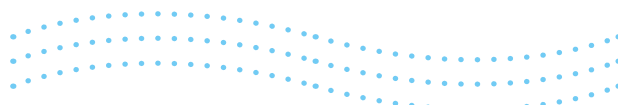
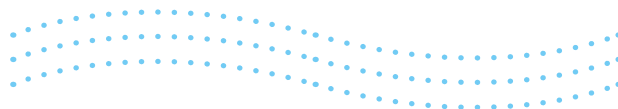
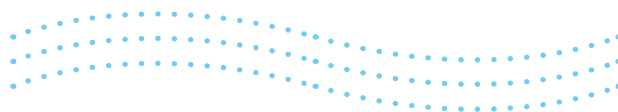
17. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2019 Dec 16];25(5):728-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n5/13.pdf>

18. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 16];44(2):287-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>

19. Ques AAM, Montoro CH, Gonzalez MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2010 [cited 2019 Dec 16];18(3). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf

20. Silva RFA, Barreiro Filho RD, Santos M, Nascimento MAL. Estratégia educacional como contribuinte ao

gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental. *Online Braz J Nurs*. 2011;10(1):1-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3221.1/html>



EMPREENDEDORISMO E A GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: PERFIL BIBLIOMÉTRICO

ENTREPRENEURSHIP AND THE MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH POLICIES: A BIBLIOMETRIC PROFILE

EMPRENDIMIENTO Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA: PERFIL BIBLIOMÉTRICO

Maria da Conceição Coelho Brito ¹

Lucilane Maria Sales da Silva ²

Raimundo Augusto Martins Torres ³

Paloma de Vasconcelos Rodrigues ⁴

Palavras-chave:

Política de Saúde; Organização e administração; Inovação organizacional.

Keywords:

Health Policy; Organization and Administration; Organizational Innovation.

Palabras clave:

Política de Salud; Organización y administración; Innovación organizacional.

Submetido:

25/08/2019

Aprovado:

05/11/2019

Autor(a) para Correspondência:

*Maria da Conceição Coelho Brito
Universidade Estadual do Ceará
Rua Vereador Domício Pereira,
Nº 758, Bairro Boa Vizinhaça,
CEP:62053-765
E-mail: marycey@hotmail.com*

RESUMO

Objetiva-se caracterizar as teses e dissertações que articulam o empreendedorismo como uma estratégia de gestão das políticas públicas de saúde. Estudo exploratório realizado nas teses e dissertações do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, em novembro de 2017, utilizando a expressão de busca "empreendedorismo" e sem recorte temporal. Identificaram-se 2856 teses e dissertações, sendo selecionadas 163. O tratamento dos dados desse estudo ocorreu com base nos dados de identificação e dos resumos das teses e dissertações selecionadas. As produções foram 132 dissertações e 31 teses, distribuídas entre os anos de 1999 a 2017. Das 132 dissertações, 60 se concentram na área interdisciplinar e 48, na administração; as teses também se concentram nessas áreas, sendo 16 na interdisciplinar e 10 na administração. Identificou-se uma assimetria das produções tanto com relação a instituição envolvida, como com a quantidade de teses e dissertações produzidas. Das 38 instituições, 15 localizavam-se na região Sudeste e das 163 produções, 76 foram desenvolvidas no Sul do país. É necessária a realização de estudos que problematizem o empreendedorismo como importante para a saúde e as profissões nela inseridas e ainda que defendam a gestão de políticas públicas na saúde empreendedora.

1. Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: marycey@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-3484-9876

2. Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br. Orcid: 0000-0002-3850-8753

3. Enfermeiro. Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: augustomtorres70@gmail.com. Orcid: 0000-0002-8114-4190

4. Enfermeira. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: palomavasconcelos@hotmail.com. Orcid: 0000-0003-0066-1485

ABSTRACT

The goal is to characterize the theses and dissertations involving entrepreneurship as a strategy for the management of public health policies. Exploratory study carried out in theses and Dissertations Theses database the Coordination of Improvement of Higher Level Personnel, in november 2017, using the term "entrepreneurship" and without temporal. 2856 were theses and dissertations, being selected 217. The treatment of data in this study occurred on the basis of identification data and summaries of selected theses and dissertations. The productions were 132 dissertations and theses 31, distributed between the years of 1999 to 2017. Of the 132 dissertations, focus on interdisciplinary area 60 and 48, administration; the thesis also focused on these areas, being 16 in interdisciplinary and 10 in the administration. Identified an asymmetry of production both with respect to institutions involved, how many theses and dissertations produced. Of the 38 institutions, 15 were located in the Southeast region and the 163 theses and dissertations, 76 were developed in the South of the country. There is a need for further studies that problematize the entrepreneurship as important to health and professions it inserted and still defend the management of public health policy entrepreneur.

RESUMEN

El objetivo es caracterizar las tesis y disertaciones que articulan el emprendimiento como una estrategia para gestionar las políticas de salud pública. Estudio exploratorio realizado en las tesis del Banco de Tesis y las tesis de la Coordinación para la Mejora del Personal de Educación Superior, en noviembre de 2017, utilizando la expresión de búsqueda "emprendimiento" y sin un marco temporal. Se identificaron un total de 2856 tesis y disertaciones, y se seleccionaron 163. El tratamiento de los datos de este estudio se basó en los datos de identificación y resúmenes de las tesis y disertaciones seleccionadas. Las producciones fueron 132 disertaciones y 31 tesis, distribuidas entre 1999 y 2017. De las 132 disertaciones, 60 se enfocan en el área interdisciplinaria y 48 en la administración; Las tesis también se centran en estas áreas, 16 en interdisciplinaria y 10 en administración. Se identificó una asimetría de las producciones en relación con la institución involucrada, así como la cantidad de tesis y disertaciones producidas. De las 38 instituciones, 15 estaban ubicadas en el sudeste y de 163 producciones, 76 se desarrollaron en el sur del país. Es necesario realizar estudios que problematicen el emprendimiento como algo importante para la salud y las profesiones insertadas en él e incluso defender la gestión de las políticas públicas en salud empresarial.

.....

INTRODUÇÃO

As políticas públicas podem ser compreendidas de acordo com a forma que o Estado age para reduzir os conflitos e desigualdades que surgem na sociedade, contribuindo para a efetivação dos direitos fundamentais e do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Assim, a implantação de políticas públicas na saúde objetiva efetivar o direito à saúde, diminuir o número de doenças de grave risco, ofertar o acesso igualitário e universal à saúde e a promoção de políticas preventivas e de recuperação ao direito à saúde¹.

No Brasil, a política de saúde pública está consolidada, desde a Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde (SUS). Produto da luta do movimento da reforma sanitária brasileira, o SUS se instituiu no contexto de redemocratização do Brasil e na contramão das propostas hegemônicas de organização de sistemas de saúde focalizados vigentes nos anos oitenta. No SUS, a saúde é um direito universal e uma proposta de mudança

profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde, por meio de ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação².

O desafio posto pelo SUS é de que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las. Para isso, a gestão das políticas públicas promove maior interlocução entre atores e organizações que, uma vez reunidos em diferentes espaços de interesse público, podem viabilizar processos participativos e democráticos na relação entre governo e sociedade civil³.

Nessa direção, adentra-se ao empreendedorismo como uma potente estratégia de gestão, uma vez que colabora para o desenvolvimento de um espírito inquieto na busca por soluções adequadas ao problema enfrentado, aliando-se à presença de um ambiente multidisciplinar e da socialização de novas práticas de trabalho. No cenário político,

econômico e tecnológico, os profissionais de modo geral são chamados a inovar, (re)criar e transformar as práticas profissionais, por meio de práticas inovadoras nas diferentes áreas do conhecimento⁴. Desse modo, o empreendedor se utiliza de processos inovadores à sua capacidade de formação de redes de contato e à sua utilização, planejam; sabem fixar metas e alcançá-las⁵.

Ser empreendedor significa ter a necessidade de realizar coisas novas e, ao mesmo tempo, pôr em prática ideias já existentes, de forma inovadora, visando a solução de problemas. O indivíduo empreendedor manifesta suas atitudes mediante determinado tipo de pensamento e ação, ou seja, seu pensamento varia de acordo com o modo de enxergar e entender o mundo, e ação enquanto comportamento manifesto, decorrente do primeiro aspecto⁶.

É, nesse contexto, que se reconhece a importância em desenvolver um modelo de gestão empreendedora na saúde, aspecto que suscita o estabelecimento de discussões sobre o empreendedorismo, seu papel na saúde e suas repercussões no âmbito da saúde coletiva⁷. Pois, ainda é limitada a literatura ao explorar o empreendedorismo e seus caminhos para a inovação em saúde⁸.

Considerando isso, propõe-se o objetivo de caracterizar as teses e dissertações que articulam o empreendedorismo como uma estratégia de gestão das políticas públicas de saúde.

METODOLOGIA

Estudo exploratório realizado a partir das teses e dissertações disponíveis no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O levantamento das produções ocorreu em novembro de 2017, utilizando como termo de busca “empreendedorismo” e sem recorte temporal.

Na busca, inicialmente, identificaram-se 2856 teses e dissertações. Foram utilizados filtros referentes às áreas de conhecimento, concentração e de avaliação das teses e dissertações segundo a CAPES. Com relação às áreas de conhecimento, seis foram as selecionadas considerando o objetivo do estudo, a saber: administração (1441), administração pública (23), enfermagem (8), interdisciplinar (103), políticas públicas (2) e saúde coletiva (3), resultando em 1580 teses e dissertações.

Considerando a ampla quantidade de teses e dissertações vinculadas à área de concentração

“administração” e o alinhamento ao objetivo do estudo, optou-se por refinar a busca nessa área. Aplicou-se o filtro “administração pública e de empresas” na área de avaliação, resultando em 581 teses e dissertações. A essas submeteram-se a filtragem por áreas de concentração, resultando em 78 teses e dissertações.

As demais áreas do conhecimento foram exploradas em sua completude, o que resultou em 217 teses e dissertações elegíveis para compor o estudo. Dessas, excluíram-se 54 produções por repetição e indisponibilidade de acesso ao texto completo. Assim, 163 (132 dissertações e 31 teses) compuseram, ao final, as produções selecionadas nesse estudo.

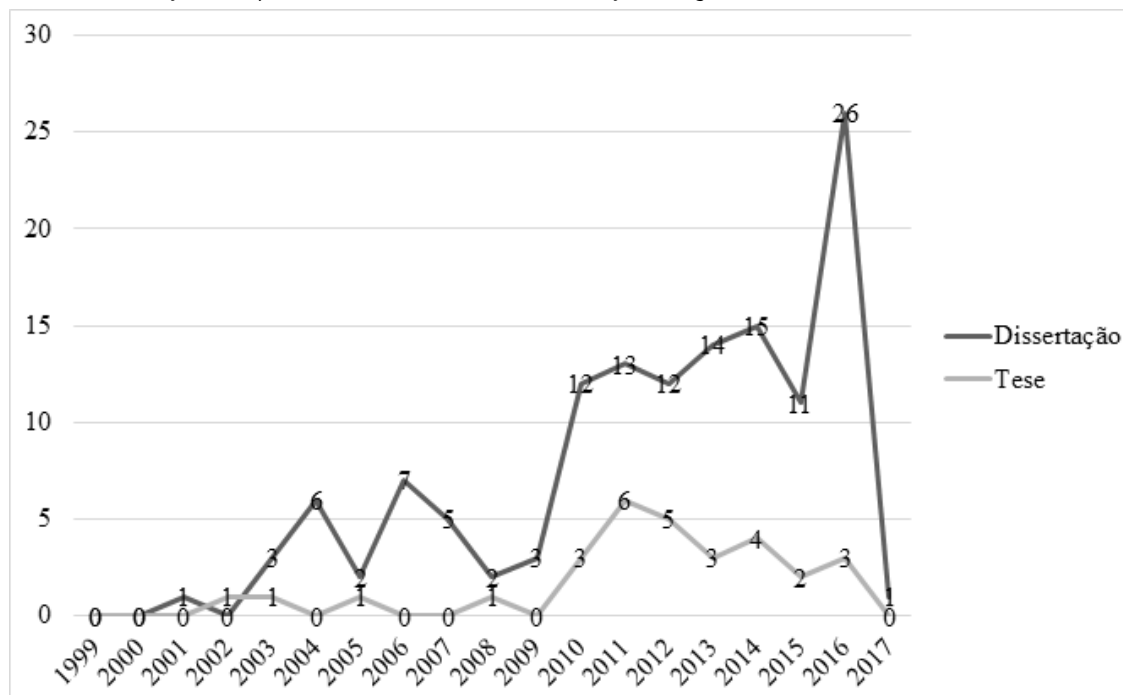
Com base nos dados de identificação e dos resumos das teses e dissertações selecionadas, traçaram-se as características analisadas nos resultados: distribuição das teses e dissertações selecionadas nos anos pesquisados; quais regiões do país desenvolveram os estudos; quais universidades e programas de pós-graduação envolveram-se no desenvolvimento dos estudos; em quais níveis de pós-graduação esses estudos foram realizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionadas 163 produções no banco da CAPES. Desse total, 132 eram dissertações e 31, teses. A Figura 1 apresenta as teses e dissertações distribuídas considerando o ano.

*O indivíduo
empreendedor
manifesta suas
atitudes mediante
determinado tipo de
pensamento e ação...*

Figura 1 – Distribuição da quantidade de teses e dissertações segundo ano. Fortaleza, 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O grande salto das pós-graduações no Brasil na década de 60, ocorreu com o Parecer nº 977 de 3 de dezembro de 1965, do Conselho Federal de Educação (CFE), conhecido como Parecer Sucupira, que estruturou o mestrado e o doutorado nas instituições de ensino superior do país⁹. Em mais de 40 anos, a pós-graduação brasileira passou de 699 cursos em 1976, para cerca de 6131 em 2016¹⁰. Este aumento significativo demonstra a abertura para novas áreas do conhecimento no campo científico e para a interação entre elas.

O movimento “multi” possibilita a integração e diversificação das discussões no âmbito da saúde, na busca pela superação da perspectiva interdisciplinar. Com isso, o empreendedorismo, em suas diversas formas, é um dos temas em expansão no ambiente acadêmico, sob a influência da economia vigente e da valorização de práticas inovadoras¹¹.

O empreendedorismo começou a surgir no Brasil na década de 90, um movimento que, possivelmente, foi fortalecido pela criação de entidades como o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) e a Sociedade Brasileira para Exportação de Software (SOFTEX). A procura por iniciativas empreendedoras foram se intensificando e isso, certamente, provocou inquietações e necessidades de analisar o papel e a potência do empreendedorismo para a sociedade brasileira¹².

A Figura 2 apresenta os movimentos discretos de discussões sobre o empreendedorismo. Foi em 2010 que as produções sobre essa temática se tornaram mais expressivas, com 15 estudos (3 teses e 12 dissertações), com poucas variações até alcançar seu quantitativo mais expressivo, em 2016, com 29 estudos (3 teses e 26 dissertações).

A ciência empreendedora, como assim é tratada em estudo desenvolvido no Canadá¹³, apresenta dimensões que transitam em diversas áreas do conhecimento, sendo fortemente vinculada a área da administração. Infere-se estar associada a uma visão do empreendedorismo como um fenômeno individual, ligado à criação de empresas, e a um fenômeno social que pode levar o indivíduo ou uma comunidade a desenvolver capacidades de solucionar problemas¹⁴.

O exposto permite compreender a distribuição das teses e dissertações por áreas de conhecimento, verificando uma frequência significativa nas áreas interdisciplinar e administração, 76 (46,6%) e 58 (35,6%), respectivamente (Tabela 1). O perfil empreendedor incita reflexões que perpassam múltiplas áreas e perspectivas profissionais que, além de articular ciências, ainda demanda características específicas da administração.

Tabela 1 – Distribuição das áreas de conhecimento das teses e dissertações segundo ano. Fortaleza, 2017.

Ano	Enfermagem		Administração		Administração pública		Interdisciplinar		Políticas Públicas		Saúde Coletiva	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1999	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
2000	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
2001	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,61%	0	0%	0	0%
2002	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,61%
2003	0	0%	0	0%	0	0%	4	2,45%	0	0%	0	0%
2004	0	0%	0	0%	0	0%	6	3,68%	0	0%	0	0%
2005	0	0%	0	0%	0	0%	3	1,84%	0	0%	0	0%
2006	0	0%	0	0%	0	0%	7	4,29%	0	0%	0	0%
2007	0	0%	0	0%	0	0%	5	3,06%	0	0%	0	0%
2008	1	0,61%	0	0%	2	1,23%	0	0%	0	0%	0	0%
2009	0	0%	0	0%	3	1,84%	0	0%	0	0%	0	0%
2010	0	0%	0	0%	0	0%	15	9,20%	0	0%	0	0%
2011	0	0%	0	0%	0	0%	19	11,65%	0	0%	0	0%
2012	1	0,61%	0	0%	0	0%	16	9,81%	0	0%	0	0%
2013	1	0,61%	14	8,59%	1	0,61%	0	0%	1	0,61%	0	0%
2014	1	0,61%	11	6,75%	5	3,06%	0	0%	1	0,61%	1	0,61%
2015	2	1,23%	7	4,30%	4	2,45%	0	0%	0	0%	0	0%
2016	1	0,61%	26	15,95%	2	1,23%	0	0%	0	0%	0	0%
2017	0	0%	0	0%	1	0,61%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	7	4,28%	58	35,59%	18	11,03%	76	46,59%	2	1,22%	2	1,22%

Fonte: elaborado pelos autores.

Reconhece-se o empreendedor como aquele que agrega valor às atividades desenvolvidas, preocupando-se com a gestão de recursos e com os conceitos de eficiência e eficácia¹⁵. Isso atrela ao empreendedorismo características importantes que favorecem uma gestão de políticas públicas de saúde valorativa e que se transforma em meio às necessidades de indivíduos e coletividades.

Na Tabela 1 verifica-se maior frequência de teses e dissertações na área da administração no ano de 2016 (26, 44,8%). Em 2011 e 2012 houve a maior ocorrência de produções na área interdisciplinar, com quantitativos de 19 e 16, 25% e 21,05%, respectivamente.

Por ser uma ciência vinculada, essencialmente, à administração é que se justifica a maior concentração de discussões nessa área. Considerando as áreas de administração e administração pública, as produções sobre o empreendedorismo tornaram-se mais expressivas de 2012 a 2016. Contudo, a partir de 2001, observou-se a incidência de teses e dissertações na área interdisciplinar, demonstrando a multidisciplinaridade do tema empreendedorismo.

Um aspecto que chama a atenção é o fato da área da Enfermagem, no decorrer dos 19 anos incluídos nessa busca, apresentar poucas discussões sobre o assunto, com sete (7) produções. A reflexão é pertinente, especialmente, pela enfermagem estar, frequentemente, inserida em espaços de gestão e de tomada de decisão.

A enfermagem vem ampliando o seu espaço na área da saúde. Isso é evidente quando o enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere às necessidades do ser humano de forma integral e contextualizada, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. A enfermagem tem potencial e oportunidades para explorar novos espaços sociais, não necessitando submeter-se aos espaços tradicionais de cuidados, em que prevalece a noção de doença, abrangendo novas significações para o cuidado de enfermagem⁵.

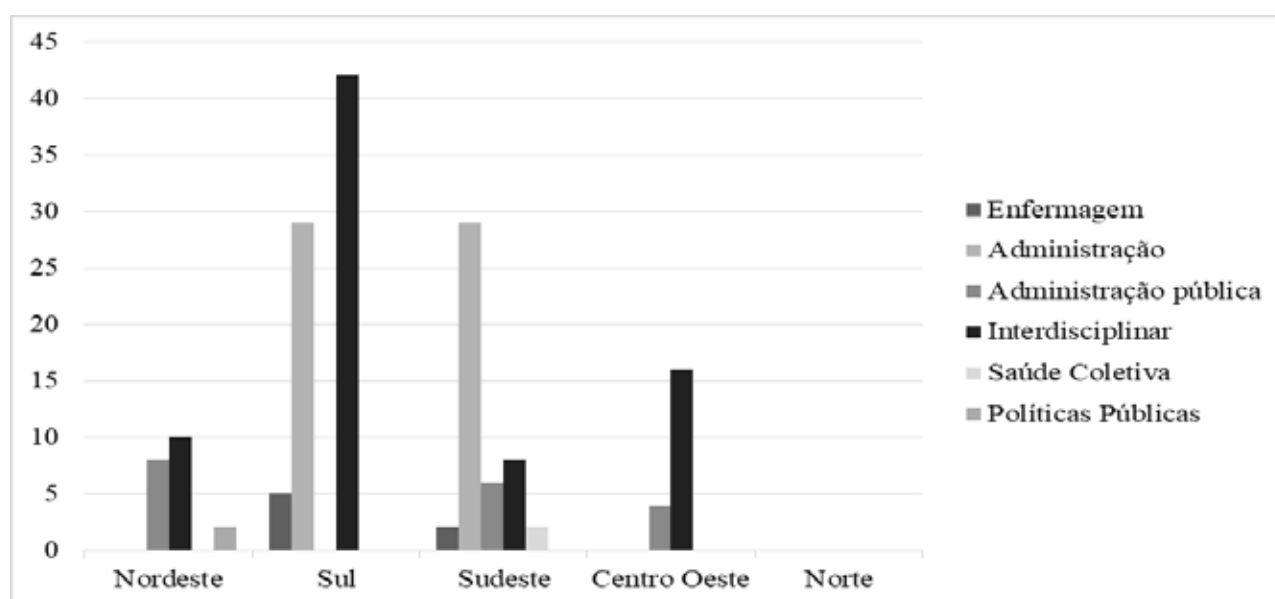
Assim, direcionar uma reflexão sobre a produção da Enfermagem se justifica, ainda, pelo pouco investimento

em pesquisas que envolvam a articulação do empreendedorismo e a gestão de políticas públicas na saúde, de modo a reconhecer o potencial do olhar inovador que o empreendedorismo traz ao trabalho do enfermeiro, seja qual for o cenário de atuação¹⁶.

É importante ressaltar que as facetas do empreendedorismo, seja no âmbito privado, social ou científico, quando associadas à área da saúde, tornam-se aliadas para o desenvolvimento pessoal, profissional e importante instrumento na oferta do cuidado. Essa capacidade de transformação do fazer do enfermeiro, de acordo com as necessidades que permeiam seu cotidiano profissional, remete ao conceito de empreendedorismo. A Enfermagem pode ser definida como a ciência do cuidado integral e integrador de saberes em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades¹⁷. Nessa direção, o cuidado de enfermagem torna-se uma prática social empreendedora, pela inserção ativa e proativa nos diferentes espaços de atuação profissional e, principalmente, pelas possibilidades interativas e associativas com os diversos contextos sociais.

Quando considerados os programas de pós-graduação das 163 produções, as mesmas estão vinculadas a 38 Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil. Constatou-se que, das 38 IES que realizaram pesquisas envolvendo o empreendedorismo e políticas públicas, 15 (39,5%) localizam-se na região Sudeste, 11 (28,9%) IES na região Sul, 6 (15,8%) na região Nordeste, 6 (15,8%) na região Centro-oeste. Ressalta-se a inexistência de produções vinculadas a IES do Norte do país. A distribuição das IES pelo país interfere diretamente no desenvolvimento de teses e dissertações nas regiões, conforme está exposto na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição das teses e dissertações por área do conhecimento e região brasileira. Fortaleza, 2017.



Fonte: elaborado pelos autores.

A concentração das pesquisas nas IES do Sudeste e Sul reafirmam uma tendência das pós-graduações no Brasil e um padrão regional na distribuição das publicações e dos pesquisadores altamente concentrada nessas regiões. Isso está diretamente relacionado à localização das universidades públicas estaduais e federais, sendo estas as responsáveis pela maioria da atividade científica, característica de países em desenvolvimento¹⁸.

Das 163 produções, verifica-se que, apesar do Sudeste concentrar o maior quantitativo de IES envolvidas, o Sul foi a região que teve o número mais elevado de teses e dissertações (76, 46,6%) desenvolvidas em suas IES. Ademais, a região Sul demonstra a interação de diversos campos do conhecimento sobre o empreendedorismo no Brasil, representada pelas 42 teses e dissertações (25,7%) desenvolvidas na área interdisciplinar nesta região.

É fundamental a compreensão de que os processos de geração, difusão e transmissão do conhecimento científico são espacialmente localizados atualmente. Isto ocorre devido a concentração de produções científicas estar diretamente relacionada à localização dos campi das universidades públicas, primordialmente

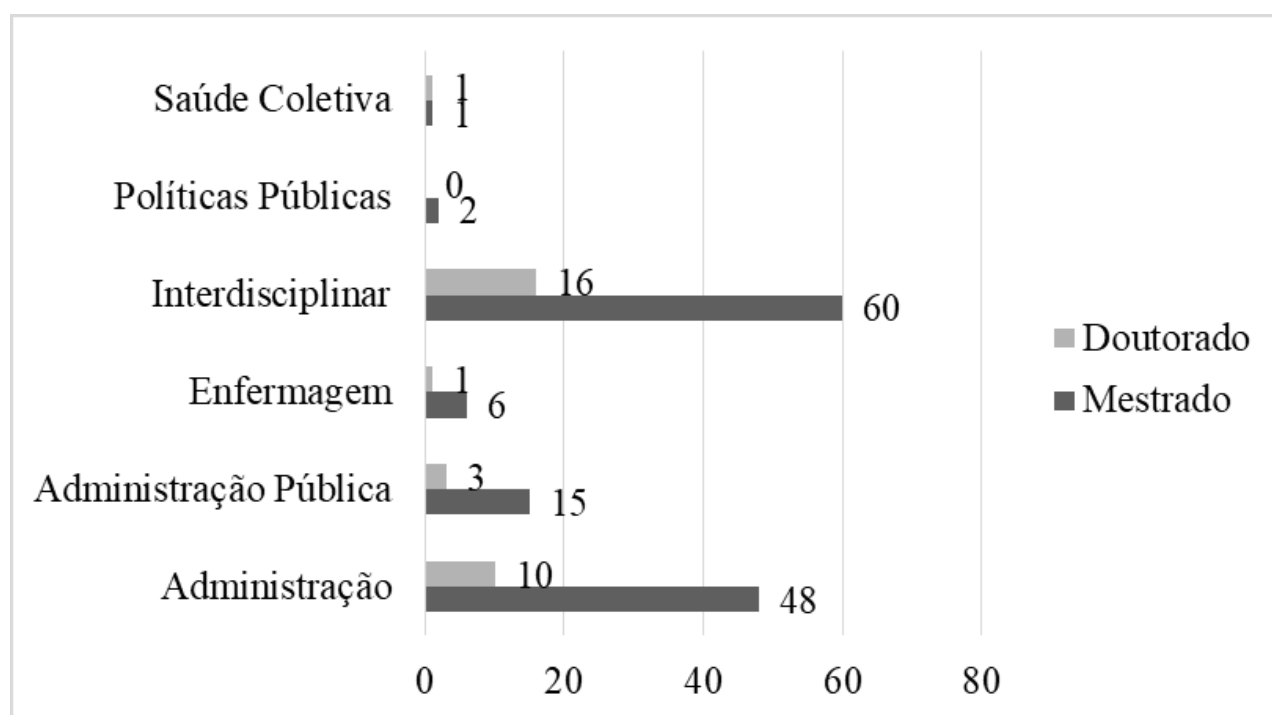
as estaduais e federais, uma vez que essas são responsáveis pela maioria da atividade científica, padrão típico de países em desenvolvimento¹⁸.

Uma das grandes aliadas das produções científicas e do incentivo a atividade científica, a universidade, possui a responsabilidade de estimular o desenvolvimento profissional, práticas inovadoras e soluções sustentáveis que agreguem valor a sociedade, além de desenvolver a pró-atividade e ações criativas capazes de construir uma sociedade socialmente responsável¹⁹.

As relações simbólicas entre universidades, centros de pesquisa e empresas refletem a importância da associação entre os avanços científicos e a resolução de problemas concretos. Discutir o papel da universidade na atualidade reflete sua responsabilidade na formação cidadã e profissional, na crítica intelectual, na inovação, no ensino, na busca de soluções efetivas, propagação do conhecimento e desenvolvimento das produções científicas no país²⁰.

Dessa forma, na Figura 3, estão expostas as produções científicas desenvolvidas com as temáticas empreendedorismo e políticas públicas por área de conhecimento e nível de pós-graduação, considerando mestrados e doutorados acadêmicos e profissionais. Das 132 dissertações, 60 se concentram na área interdisciplinar e 48, na administração. Das 26 teses, 16 estavam vinculadas à área interdisciplinar e 10, na administração.

Figura 3 – Distribuição das teses e dissertações por área do conhecimento e nível de pós-graduação. Fortaleza, 2017.



Fonte: elaborado pelos autores.

A Figura 3 mostra com maior profundidade o quantitativo de dissertações e teses por áreas do conhecimento. As produções científicas na área interdisciplinar possuem maior concentração, demonstrando o interesse sobre linhas temáticas e reforçando a interdisciplinaridade como fator fundamental para identificação de aspectos determinantes para a saúde e construção de conceitos ampliados de saúde²¹.

O interesse em pesquisar determinado assunto ou tema parte de uma necessidade de conhecimento e aprofundamento sobre algo que está emergindo, e que precisa de um entendimento que otimize sua aplicabilidade para a melhoria de vida dos cidadãos. O estado de conhecimento é guiado pela identificação, registro e categorização que levam à reflexão e síntese sobre a produção científica de uma determinada área, em um determinado espaço de tempo, congregando periódicos, teses, dissertações e livros sobre uma temática específica²².

A construção de uma produção científica está relacionada não só à pessoa/pesquisador que a produz, mas às influências da instituição na qual está inserida, do país em que vive e de suas relações com a perspectiva global. Em outras palavras, a produção está inserida no campo científico e compreende a estrutura lógica de organizações sociais, levando-se em conta seu conjunto de normas, regras e instituições e a relação de forças simbólicas que condicionam diferentes formas de percepção e apreciação²³.

O empreendedorismo, por vezes, é uma área prática que estimula o desenvolvimento de atitudes e ações próprias do empreendedorismo¹⁵. A ampliação nas pesquisas demonstra que o empreendedorismo ultrapassa o campo prático, econômico e financeiro, despertando em pesquisadores o interesse em associar o empreendedorismo a diversas áreas e buscar soluções e melhorias tanto para a sociedade como para o desenvolvimento do conhecimento científico.

CONCLUSÃO

O interesse no desenvolvimento de pesquisas advém da necessidade em compreender o caminho percorrido pela ciência e identificar eventuais lacunas a serem preenchidas. É nesse sentido que este artigo teve o propósito de explorar o empreendedorismo na produção científica de teses e dissertações e articulá-lo como uma estratégia de gestão das políticas públicas de saúde.

Foram selecionadas 163 produções científicas nas áreas do conhecimento interdisciplinar, administração, Saúde Coletiva, Políticas Públicas, Enfermagem, e Administração Pública. Tratam-se de 132 dissertações e 31 teses distribuídas entre os anos de 1999 a 2017 com um aumento considerável de produções a partir de 2010. Das 132 dissertações, 60 se concentram na área interdisciplinar e 48, na administração; as teses também se concentram nessas áreas (16 na interdisciplinar e 10 na administração).

Com relação aos anos de defesa, houve uma concentração de teses e dissertações defendidas nos anos de 2010, 2011 e 2016. No decorrer dos 19 anos incluídos nessa busca, a Enfermagem apresenta poucas discussões sobre o assunto, mesmo sendo uma área de intenso envolvimento na gestão de saúde.

Identificou-se uma assimetria das produções tanto com relação a IES envolvida, como com a quantidade de teses e dissertações produzidas.

Das 38 IES, 15 localizavam-se na região Sudeste, mas, apesar dessa expressividade das IES, o Sul foi a região que mais desenvolveu estudos sobre o empreendedorismo, 76 no total.

As produções selecionadas demonstraram o caráter interdisciplinar do empreendedorismo, discutido por muitos em diversos locais do país. Esse dado revela o quanto o empreendedorismo pode contribuir para o desenvolvimento da ciência, economia, saúde e políticas públicas, além de promover um diálogo entre as diversas áreas do conhecimento.

O estudo tem a limitação de não ter explorado os aspectos que emergiram como resultados nas teses e dissertações identificadas, mas o que não diminui seu mérito científico, pois esteve coerente com o objetivo proposto. Recomenda-se a realização de novos estudos que problematizem o empreendedorismo como importante para a saúde e as profissões nela inseridas e ainda que defendam a gestão de políticas públicas na saúde empreendedora e que otimizem o acesso da população a uma saúde com qualidade, garantindo esse direito cidadão.

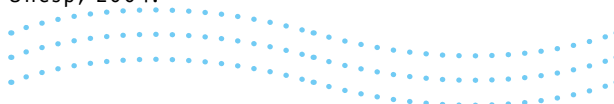
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria da Conceição Coelho Brito contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa, a redação do manuscrito e revisão crítica do manuscrito. **Lucilane Maria Sales da Silva** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Raimundo Augusto Martins Torres** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa. **Paloma de Vasconcelos Rodrigues** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito

REFERÊNCIAS

1. Smanio GP, Bertolin PTM. O Direito e as Políticas Públicas no Brasil. Editora Atlas; 2013.
2. Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Psicol Saúde. 2013 [cited 2018 Nov 21];5(1):1-9. Available from: <http://www.ccs.ufpb.br/cfisio/contents/documentos/texto-prova-2.pdf>.
3. Kleba ME, Comerlatto D, Froza KM. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. Rev Adm Pública [internet] 2015 [cited 2018 Dez 10];49(4):1059-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n4/0034-7612-49-49-04-01059.pdf>.

4. Backes DS, et al. Incubadora de Aprendizagem: ferramenta indutora do empreendedorismo na Enfermagem. Rev Bras Enferm [internet] 2015 [cited 2018 Nov 21];68(6):1103-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1103.pdf>.
5. Andrade AC, Ben LW, Sanna MC. Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo. Rev Bras Enferm [internet] 2015 [cited 2018 Oct 25];68(1):40-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0040.pdf>.
6. Dolabela F, Fillion LJ. Fazendo revolução no Brasil: a introdução da pedagogia empreendedora nos estágios iniciais da educação. Rev Empreendedorismo Gest Pequenas Empres [internet] 2013 [cited 2018 Nov 19];3(2):134-81. Available from: <https://www.regepe.org.br/regepe/article/view/137/84>.
7. Guo KL. Entrepreneurship management in health services: an integrative model. J Health Hum Serv Adm. [internet] 2006 [cited 2018 Jul 02];28(4):504-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16583849>.
8. Taylor PL. Innovation Incentives or Corrupt Conflicts of Interest? Moving Beyond Jekyll and Hyde in Regulating Biomedical Academic-industry Relationships. Yale J Health Policy Law Ethics [internet] 2013 [cited 2018 Jul 02];13(1):135-97. Available from: <https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol13/iss1/3/>.
9. Nobre LN, Freitas RR. A evolução da pós-graduação no Brasil: histórico, políticas e avaliação. Brazilian Journal of Production Engineering [internet] 2017 [cited 2018 Jul 20];3(2):18-30. Available from: http://periodicos.ufes.br/BJPE/article/view/v3n2_3/pdf.
10. Geocapes(Brasil). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [internet]. [Brasília, DF]: CAPES; [s.d] [cited 2018 Dez 26]. Available from: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes>.
11. Almeida GO, Zouain DM. Mapeamento da literatura sobre empreendedorismo: uma abordagem bibliométrica. Biblionline [internet] 2016 [cited 2018 Dez 28];12(2):53-67. Available from: https://www.researchgate.net/publication/304074235_MAPEAMENTO_DA_LITERATURA SOBRE_EMPREENDEDORISMO_UMA_ABORDAGEM_BIBLIOMETRICA.
12. Dornelas JCA. Empreendedorismo: transformando ideias em negócios. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
13. Axler RE, et al. The institutional workers of biomedical science: Legitimizing academic entrepreneurship and obscuring conflicts of interest. Sci. public policy [internet] 2018 [cited 2018 Jul 02];45(3):404-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29937617>.
14. Zarpellon SC. O empreendedorismo e a teoria econômica institucional. Revista Iberoamericana de Ciências Empresariais y Economía [internet]. 2010 [cited 2018 Jul 28];1(1):47-55. Available from: <http://revistafccee.ude.edu.uy/revistas/ricee/index.php/ricee/article/view/1>.
15. Baggio AF, Baggio DK. Empreendedorismo: Conceitos e Definições. Rev. de Empreendedorismo, Inovação e Tecnologia [internet]. 2014 [cited 2018 Jul 02];1(1):25-38. Available from: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistas/article/view/612>.
16. Silva ACP, Valente GSC. O empreendedorismo como uma ferramenta para atuação do enfermeiro. Rev enferm UFPE on line [internet]. 2017 [cited 2018 Jul 02];11(4):1595-602. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15227/17992>.
17. Backes DS, et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Cien Saude Colet. 2012;17(1):223-30.
18. Sidone OJG, Haddad EA, Mena-chalco JP. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. TransInformação. 2016;28(1):15-31.
19. Ribeiro RC, Magalhães AM. Política De Responsabilidade Social Na Universidade: Conceitos e desafios. Educação, Sociedade & Culturas [internet]. 2014 [cited 2018 Jul 22];1(42):133-56. Available from: https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC42_10RaimundaRibeiro.pdf.
20. Dias Sobrinho J. Universidade e novos modos de produção, circulação e aplicação do conhecimento. Avaliação (Campinas) [internet]. 2014 [cited 2018 Jul 14];19(3):643-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141440772014000300007&script=sci_abstract&tlng=pt.
21. Almeida AM, et al. Contribuições das ciências sociais para profissionais em formação da área da saúde. Sanare. 2017;16(1):82-8.
22. Mossorini MC, Nascimento LM. Internacionalização da educação superior no Brasil: a produção recente em teses e dissertações. Educ rev. [internet]. 2017 [cited 2018 Jul 21];1(33):1-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/edur/v33/1982-6621-edur-33-e155071.pdf>.
23. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp; 2004.



ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E TRAUMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PHYSICAL THERAPY PRACTITIONER'S WORK IN THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN URGENCY AND TRAUMA: EXPERIENCE REPORT

ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA EN LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN URGENCIA Y TRAUMA: INFORME DE EXPERIENCIA

Allynne Bispo de Freitas Pereira ¹

Michele Lupatini Ferreira ²

Aline Fernanda Barbosa Bernardo ³

Palavras-chave:

Fisioterapia; Residência Multiprofissional em Saúde; Trauma; Urgência.

Keywords:

Physical Therapy; Multiprofessional Residency in Health; Trauma; Urgency.

Palabras clave:

Fisioterapia; Residencia Multiprofesional en Salud; Trauma; Urgencia.

Submetido:

07/08/2019

Aprovado:

20/11/2019

Autor(a) para Correspondência:

Aline Fernanda Barbosa Bernardo
Av. Cleber Mafra de Souza, 8573
Residencial Orleans
Vilhena (RO)
76985-787
E-mail: prof.aline@unesnet.br

RESUMO

A residência multiprofissional em saúde tem se difundido no Brasil e atraído a atenção de muitos profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Tais profissionais, por meio de vivência, recebem qualificação e capacitação para atuar com base nas práticas assistenciais do SUS. O fisioterapeuta se insere na equipe multiprofissional com grande abrangência de atuação no ambiente hospitalar, desde o atendimento emergencial em pronto-socorro (PS) até a reabilitação em setores de internação e unidades de terapia intensiva (UTIs). Este estudo descreve a vivência de uma residente em fisioterapia como membro da equipe multiprofissional em urgência e trauma e a abrangência de sua atuação no ambiente hospitalar. Por meio do relato de experiência dessa residente em fisioterapia, abordam-se as rotinas, as práticas profissionais, as dificuldades enfrentadas e a assistência no âmbito da residência multiprofissional em saúde. Esse programa contribui de modo decisivo com a formação dos profissionais da saúde, entretanto, ainda há escassez de estudos que relatem a vivência e a abrangência da atuação do profissional de fisioterapia na atenção hospitalar voltada à urgência e ao trauma.

1. Fisioterapeuta. Residente no Programa de Urgência e Trauma da Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena (FAEV/UNESC). E-mail: line.ibna@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9970-4766>

2. Fisioterapeuta. Residente do Programa de Urgência e Trauma da FAEV/UNESC. E-mail: michelelupatini@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6555-1645>

3. Fisioterapeuta. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da FAEV/UNESC. E-mail: prof.aline@unesnet.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9041-4773>

ABSTRACT

The multiprofessional residency in health has spread throughout Brazil and drawn the attention of many professionals to work in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde [SUS]). These professionals, through experiences, receive qualification and training to work by having the SUS's healthcare practices as a basis. The physical therapist is a member of the multiprofessional team who has a wide range of activities in the hospital environment, from emergency care at the emergency room (ER) to rehabilitation at inpatient sectors and intensive care units (ICUs). This study describes the experiences of a resident in physical therapy as a member of the multiprofessional team in urgency and trauma and the scope of her work in the hospital environment. Through the experience report of this resident in physical therapy, the routines, professional practices, difficulties faced, and care in the domain of multiprofessional residency in health are addressed. This program contributes decisively to health practitioners' training, however, there is still a lack of studies that report the experiences and the scope of a physical therapy practitioner's work in hospital care focused on urgency and trauma.

RESUMEN

La residencia multiprofesional en salud se ha extendido por todo Brasil y ha llamado la atención de muchos profesionales para actuar en el Sistema Único de Salud Brasileño (Sistema Único de Saúde [SUS]). Estos profesionales, a través de vivencia, reciben calificación y entrenamiento para actuar al tener como base las prácticas de atención del SUS. El fisioterapeuta es un miembro del equipo multiprofesional que tiene una amplia gama de actividades en el ambiente hospitalario, desde atención de emergencia en la sala de urgencias (SU) hasta rehabilitación en sectores de hospitalización y unidades de cuidados intensivos (UCI). Este estudio describe las experiencias de una residente en fisioterapia como miembro del equipo multiprofesional en urgencia y trauma y el alcance de su trabajo en el ambiente hospitalario. A través del informe de experiencia de esta residente en fisioterapia, se abordan las rutinas, las prácticas profesionales, las dificultades enfrentadas y la atención en el ámbito de la residencia multiprofesional en salud. Este programa contribuye decisivamente a la formación de los profesionales de la salud, sin embargo, todavía hay una escasez de estudios que reporten las experiencias y el alcance del trabajo de un profesional de fisioterapia en la atención hospitalaria centrada en la urgencia y el trauma.

.....

INTRODUÇÃO

A residência em área profissional da saúde, instituída pela Lei n. 11.129/2005, é definida como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* pautada pela educação em serviço de profissionais das diversas categorias do setor saúde (exceto a médica). Nesse sentido, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a *residência multiprofissional em urgência e trauma* integra a formação profissional em saúde no ambiente hospitalar¹.

Considerando o art. 200 da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que evidencia a responsabilidade do SUS na capacitação de seus profissionais, criaram-se estratégias para habilitá-los a atuar em rede interdisciplinar e multidisciplinar de saúde. Desse modo, os programas de residência multiprofissional em saúde têm contribuindo com a formação desse pessoal com vistas a proporcionar o atendimento humanizado garantido por lei aos usuários do SUS¹⁻³.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena (FAEV/UNESC) teve início em março de

2015. As categorias profissionais envolvidas são: a) enfermagem; b) fisioterapia; c) psicologia; d) serviço social; e e) farmácia (incluindo farmácia bioquímica). E esse programa se divide em 3 residências específicas: a) residência em urgência e trauma; b) residência em enfermagem obstétrica; e c) residência em saúde mental.

Nesse contexto, o fisioterapeuta se insere na residência em urgência e trauma. A inclusão desse residente nos setores de emergência e nas unidades de terapia intensiva (UTIs) se baseia na reestruturação dos modelos de saúde brasileiros: demanda-se tanto o conhecimento sobre as políticas do hospital como acerca do perfil e das rotinas do local específico¹.

Por razões conceituais, a fisioterapia surgiu como uma profissão exclusivamente reabilitadora de sequelas, mas tem evoluído na reestruturação dos modelos de saúde com base nos princípios de atenção integral e humanização da assistência do SUS. Por exemplo: estudos sinalizam a importância de aprimorar a fisioterapia motora no ambiente hospitalar, uma vez que está aliada à fisioterapia

respiratória em certas patologias que acometem o sistema motor, o que pode diminuir a permanência hospitalar e aumentar os índices de recuperação após a alta²⁻³.

A prática da fisioterapia hospitalar se destaca ao minimizar os efeitos deletérios da inatividade do paciente acamado, reduzindo a taxa de mortalidade, a taxa de infecção e o tempo de permanência na UTI, além das complicações pós-operatórias. Vale ressaltar, ainda, os aspectos envolvidos no suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo) aos pacientes que carecem dessa assistência nos diversos setores hospitalares⁴⁻⁵.

A inserção do profissional de fisioterapia na urgência e emergência hospitalar reflete sua capacidade de agregar atividades, de discutir casos com a equipe interdisciplinar e de potencializar o cuidado integral e humanizado voltado ao paciente e à sua família⁵.

As pesquisas envolvendo a atuação do profissional de fisioterapia no ambiente hospitalar ainda são escassas, o que sugere a realização de estudos que avaliem os impactos da intervenção fisioterapêutica nos setores de urgência e emergência⁶.

Daí surgiu nosso interesse em elaborar este artigo, que descreve a experiência de uma fisioterapeuta como membro da equipe de residência multiprofissional em urgência e trauma, relatando a abrangência de sua atuação hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência, baseado na rotina de uma profissional de fisioterapia na residência multiprofissional em urgência e trauma, realizada entre março de 2016 e março de 2018 (2 anos).

A residência multiprofissional em urgência e trauma da FAEV/UNESC, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vilhena (RO), tem como cenário prático o Hospital Adamastor de Oliveira (Hospital Regional de Vilhena – HRV), que conta com cerca de 180 leitos distribuídos entre os seguintes setores: a) pronto-socorro (PS); b) clínica médica masculina (CMM); c) clínica médica feminina (CMF); d) ortopedia; e) UTI; f) pediatria; g) obstetrícia (maternidade); e h) unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). O HRV realiza cerca de 250 atendimentos diários em seu PS, além dos cuidados oferecidos aos pacientes já internados em suas alas; em atividade desde o início dos anos 1990, trata-se

As pesquisas envolvendo a atuação do profissional de fisioterapia no ambiente hospitalar ainda são escassas...

de instituição de referência no Cone Sul do Estado de Rondônia.

RESULTADOS

Este relato de experiência recorre a: a) expressões e provocações observadas nas práticas hospitalares; b) diálogos situados no ambiente hospitalar; e c) pesquisa bibliográfica.

Cumprindo uma jornada hospitalar de 60 horas semanais, sendo 12 horas diárias (das 7:00 às 19:00), o residente de fisioterapia atua por meio de rodízio nos setores atribuídos a ele, mediante distribuição pela tutoria ao longo de seus 2 anos de permanência no programa: a) UTI; b) CMM; c) CMF; d) pediatria; e) PS; e f) UTIN. Tal jornada possibilita articular a educação em saúde às diversas profissões, às comunidades e à população geral, proporcionando o aprendizado de conteúdos técnicos, políticos e científicos e uma formação crítico-reflexiva, com troca de experiências sobre os diversos tipos de problemas de saúde³.

Cada setor hospitalar foi apresentado à residente enfocada neste estudo pelo tutor no início de cada rodízio, bem como a equipe multiprofissional que o compõe, suas rotinas, suas práticas e seus protocolos. Após a apresentação do setor de atuação, coube à residente elaborar seu plano de ação (um documento que descrevia o planejamento das atividades a realizar durante sua permanência no setor), que devia ser entregue mensalmente ao tutor, além do relatório mensal com as atividades desenvolvidas, com embasamento teórico e abordagem crítica dos temas levantados por ela.

Com isso em vista, havia no plano de ação: a) recebimento do plantão junto à equipe do setor; b) leitura de prontuários para identificar pacientes com prescrição de fisioterapia; c) leitura de exames complementares; d) atendimento aos pacientes; e) evolução em prontuários; e f) estudo de casos

clínicos junto à equipe do setor.

Assim, a residente se inseria no setor e desempenhava as atribuições de sua formação profissional, sob a supervisão tanto de um preceptor (profissional do setor de atuação), no sentido de sanar dúvidas relativas às rotinas e práticas específicas, como de seu tutor na residência multiprofissional em saúde.

No cronograma de residência focado neste estudo, os primeiros setores de atuação foram as clínicas médicas (CMM e CMF), ao longo de um período de 4 meses, como se descreve a seguir.

Fisioterapia em Clínicas Médicas

As clínicas médicas (CMM e CMF) são setores de internação hospitalar nas quais os pacientes permanecem para tratamento de patologias diversas. Geralmente, os quartos são divididos por patologias: a) pneumopatias; b) pré ou pós-cirúrgicos; c) cardiopatias; d) enteropatias; e e) neuropatias (pacientes pós-acidente vascular cerebral [AVC]). Além disso, há quartos de isolamento e os reservados a outros tipos de diagnóstico. Há cerca de 40 leitos por clínica médica.

Uma equipe multiprofissional atua em esquema de escala e é composta por médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, contando com o suporte do serviço social e da psicologia (quando necessário) no setor.

Durante o período em que a residente enfocada neste estudo permaneceu no setor, pôde desempenhar diversas atividades além do atendimento aos pacientes, com destaque para: a) ginástica laboral (3 vezes por semana), realizada com a equipe após o recebimento do plantão, antecedendo as atividades da equipe de enfermagem; e b) palestras sobre o vírus H1N1 (apresentando os meios de contaminação, vacinação e prevenção) para crianças, adolescentes e jovens, realizadas em horário noturno em 2 escolas da cidade.

Em relação à assistência aos pacientes, após a leitura dos prontuários e a verificação das prescrições de fisioterapia, a residente pôde realizar atendimentos voltados a patologias gerais, sendo mais frequentes as pneumopatias: a) doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); b) pneumonia; c) gripe H1N1 (tendo em vista que em 2016 houve casos confirmados no hospital); d) tuberculose; e) bronquite; f) derrame pleural; e g) crise asmática, dentre outras. Também vale destacar os comprometimentos neurológicos:

*...a residente
pôde realizar
atendimentos
voltados a
patologias gerais...*

a) AVC e suas complicações (em alguns casos se mostrava necessária a aspiração de vias aéreas); b) paralisia cerebral; e c) paraplegia. E, ainda, havia as condições pós-cirúrgicas e os traumas ortopédicos, além de assistência à equipe multiprofissional para procedimentos de intubação e reanimação durante paradas cardiorrespiratórias (PCR) de pacientes da CMM e CMF³.

Um dos maiores desafios de inserir-se em um ambiente hospitalar para a prestação de serviços de fisioterapia consiste em lidar com patologias diversas, o que requer constante atualização sobre casos clínicos diferentes para proceder adequadamente diante de cada demanda. Assim, no decorrer dos meses de atuação da residente em cada setor, aulas e seminários multiprofissionais relativos a patologias e casos clínicos proporcionaram embasamento teórico à atuação prática, combinados a diálogos com os preceptores e tutores.

Acrescente-se a isso as dificuldades enfrentadas pela residente em cada setor de atuação, como a precariedade dos recursos materiais disponíveis e a falta de equipamentos necessários à assistência, o que a levou a recorrer à improvisação no atendimento aos pacientes. E, em alguns casos, a falta de conhecimento por parte da equipe do setor sobre a assistência fisioterapêutica³⁻⁵ demandou explicações da residente durante a prestação de alguns serviços.

Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva

Esse setor constituiu o segundo momento de atuação da residente, no decorrer de 5 meses, prestando assistência junto à equipe multiprofissional local, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta. Em momentos específicos, ela contava com o apoio de psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e serviço social no atendimento aos pacientes³⁻⁴.

No período de permanência na UTI, durante um mês, a residente também atuou em horário vespertino no PS, atendendo emergências relativas a patologias

respiratórias e auxiliando em procedimentos de reanimação em PCR, dentre outros casos diversos.

Assim como no setor anterior, a residente foi apresentada à equipe, à rotina e às práticas diárias da UTI, elaborando seu plano de ação para a assistência no setor, onde caberia a ela: a) recebimento do plantão; b) organização dos equipamentos de fisioterapia (bandeja com materiais de aspiração do paciente); c) leitura de prontuários dos pacientes; d) interação com a equipe multiprofissional na discussão de casos clínicos; e) atendimento aos pacientes; f) pesquisa sobre patologias para atender a demandas específicas dos pacientes; e g) relatório diário dos atendimentos nos prontuários e no livro de fisioterapia.

Durante o período de atuação na UTI, além das atividades de assistência aos pacientes, a residente, junto com seu preceptor, confeccionou um protocolo de fórmulas de ventilação mecânica para uso da equipe do setor e uma ficha de mapa ventilatório dos pacientes sob ventilação mecânica invasiva (VMI), para o acompanhamento de sua evolução respiratória⁶⁻⁸.

A UTI se mostrou um campo fértil para a aquisição de conhecimentos práticos em fisioterapia, pois a assistência fisioterapêutica é mais abrangente nesse setor devido às distintas patologias que demandam cuidados, além da participação mais frequente em procedimentos de intubação, reanimação, intervenção cardiorrespiratória, suporte respiratório (mediante ventilação mecânica invasiva e não invasiva), assistência ao paciente acamado e estimulação da retirada precoce do paciente do leito.

Visitas leito a leito foram realizadas diariamente na UTI junto com a equipe (visita multiprofissional), onde se reuniam todos os profissionais do setor e se abordavam os casos clínicos de modo individual, bem como os objetivos, as metas e as condutas do tratamento baseado no diagnóstico de cada paciente, o que se mostrou de grande valia para a aquisição de conhecimentos advindos não só da prática profissional, mas de outras categorias profissionais.

Fisioterapia em Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A pediatria e a UTIN constituem setores hospitalares distintos: enquanto a UTIN abriga recém-nascidos (RNs) de 0 até 28 dias de vida, a pediatria atende pacientes a partir dos 29 dias de vida até os 12 anos de idade.

A UTI se mostrou um campo fértil para a aquisição de conhecimentos práticos em fisioterapia...

Na UTIN, a equipe multiprofissional dispõe de médico pediatra, fisioterapeuta, enfermeiro, fonoaudiólogo e técnicos de enfermagem, contando, ainda, com o suporte da psicologia e do serviço social para determinadas demandas.

Dentre as condutas adotadas tanto na pediatria quanto na UTIN, o fisioterapeuta atende pacientes com sinais de esforço respiratório e proporciona manutenção do suporte respiratório mediante a oxigenoterapia.

No que se refere às práticas da residente, seguiu-se o mesmo padrão dos outros setores, tendo em vista que a reabilitação fisioterapêutica não se altera consideravelmente: atuando simultaneamente em dois setores, a residente permanece na UTIN e passa para prestar assistência na pediatria pela manhã e à tarde em horários determinados (após a visita do médico plantonista para as prescrições e os pedidos de exames). Devido ao fato da UTIN receber pacientes recém-nascidos, em determinados casos se mostrava necessária a presença da fisioterapeuta para intervenções durante o parto ou para lidar com broncoaspiração durante a amamentação^{6,8-11}.

No geral, as patologias com prescrição de fisioterapia na ala pediátrica e na UTIN eram relativas ao trato respiratório: a) pneumonia; b) bronquite; c) bronquiolite; d) derrame pleural; e e) crise asmática. Em alguns casos, além dos procedimentos de rotina, mostrava-se necessária a aspiração de via aéreas, por exemplo, em pacientes com paralisia cerebral acometidos com pneumonia por broncoaspiração^{4,9}.

Além da fisioterapia respiratória, realizava-se o atendimento de fisioterapia motora junto a pacientes com patologias neurológicas (paralisia cerebral) e traumas ortopédicos, bem como pacientes com acometimento motor decorrente de lesões por acidente ofídico (picada de cobras e animais peçonhentos) que demandavam reabilitação. Em relação à UTIN, de modo específico, as patologias com prescrição de atendimento fisioterapêutico eram: a) doença da membrana hialina; b) síndrome

de aspiração de mecônio; c) prematuridade; d) pneumonia; e) infecções neonatais^{6,8-9}.

Vale destacar, em meio às atividades da residente durante sua permanência na UTIN, a criação e a implantação do projeto “Polvo de Amor”, no qual, após a autorização da direção hospitalar e o treinamento por parte da equipe do setor, fez-se uso do polvo de crochê (devidamente confeccionado e esterilizado) junto a recém-nascidos com critérios específicos de prematuridade, baixo peso e irritabilidade, dentre outros avaliados pela equipe neonatal, contando com boa aceitação tanto da equipe multiprofissional como dos pais dos RNs.

Assim como nos demais setores, além do atendimento específico aos pacientes, a residente atuou em conjunto com a equipe multiprofissional, realizando atividades de ginástica laboral com os funcionários hospitalares, sessões de capacitação e palestras sobre patologias observadas no setor, visando à atualização dessa equipe acerca dos procedimentos de oxigenoterapia neonatal e pediátrica.

CONCLUSÃO

A residência multiprofissional tem contribuído com a formação de profissionais da saúde que buscam qualificação e capacitação. Ao atuar no ambiente hospitalar, eles passam a conhecer em maior profundidade as práticas assistenciais do SUS e as rotinas de urgência e trauma, proporcionando assistência integral e humanizada aos usuários dos serviços de saúde.

Os desafios do programa de residência da FAEV/UNESC englobaram: a) a falta de recursos materiais observada em alguns setores de atuação, que comprometia a qualidade da assistência em alguns casos; b) a falta de conhecimento por parte de alguns profissionais de alguns setores de atuação acerca do papel da residente (profissional formada que buscava maior qualificação); e c) a falta de conhecimento por parte da equipe multiprofissional sobre a abrangência da atuação da fisioterapeuta no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, a interação com a equipe multiprofissional durante a residência em saúde proporcionou conhecimentos práticos à residente para lidar de modo adequado com problemas dessa natureza.

Em suma, pode-se ressaltar a necessidade de disponibilizar recursos humanos e materiais

*A residência
multiprofissional
tem contribuído
com a formação de
profissionais da saúde
que buscam qualificação
e capacitação.*

adequados, de modo que os residentes em saúde ajudem a proporcionar aos usuários do SUS a assistência integral e humanizada exigida pela legislação brasileira. E também se constata a necessidade de novos estudos que abordem a atuação do residente em fisioterapia como membro da equipe multiprofissional no ambiente hospitalar.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Allynne Bispo de Freitas Pereira contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Michele Lupatini Ferreira** contribuiu com o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Aline Fernanda Barbosa Bernardo** contribuiu com o delineamento do estudo e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A Política de Formação de Profissionais da Saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. REME Rev Min Enferm [serial on the internet]. 2006 [cited 2018 Apr 12];10(4):435-9. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-16243>
3. Mesquita CRS, Bastos VPD. Desafios da atuação fisioterapêutica no contexto da residência multiprofissional: relato de experiência. Journal of Health Connections [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Apr 15];1(1):19-32. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/journalhc/article/view/3321/1800>
4. Paiva DRD, Guimarães VS, Rôla QCS, Castro IPRD, Gomes KS, Anjos JLM. Inserção e atuação de fisioterapeutas residentes em um serviço de emergência hospitalar: relato de experiência. Rev Pesqui Fisioter [serial on the internet]. 2017 [cited

2018 Apr 21];7(2):255-60. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/viewFile/1351/875>

5. Piccoli A, Werle RW, Kutchak F, Rieder MDM. Indicações para inserção do profissional fisioterapeuta em uma unidade de emergência. ASSOBRAFIR Ciência [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Apr 22];4(1):33-41. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/13412/12758>

6. Alves NA. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Apr 21];16(6):173-84. Available from: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/viewFile/2750/2607>

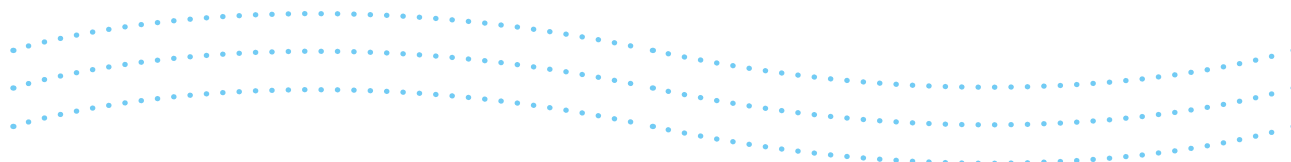
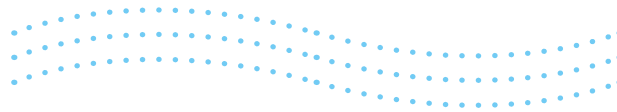
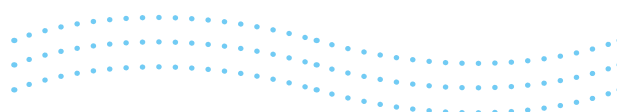
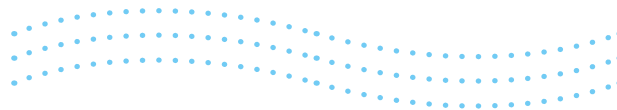
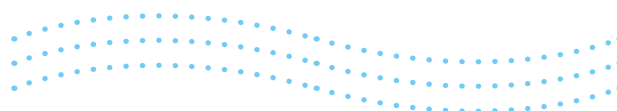
7. Parente JRF. Preceptoria e tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Apr 12];7(2):47-53. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/31>

8. Silva Neto BG, Souza DPM. A prática do fisioterapeuta intensivista junto à equipe multidisciplinar [document on the internet]. 2012 [cited 2018 Apr 22]. Available from: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/27/03 - A prYtica do fisioterapeuta intensivista junto Y equipe multidisciplinar.pdf>

9. Cordeiro AL, Lima TG. Fisioterapia em unidades de emergência: uma revisão sistemática. Rev Pesqui Fisioter [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Apr 18];7(2):276-81. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1360>

10. Alemira ICN, Lima GM, Costa LA, Carneiro LM, Santos MIG, Macêdo RC et al. Atuação da fisioterapia na urgência e emergência de um hospital referência em trauma e queimados de alta e média complexidade. Revista da Universidade Vale do Rio Verde [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Apr 18];15(1):791-805. Available from: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3490>

11. Mariano LCO, Marinho TPC. Residência multiprofissional em saúde na perspectiva do serviço social em hospital público: relato de experiência. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Apr 10];16(1):136-42. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1105>



DIRETRIZES PARA AUTORES

SANARE (*tornar sã, em latim*) é uma revista que tem por finalidade divulgar toda e qualquer experiência, prática e teórica, em políticas públicas na área de Saúde Coletiva, como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização voltado para a construção de novos paradigmas sobre a gestão governamental. A Revista, de periodicidade semestral, publica artigos que contribuem com saberes e práticas na área da Saúde Coletiva passando pelo debate da construção da interdisciplinaridade nessa seara. A submissão dos artigos far-se-á pela plataforma online: <http://sanare.emnuvens.com.br>

CATEGORIAS DE ARTIGOS

A SANARE – Revista de Políticas Públicas divulga artigos temáticos, originais, relatos de experiências, revisões sistemáticas e integrativas.

A apresentação dos manuscritos deve obedecer às regras de formatação definidas nessas Diretrizes para Autores, diferenciando-se apenas pelo número permitido de palavras em cada uma das categorias.

- **Artigo Original:** de caráter original, podendo ser revisão crítica, meta-análise ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto, avaliação de programas e análises de custo-efetividade. Cada artigo deve conter objetivos e/ou hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde coletiva. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido (entre 4.000 a 5.000 palavras);
- **Relatos de Experiência:** São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde coletiva de caráter intervencionista, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior aprofundamento (entre 3.000 a 4.000 palavras).
- **Artigos de Revisão ou Teóricos:** compreende a análise da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões (entre 4.000 a 5.000 palavras).

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A identificação de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação. Por plágio considera-se copiar um estudo, ou parte dele, de outro autor ou mesmo de publicação própria (autoplágio). Para maiores informações sobre plágio, acesse o link <http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/Plagio.pdf>

Da autoria

O número máximo de autores do manuscrito está limitado a seis (06).

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve basear-se nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>) que orienta os seguintes aspectos a serem considerados na contribuição substancial para o reconhecimento da autoria: 1. Concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e, 3. Aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Importante!

Após a aprovação do Artigo e recebimento de Carta de Aprovação, os autores devem atender os seguintes passos:

- Confirmar a intenção de publicação dentro de até 48 horas e, na sequência, cumprir os requisitos do processo de edição de texto, enviando o manuscrito para o Editor de Texto oficial da Revista.

A Revista não cobra taxas de submissão e publicação. Contudo, o processo de revisão da língua portuguesa e tradução dos títulos e resumos para o inglês e espanhol serão financiados pelos autores

FORMA E PREPARO DOS MANUSCRITOS

Formato

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, margens de 2 cm em todos os lados; fonte *Times New Roman*, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

Estrutura

- I. A ordem dos elementos que compõem o corpo do manuscrito deve obedecer ao seguinte padrão: título em português, inglês e espanhol; resumo e descritor; abstract e descriptor; resumen e descriptor; texto (introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão); contribuição dos autores e referências.
- II. Deverá conter as seguintes informações no cabeçalho, nessa ordem: 1) título do artigo, com no máximo 15 palavras em cada idioma (Português, Inglês e Espanhol). **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados de todos os autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão (Passo 3 – Inclusão de Metadados).
- III. Resumo: **Português/Inglês/Espanhol.** O resumo deverá conter de 150 a 200 palavras em cada um dos idiomas, apresentando: objetivo da pesquisa, metodologia adotada, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Os resumos em **inglês e espanhol são de responsabilidade dos autores.** Porém, podem ser revistos e solicitadas modificações a partir do parecer do Conselho Editorial da SANARE – Revista de Políticas Públicas. Apresentar, sequencialmente, os resumos nesta página de identificação.
- IV. Descritores: incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>), separados entre si por ponto-e-vírgula.
- V. Às tabelas e quadros deve-se atribuir um título breve. Notas explicativas podem ser colocadas abaixo da tabela/quadro. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista; devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. Conteúdo em fonte 12pt com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da Revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.
- VI. As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, utilize escala de cinza e outros recursos para impressão em preto e branco. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista.
- VII. A quantidade de Tabelas e Figuras não deve ser superior a cinco (05).
- VIII. Abreviaturas e símbolos: Não deve conter abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.
- IX. Aspectos Éticos: nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão deixar claro que as mesmas atenderam à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deve ser encaminhado sob a forma de documento digitalizado via Documentos Suplementares (Passo 4 da submissão do artigo).
- X. Citação de Referência: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. **Identificar as referências no texto por números arábicos sobrescritos e antes da pontuação necessária,** sem a identificação do autor e ano, e sem uso de parênteses. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex: 1-3); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,3,5). Quando a citação for direta, deve acrescer o número da página (ex.: 4:54).
- XI. NÃO USAR rodapé/notas/espacamento entre parágrafos.
- XII. Cada autor deverá assinar uma “**Declaração de Responsabilidade**” na qual seja especificada a contribuição de cada um, conforme modelo (Anexo 1), e anexada via Documentação Suplementar. Entretanto, no corpo do manuscrito deve conter a CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES; este item deve ser apresentado antes da seção “Referências”.

Exemplo:

Paulo Átila da Silva Viana contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Joaquim David Carneiro Neto** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Camila Teles Novais, Isabelle Furquim Guimarães e Yan Sousa Lopes** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Breno Cotrim Reis** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

Referências

Serão aceitas, no máximo, 30 referências, orientando-se incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Os autores são os responsáveis pela exatidão das referências.

- I. As referências seguem o estilo Vancouver, tendo como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).
- II. Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

- III. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- IV. As referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que foram mencionadas pela primeira vez no texto.
- V. NÃO APRESENTAR referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões).

Exemplos:

- Livros como um todo:

Dias FAC, Dias MAS. Território, cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.

- Capítulo de livro:

Lachapelle R. L'expertise Québécoise D'action Territoriale en Promotion de La Santé. In: Dias FAC, Dias MSA, organizadores. Território, Cultura e Identidade. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2010. p. 48-79.

- Trabalhos apresentados em eventos científicos:

Moreira V. O método fenomenológico mundano na pesquisa em saúde. In: Anais do 4º Congresso de Pesquisa Ibero americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde; 2010; Fortaleza: Abrasco; 2010. p.143.

- Artigos de periódicos:

1) Artigo Padrão

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet 2010;15(5):2297-305.

2) Com mais de seis autores

Carneiro Neto MC, Carneiro JC, Moreira AP, Soares CHA, Pinto VPT, Melo MSS, et al. Aspectos jurídicos do enfrentamento da dengue no município de Sobral, Ceará. Sanare 2010;9(1):27-8.

3) Instituição como autor

Fundação Oswaldo Cruz. O legado de Oswaldo Cruz. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2007;10:40-1.

- Material eletrônico

4) Artigo de revista em formato eletrônico

Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 21];11(4):525-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>

Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>

Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>

Matéria publicada na Internet

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança - 2006 [home-page on the Internet]. [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds>

Dissertação e Tese

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

