

ISSN: 1676-8019 ISSNe: 2317-7748



SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



SANARE

Revista de Políticas Públicas

SANARE (Sobral, Online). 2023 Jan. – Jun.;22(1), p.01-131.

Tornar sã, em latim, *SANARE* é uma revista de políticas públicas 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 Nogueira Ferreira – UFMA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP
Anyá Pimentel Gomes Fernandes V. Meyer – Fiocruz
Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado – UPE
Camilla Araújo Lopes Vieira – UFC
Camilo Darsie de Souza – UNISC
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – UVA
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS
Edson Holanda Teixeira – UFC
Eliany Nazaré Oliveira – UVA
Fabiane do Amaral Gubert – UFC
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI
Francisco Arnaldo N. de Miranda – UFRN
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto – UVA
Geison Vasconcelos Lira – UFC
Gerardo Cristino Filho – UFC
Glauberto da Silva Quirino – URCA
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes – UVA
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque – UVA
Jeane Félix da Silva – UFRGS
José Jailson de Almeida Junior – UFRN
José Maria Ximenes Guimaraes – UECE
José Olinda Braga – UFC
José Reginaldo Feijão Parente – UVA
Karina Oliveira de Mesquita – ESP-VS

Lielma Carla Chagas da Silva – UVA
Luis Achilles Rodrigues Furtado – UFC
Marcia Maria Mont’Alverne de Barros – UFPB
Maria Adelane Monteiro da Silva – UVA
Maria Corina Amaral Viana – UFC
Maria da Conceição Coelho Brito – FLF
Maria de Fatima Antero Sousa Machado – URCA
Maria Fátima de Sousa – UnB
Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE
Maria Socorro de Araújo Dias – UVA
Maria Veraci Oliveira Queiroz – UECE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos – UVA
Milena Rodrigues Soares Mota – UNICEL
Mirna Marques Bezerra Brayner – UFC
Osmar Arruda da Ponde Neto - ESP-VS
Roberta Cavalcante Muniz Lira – UFC
Vicente de Paulo Teixeira Pinto – UFC
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto – Univ. do Porto, Portugal
Fco Antonio Loiola - Univ. de Montréal/Québec, Canadá
Mirella Maria Soares Veras - Univ. of Ottawa, Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu - Escola Superior de
Enfermagem do Porto, Portugal

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes
Prefeito

Christianne Marie Aguiar Coelho
Vice-Prefeita

Letícia Reichel dos Santos
Secretária da Saúde

Osmar Arruda da Ponte Neto
Diretor da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia

PRODUÇÃO

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia - ESP-VS

Maria Socorro de Araújo Dias
Editora-Chefe

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto
Diagramação

Osmar Arruda da Ponte Neto
Clébio dos Santos Lima

Martônio Holanda
Capa

Karina Oliveira de Mesquita
Paloma de Vasconcelos Rodrigues
Editores(as) Assistentes

Versão Digital

S A N A R E, Revista de Políticas Públicas v.22, n.1, Jan./Jun. 2023
- Sobral[CE]: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2023.

Semestral

ISSN: 1676-8019 ISSNe: 2317-7748

1. Políticas públicas
2. Políticas públicas periódicos
3. Políticas de saúde
4. Saúde coletiva

CDD:362.1098131

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

Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE
CEP: 62030-362 - Fone/Fax: (88) 3614.5520
E-mail: revistasanare.espvs@gmail.com
Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



EDITORIAL	5
ADESÃO AO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: ESTUDO CASO-CONTROLE	7
ADHERENCE TO CERVICAL CANCER PREVENTION PROTOCOL: A CASE-CONTROL STUDY	
ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CÂNCER DE CUELLO UTERINO: UN ESTUDIO DE CASO-CONTROL	
<i>Deolinda Márcia Pompeu Bueno, Inara Pereira da Cunha, Marcelo de Castro Meneghim</i>	
PARÂMETROS CLÍNICOS DE RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO TESTE DO CORAÇÃOZINHO	15
CLINICAL PARAMETERS FOR NEWBORN INFANTS SUBMITTED TO THE LITTLE HEART TEST	
PARÁMETROS CLÍNICOS DE LOS RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS AL TEST DEL CORAZONCITO	
<i>Kássia Carvalho Araújo, Tatiane de Sousa Paiva, Ingrid Kelly Morais Oliveira, Francisco Douglas Canafistula de Souza, Keila Maria de Azevedo Ponte Marques</i>	
SATISFAÇÃO DOS IMIGRANTES VENEZUELANOS COM SERVIÇOS HOSPITALARES EM BOA VISTA, RORAIMA: ABORDAGEM QUALITATIVA	23
SATISFACTION OF VENEZUELAN IMMIGRANTS WITH HOSPITAL SERVICES IN BOA VISTA, RORAIMA: QUALITATIVE APPROACH	
SATISFACCIÓN DE LOS INMIGRANTES VENEZOLANOS CON LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN BOA VISTA, RORAIMA: ENFOQUE CUALITATIVO	
<i>Loeste de Arruda-Barbosa, Gabiane Crisostomo Nascimento da Silva, Irian dos Santos Soares, Jéssyca Gabriella Umburanas, Alef Phelipp Soares Borges, Dyago Silva Santos</i>	
AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS POR MEIO DE SIMULAÇÃO ..	34
SKILL ACQUISITION FOR VACCINE ADMINISTRATION THROUGH SIMULATION	
ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PARA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS A TRAVÉS DE SUMULACIÓN	
<i>Jessyca Elaine Chagas Barbosa, Lana Barroso Melo Camelo, John Anderson dos Santos Morais, Eveline Pinheiro Beserra, Jamine Borges de Morais, Maria Alzete de Lima</i>	
PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR...	41
MENTAL HEALTH CARE PRACTICES FROM THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT	
PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR	
<i>Cristiane Nogueira Costa</i>	
FLUXOGRAMA PARA A VIGILÂNCIA DE CONTATOS DE HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	50
FLOWCHART FOR SURVEILLANCE OF HANSEN'S DISEASE CONTACTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY	
FLUJOGRAMA PARA LA VIGILANCIA DE CONTACTOS DE LA LEPRO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA	
<i>Vitória Ferreira do Amaral, Maria Socorro Carneiro Linhares, Lielma Carla Chagas da Silva, Letícia Reichel dos Santos, Manoelise Linhares Ferreira Gomes, Francisco José Maia Pinto</i>	
HANSENÍASE E TESTES DIAGNÓSTICOS RÁPIDOS: DESAFIOS E GESTÃO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA & INOVAÇÃO EM SAÚDE	60
HANSEN'S DISEASE AND RAPID DIAGNOSTIC TESTS: CHALLENGES AND MANAGEMENT OF SCIENCE, TECHNOLOGY & INNOVATION IN HEALTH	
LA LEPRO Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RÁPIDAS: DESAFÍOS Y GESTIÓN DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD	
<i>Luiz Carlos de Melo, Adriana Campos Meiado, Vera Lucia Gomes de Andrade, Marcos da Cunha Lopes Virmond</i>	
SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	67
SAFETY OF THE ELDERLY PATIENTS IN THE WORK PROCESS OF THE NURSE IN PRIMARY HEALTH CARE	
SEGURIDAD DE PACIENTES MAYORES EN EL PROCESO DE TRABAJO DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD	
<i>Karine Cristina Siqueira Cunha, Queila Santos Rita, Roberta Seron Sanches, Simone Albino da Silva, Zélia Marilda Rodrigues Resck</i>	

TECNOLOGIAS ASSOCIADAS À DECANULAÇÃO PEDIÁTRICA: REVISÃO DE ESCOPO..... 75

TECHNOLOGIES ASSOCIATED WITH PEDIATRIC DECANULATION: SCOPE REVIEW

TECNOLOGÍAS ASOCIADAS A LA DECANULACIÓN PEDIATRICA: REVISIÓN DEL ESCOPO

Marinisi Sales Aragão Santos, Ana Paula Agostinho Alencar, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

FATORES INTERVENIENTES NA ACESSIBILIDADE DE PRETOS E PARDOS AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA 93

INTERVENING FACTORS IN THE ACCESSIBILITY OF BLACK AND BROWN PEOPLE TO PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

FACTORES INTERVINIENTES EN LA ACCESIBILIDAD DE NEGROS Y PARDOS A LOS CUIDADOS PRIMARIOS A LA SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA

Maria Tereza Leite Mariano, Esther Alves Fernandes, Marcelo Costa Fernandes

VISITA DOMICILIAR: FERRAMENTA DE APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES DE MEDICINA E DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR 102

HOME VISIT: A LEARNING TOOL FOR MEDICINE AND FAMILY GUIDANCE STUDENTS

VISITA DOMICILIARIA: UNA HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE PARA ALUMNOS DE MEDICINA Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

Ana Tereza Galdino Saraiva, Milena Silva Costa, Pedro Garcia Dias de Barros, Pedro Lucas Gomes Moreira de Meneses

TECENDO O CUIDADO: A ATIVIDADE DE TÉCNICO DE REFERÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL 109

WEAVING CARE: THE ACTIVITY OF A REFERENCE TECHNICIAN IN MENTAL HEALTH SERVICES

TEJIENDO CUIDADOS: LA ACTIVIDAD DE TECNICO DE REFERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Bárbara Lobo Paz, Ana Maria Moura Silva

IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA ESCOLARES SOBRE FATORES DE RISCO CEREBROVASCULARES 116

IMPLEMENTATION OF EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR SCHOOL STUDENTS ON CEREBROVASCULAR RISK FACTORS

IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS PARA ESCOLARES SOBRE FACTORES DE RIESGO CEREBROVASCULARES

Tahissa Frota Cavalcante, José Erivelton de Souza Maciel Ferreira, Osmar Rodrigues Paixão Neto, João Cruz Neto, Rafaella Pessoa Moreira, Daniel Freitas Oliveira Damasceno

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS 123

PHARMACIST'S PERFORMANCE IN A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH: CHALLENGES AND PERSPECTIVES

ACTUACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UNA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA: DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Tainara Melo Lira, Viviane Pinheiro Alves de Almeida

DESFINANCIAMENTO E EQUIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SUJEITOS DE UMA RELAÇÃO ANTAGÔNICA

A história do sistema de saúde pública brasileiro é constituída por diferentes épocas, sendo performada pela transição de um modelo sustentado nos referenciais higienistas e das polícias médicas, no início do século XX, ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, com inspirações nos referenciais de cidadania e dignidade humana.

Apesar das diferenças conceituais, do avanço da medicina social e saúde coletiva e da evolução das teorias políticas e dos direitos humanos, no mundo, a partir da década de 1950, o subfinanciamento marcou uma característica prevalente e dominante em todos os perfis de sistema de saúde com a adoção de princípios universais de acesso e integralidade do cuidado. Isso ocorreu com a Inglaterra, país pioneiro na adoção de um sistema de saúde universal, Portugal, Itália, Canadá e Brasil, que, em conjunto, emergem de tendências *beveridgianas*¹.

No Brasil, com a criação do SUS, foram tentadas estratégias para garantir o financiamento necessário para as ações de saúde, consonantes aos princípios doutrinários do sistema (equidade, integralidade e universalidade). Vejamos, a Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, já condicionada aos efeitos das Normas Operacionais Básicas do SUS – NOB/SUS 93/96, definiu os percentuais de participação, conforme arrecadação, dos municípios (15%) e estados (12%) no financiamento do SUS, mas foi insuficiente ao definir a participação da União e a aplicação anual do Produto Interno Bruto (PIB) proporcional às necessidades do sistema².

Apesar das tentativas, a indefinição de instrumentos regulamentadores e da direção única de financiamento previdenciário, o congelamento dos gastos com saúde por meio da Emenda Constitucional n.º 95³ e a revitalização da corrente política de extrema direita e neoliberal no Brasil, na segunda década deste século, reduziram o ritmo de avanços no SUS, restringindo seu desenvolvimento.

Há, portanto, um paradoxo mensurável entre a adoção de princípios revolucionários e socialmente benéficos que sustentam os princípios do atual sistema público de saúde e o desfinanciamento da saúde pública. Cabe referendar o desfinanciamento, e não o subfinanciamento, pois são coisas diferentes de um ponto de vista teórico. Enquanto o desfinanciamento é, de fato, o desaceleramento da alocação de recursos proporcionais às necessidades e a extinção de políticas públicas de saúde pelo falecimento financeiro, o subfinanciamento é a despriorização orçamentária. Desse modo, vale considerar que nos últimos anos o SUS tem passado por um desfinanciamento.

Tal fato, além do paradoxo, gera uma dissonância na operacionalização do sistema. Ora, como possibilitar o acesso àqueles que mais necessitam, reorientar as políticas públicas para que acessem de modo diferente as diferentes necessidades, se o princípio fundamentador da equidade, que é a possibilidade do acesso (leia-se universalidade), também está sendo corrompido pelo desfinanciamento da saúde?

Apesar de complexa, a resposta para esse questionamento é simples. Para permitir que a equidade no SUS aconteça, é necessário reduzir os efeitos do Estado Neoliberal em um sistema de perspectivas universalistas e reorientar o financiamento para contemplar as necessidades do sistema nos diferentes níveis de atenção.

Para tanto, este editorial busca trazer a reflexão aos leitores da *Sanare – Revista de Políticas Públicas* sobre os desafios e possibilidades de “fazer o SUS avançar nos próximos anos”. Esperamos que a leitura dos artigos que compõem esta edição da revista possa trazer inspirações para novos estudos.

Diógenes Farias Gomes
Enfermeiro, Gestor Público,
Doutor em Saúde Coletiva (UECE).

REFERÊNCIAS

1. Paim J. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde(SUS). Saúde debate; 2019;43(5):15-28. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
2. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 [Document on the internet]. Casa Civil: Brasília; 2000 [cited 2023 May 28]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
3. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 [Document on the internet]. Casa Civil: Brasília; 2016 [cited 2023 May 29]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm



ADESÃO AO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: ESTUDO CASO-CONTROLE

ADHERENCE TO CERVICAL CANCER PREVENTION PROTOCOL: A CASE-CONTROL STUDY
ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: UN ESTUDIO DE CASO-CONTROL

Deolinda Márcia Pompeu Bueno ¹

Inara Pereira da Cunha ²

Marcelo de Castro Meneghim ³

Como Citar:

Bueno DMP, Cunha IP, Maneghim MC. Adesão ao protocolo de prevenção do câncer de colo do útero: estudo caso-controle. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Neoplasias do Colo do Útero; Serviços Preventivos de Saúde; Serviços de Saúde.

Descriptors:

Cervical Neoplasms; Preventive Health Services; Health Services.

Descriptores:

Neoplasias del Cuello Uterino; Servicios Preventivos de Salud; Servicios de Salud.

Submetido:

29/07/2022

Aprovado:

15/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Inara Pereira da Cunha
Av. Senador Filinto Muller, Vila Ipiranga, Campo Grande- Mato Grosso do Sul
CEP:79074.460
E-mail: inara-pereira@hotmail.com

RESUMO

Investigou-se a associação da adesão ao protocolo de prevenção no controle do câncer de colo do útero com o número de casos confirmados na Estratégia Saúde da Família (ESF), por intermédio de um estudo de caso-controle retrospectivo, realizado em 2019, no município de Amparo, São Paulo. A amostra constituiu-se de 102 mulheres assistidas pela ESF, na proporção de 1:1, entre os grupos. O desfecho foi a confirmação do câncer de colo do útero divulgado pelo exame laboratorial e presente no prontuário. Foram consideradas variáveis independentes (idade, raça, escolaridade, estado civil, número de filhos e adesão ao protocolo preventivo). Aplicou-se análise de regressão logística múltipla. A maioria era branca (79,4%), com ensino médio incompleto/completo (28,4%) e com companheiro (56%). No grupo caso (com resultado positivo do exame), 84,3% das mulheres não aderiram ao protocolo; já no grupo controle, 32,4% das mulheres não aderiram ($p < 0,05$). Na análise final, observou-se que mulheres com idade ≤ 43 anos (IC95%: 1,40-4,53), sem filhos (IC95%: 1,09-3,88) e que não aderiram ao protocolo para a prevenção do câncer de colo do útero tiveram mais chance de desenvolver a doença (IC95%: 1,18-4,87). A não adesão ao protocolo de prevenção aumenta a chance de ocorrência do câncer de colo do útero, evidenciando a urgência de reforçar essa estratégia.

1. Mestranda do Programa de Pós-graduação Profissional em Gestão e Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas (FOP/Unicamp). E-mail: pompeubueno@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0404-2078>
2. Servidora pública estatutária. Gerente de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. E-mail: inara-pereira@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5330-6869>
3. Professor permanente da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil (FOP/Unicamp). E-mail: meneghim@unicamp.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2673-3627>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. Revisão de texto: Karina Maria M. Machado. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

The association of adherence to the prevention protocol to control cervical cancer with the number of confirmed cases in the Family Health Strategy (FHS) was investigated by means of a retrospective case-control study, in 2019, in the municipality of Amparo, São Paulo. The sample consisted of 102 women assisted by the FHS, with a 1:1 ratio between groups. The endpoint was laboratory-confirmed cervical cancer also recorded in the medical chart. The independent variables considered were age, race, education, marital status, number of children, and adherence to the preventive protocol. A multiple logistic regression analysis was applied. Most were white (79.4%), with incomplete/complete high school (28.4%) and with a partner (56%). In the case group (with a positive test result), 84.3% of the women did not adhere to the protocol; however, in the control group, 32.4% of the women did not adhere to the protocol ($p < 0.05$). In the final analysis, we observed that women aged ≤ 43 years (95%CI: 1.40-4.53), childless (95%CI: 1.09-3.88), and who did not adhere to the cervical cancer prevention protocol, were more likely to develop the disease (95%CI: 1.18-4.87). The non-adherence to the prevention protocol increases the chances of cervical cancer, highlighting the urgency of reinforcing this strategy.

RESUMEN

Se investigó la asociación de la adhesión al protocolo de prevención en el control del cáncer de cuello uterino con el número de casos confirmados en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), a través de un estudio de caso-control, retrospectivo, en 2019, en el municipio de Amparo, São Paulo. La muestra se constituyó de 102 mujeres asistidas por la ESF, en la proporción de 1:1 entre los grupos. La conclusión fue la confirmación del cáncer del cuello uterino divulgado por el examen de laboratorio y presente en el registro médico. Fueron consideradas variables independientes (edad, raza, escolaridad, estado civil, número de hijos y adhesión al protocolo preventivo). Se aplicó el análisis de regresión logística múltiple. La mayoría era blanca (79,4%), con la enseñanza media incompleta/completa (28,4%) y con pareja (56%). En el grupo caso (con resultado positivo del examen), 84,3% de las mujeres no han adherido al protocolo; en el grupo control, 32,4% de las mujeres no han adherido ($p < 0,05$). En el análisis final, se observó que mujeres con edad ≤ 43 años (IC95%: 1,40-4,53), sin hijos (IC95%: 1,09-3,88) y que no han adherido al protocolo para la prevención del cáncer de cuello uterino, tuvieron más chances de desarrollar la enfermedad (IC95%: 1,18-4,87). Cuando no realizada la adhesión al protocolo de prevención se aumenta la chance de aparición del cáncer del cuello de útero, evidenciando la urgencia de reforzar esa estrategia.

.....

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero (CCU) é causado por infecções persistentes de alguns tipos de Papilomavírus Humano (HPV)¹. A infecção genital por esse vírus é muito frequente e não causa a doença, na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer².

Desde 1980, o CCU é observado como o segundo câncer responsável pela morte de mulheres no Brasil, caindo para o quarto lugar em 2017³. Apesar do declínio da doença ao longo dos anos, esse problema de saúde ainda é pertinente. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que, para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados 16.590 novos casos de CCU no país, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres⁴.

Alterações celulares no colo uterino podem ser diagnosticadas por meio da citologia oncológica, também conhecida como exame preventivo, ou

Papanicolau⁵. No Brasil, houve um avanço na capacidade de realizar o diagnóstico precoce; na década de 90, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, ou seja, o estágio mais agressivo da doença. No século XX, 44% dos casos diagnosticados eram lesões precursoras do câncer, e passíveis de intervenção⁴.

No mesmo período, estratégias eficazes para o rastreamento e diagnóstico precoce do CCU foram estabelecidas no Brasil⁶. Desde a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde preconiza que as equipes de saúde estimulem a adesão ao exame preventivo entre as mulheres de 25 a 64 anos, que têm ou tiveram uma vida sexual ativa. Orienta-se o estabelecimento de um protocolo preventivo, baseado inicialmente na coleta de amostra celular do epitélio do colo do útero, por meio do exame preventivo. Ele deve ser repetido com intervalo de um ano (caso não apresente alterações). Após dois exames anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos⁷.

A realização periódica do exame preventivo é adequada, prática e de baixo custo para o rastreamento do CCU. Entretanto, há um déficit dessa oferta de procedimento no serviço público⁸, dificuldades para o agendamento de consultas⁹ e aspectos do processo de trabalho que limitam o acesso¹⁰. Ainda mais preocupante, é o percentual reportado na literatura, que varia de 21% a 40,7%, de mulheres não aderentes ao protocolo preventivo^{11,12}.

Cabe, portanto, testar a hipótese de que, apesar da existência de políticas públicas voltadas para a população feminina brasileira, ainda se percebe a falta de adesão ao exame preventivo CCU, tendo como consequência um maior número de casos confirmados da doença.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi investigar a associação da adesão ao protocolo de prevenção, proposto pelo Ministério da Saúde, com os casos confirmados de CCU assistidos pela ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, retrospectivo, do tipo caso-controle, realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Amparo, São Paulo, SP, em 2019.

A APS do município é composta por 16 Unidades de Saúde da Família (USF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), perfazendo 21 equipes de Saúde da Família e 1 equipe de Atenção Básica. A população base do estudo foi constituída por mulheres na idade entre 25 e 64 anos, devidamente pertencentes à área de abrangência das equipes de Saúde da Família (eSF), sendo composta por 20.558 mulheres cadastradas nas eSF. Foram excluídas aquelas que fazem uso de medicamentos e tratamentos que interferem no estudo (quimioterapia ou radioterapia). O tamanho amostral foi calculado considerando uma probabilidade de exposição entre os controles de 50%, *odds ratio* (OR) de 2,0 para o desenvolvimento do câncer, IC de 95% e 80% de poder do teste.

Assim, foram selecionadas como caso 102 mulheres que tiveram resultados alterados de citologia do colo de útero com comprovação laboratorial citológica, e 102 mulheres para controle (aquelas que não tiveram alteração da citologia do colo do útero), na proporção de 1:1. Os grupos de caso e de controles são de mulheres moradoras de áreas cobertas pela ESF.

A coleta foi realizada por intermédio do prontuário das pacientes, foram extraídas as variáveis

independentes relacionadas à raça (branca/parda ou preta); idade (categorizada conforme a mediana); escolaridade; estado civil (com um companheiro, sendo caracterizada por casada/união estável; e sem um companheiro, caracterizada por estar divorciada/viúva); e filhos (categorizada pela mediana). Ainda, foram coletadas informações sobre a completude dos exames citopatológicos (adesão ao protocolo).

De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, as mulheres de 25 a 64 anos que têm ou tiveram uma vida sexual ativa, devem realizar o exame Papanicolau. Após ter dois exames consecutivos com resultados negativos para câncer, com intervalo de um ano, o intervalo entre os exames muda, e passa a ser feito a cada três anos⁶. Considerando o protocolo preconizado, mensurou-se sua adesão, quando, no prontuário, houvesse o registro de dois exames Papanicolau consecutivos entre dois anos, com intervalo de três anos para o terceiro exame. Assim, a adesão ao protocolo foi considerada quando havia registros de coletas periódicas dentro do intervalo trienal.

Os desfechos foram os casos confirmados de CCU pelo laudo laboratorial, de acordo com as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do CCU. Foi realizada a análise descritiva básica dos dados a partir da frequência, média, mediana, desvio-padrão e valor mínimo e máximo.

O pareamento entre os grupos caso e controle foi analisado pelos testes Exato de Fisher (raça, escolaridade e estado civil), teste t (idade) e Mann Whitney (número de filhos). O pareamento dos grupos caso e controle visou selecionar variáveis significativas, para melhorar a precisão das estimativas de *odds ratio*, controlando potenciais confundidores.

A associação entre o cumprimento do protocolo de prevenção proposto pelo Ministério da Saúde e o resultado do exame foi analisada inicialmente por regressão logística simples, estimando-se o OR bruto com o Intervalo de 95% de Confiança (IC).

Como houve associação do resultado do exame com a idade e o número de filhos, foi estimado um modelo de regressão logística múltipla, considerando essas variáveis. A idade foi categorizada conforme a mediana da amostra geral (caso e controle). As variáveis raça e escolaridade também foram estudadas no modelo múltiplo, mas não permaneceram no modelo final. Pelo modelo múltiplo foi estimado OR ajustado, com o intervalo de 95% de confiança. O ajuste do modelo foi avaliado pelo Critério de

Informação de Akaike (AIC) e -2 Log L (log likelihood). Todas as análises foram realizadas no programa R¹³, considerando o nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP – Unicamp, CAAE n.º 04424018.7.0000.5418, sob o parecer de aprovação n.º 3.095.289.

RESULTADOS

Observa-se na Tabela 1 que a amostra que compõe o estudo foi formada por 79,4% mulheres da raça branca, 47,1% com ensino fundamental, 28,4% com ensino médio e 56% com companheiro. A média de idade foi de 40,3 ($\pm 10,6$), com média de um filho (Tabela 2).

Tabela 1 – Comparação do perfil (raça, escolaridade, estado civil) das participantes nos grupos caso e controle. Amparo, São Paulo, 2019.

Variável	Categoria	Caso n (%)	Controle n (%)	p-valor
Raça	Branca	81 (79,40%)	87 (85,30%)	0,1478
	Parda	15 (14,70%)	8 (7,80%)	
	Negra	5 (4,90%)	4 (3,90%)	
	Amarela	0 (0,00%)	3 (2,90%)	
	Sem informação	1 (1,00%)	0 (0,00%)	
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	1 (1,00%)	1 (1,00%)	0,142
	Sabe ler e escrever	6 (5,90%)	1 (1,00%)	
	Fundamental	48 (47,10%)	62 (60,80%)	
	Médio	29 (28,40%)	28 (27,50%)	
	Superior	3 (2,90%)	2 (2,00%)	
	Sem informação	15 (14,70%)	8 (7,80%)	
Estado civil	Sem companheiro	44 (43,10%)	35 (34,30%)	0,3754
	Com companheiro	56 (54,90%)	63 (61,80%)	
	Sem informação	2 (2,00%)	4 (3,90%)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 – Comparação do perfil (idade e número de filhos) das participantes nos grupos caso e controle. Amparo, São Paulo, 2019.

Variáveis	Caso		Controle		p-valor
	Média (desvio-padrão)	Mediana (mínimo-máximo)	Média (desvio-padrão)	Mediana (mínimo-máximo)	
Idade	40,3 (10,6)	40,0 (25,0; 64,0)	46,0 (11,0)	45,5 (26,0; 64,0)	0,0003
Filhos	1,1 (1,3)	1,0 (0,0; 5,0)	1,3 (1,0)	1,0 (0,0; 4,0)	0,0657

Fonte: Dados da pesquisa.

No grupo caso, 84,3% das mulheres não aderiram ao protocolo preventivo, sendo esse percentual menor no grupo controle (32,4%). A Tabela 3 apresenta as análises (brutas e ajustadas) das associações das variáveis independentes com o cumprimento do protocolo de prevenção do CCU para os grupos caso e controle, em região de cobertura das equipes de Saúde da Família. As mulheres do grupo caso, ou seja, com resultado positivo do exame de CCU, têm 2,40 (IC95%: 1,18-4,87) vezes mais chance de não terem cumprido o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde.

Tabela 3 – Associações das variáveis com o cumprimento do protocolo de prevenção do CCU (grupos caso e controle). Amparo, São Paulo, 2019.

Variável	Categoria	Grupos			OR bruto (IC95%)	p-valor	OR ajustado (IC95%)	p-valor
		n (%)	Caso n (%)	Controle n (%)				
Idade (anos)	≤43*	106 (52,0%)	65 (63,7%)	41 (40,2%)	2,61 (1,48-4,60)	0,0009	2,52 (1,40-4,53)	0,0019
	>43	98 (48,0%)	37 (36,3%)	61 (59,8%)	Ref		Ref	
Tem filhos	Não	65 (31,9%)	42 (41,2%)	23 (22,6%)	2,40 (1,31-4,42)	0,0048	2,06 (1,09-3,88)	0,0253
	Sim	139 (68,15)	60 (58,8%)	79 (77,4%)	Ref		Ref	
Adesão ao protocolo	Não	155 (76,0%)	86 (84,3%)	69 (32,4%)	2,57 (1,31-5,05)	0,0062	2,40 (1,18-4,87)	0,0151
	Sim	49 (24,0%)	16 (15,7%)	33 (67,6%)	Ref		Ref	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Mediana AIC (modelo vazio)=284,80; AIC (modelo final)=266,59; -2 Log L (modelo vazio)=282,80; -2 Log L (modelo final)=258,59.

DISCUSSÃO

A hipótese de que é baixa a adesão ao protocolo de prevenção do CCU, tendo como consequência maior número de casos, foi verdadeira. Os resultados apontaram que a não adesão ao protocolo preventivo do CCU aumentou a chance do desenvolvimento da doença. Do total dos casos confirmados, 84,3% não cumpriram com o número de exames estipulados pelo protocolo. Verificou-se ainda que mulheres jovens e sem filhos também tiveram maior chance de apresentar CCU.

O número de mulheres que não aderiram ao protocolo é maior do que o reportado na literatura. Pesquisa anterior, que entrevistou 71 mulheres acometidas por CCU na região de Minas Gerais, identificou que 56,3% nunca tinham se submetido ao exame Papanicolau¹⁴. Também em Minas, estudo realizado com 308 mulheres revelou que 21,4% da amostra nunca havia realizado o exame citopatológico do colo do útero¹². Já estudo com dados nacionais de 1.710 mulheres, entrevistadas por telefone pelo inquérito VIGITEL, identificou que 14,6% não realizou colpocitologia oncológica nos últimos três anos anteriores à pesquisa¹⁵.

De forma geral, a não adesão ao exame preventivo perpassa por diversos fatores, desde o âmbito individual aos aspectos contextuais relacionados à organização dos serviços. Ao investigar os motivos

mencionados pelas mulheres como justificativas da não realização do procedimento, Fernandes et al.¹⁶ encontraram algumas barreiras de acesso, como ausência de acolhimento frente às singularidades pessoais, falta de itens necessários para a coleta do citopatológico, e morar em zona rural. Sentimentos de medo, vergonha e constrangimento também já foram verbalizados pelas mulheres como impedimentos para acessar a unidade de saúde¹⁷⁻¹⁹.

Apesar de ser uma questão individual, é interessante refletir que esses aspectos podem ser trabalhados pela equipe de saúde por meio de ações educativas e de sensibilização desse segmento^{20,21}. Para Lopes et al.⁹, as maiores barreiras para o controle do CCU encontram-se na informação das mulheres que não conhecem a periodicidade adequada do exame preventivo. De fato, na prática, das 35.844 mulheres entrevistadas e assistidas pela eSF, 19,2% afirmaram não receber orientação sobre a importância do exame preventivo do CCU e sobre o período para nova coleta²².

Além disso, o rastreamento proporcionado pelas equipes de saúde parece ser influenciado por aspectos culturais e sociais da comunidade, não atendendo às iniquidades presentes no território^{23,24}. Soma-se ainda a sobrecarga de trabalho entre os profissionais da ESF, e o restrito número de vagas para os exames, com horários que, muitas vezes, não atendem às necessidades das mulheres trabalhadoras²⁵.

É importante discorrer sobre esses pontos a fim de repensar meios que reforcem a adesão aos exames, como aproveitar as consultas agendadas das mulheres ou visitas por outros motivos de saúde na unidade, e atrelar a realização do exame preventivo¹³. Essa é uma ação essencial, visto que o diagnóstico precoce é proporcionado pelo protocolo preventivo, como revelam os resultados do presente estudo.

Isso justifica-se uma vez que o exame Papanicolau tem como função triar as lesões precursoras do câncer do colo uterino, não impedindo as lesões em si, mas possibilitando intervenção precoce e encaminhamentos necessários que promovam a recuperação dos tecidos²⁶. A identificação tardia da doença resulta em tratamentos invasivos, agressivos e que comprometem as mulheres acometidas por CCU de maneira física e emocional, além de elevar o índice de mortalidade, com aumento de custos de internação e medicação dentro do sistema de saúde²⁷.

Ainda, o estudo em tela identificou que mulheres mais jovens apresentaram mais chance de desenvolver a doença. A idade foi um fator mencionado na literatura como uma condição associada à não adesão ao protocolo preventivo¹².

O protocolo preventivo do Ministério da Saúde recomenda que o início do rastreamento e adesão ao exame Papanicolau seja direcionado para mulheres sexualmente ativas com 25 anos de idade. A pouca idade não é o fator predisponente para a ocorrência do CCU, mas é o comportamento do sexo não seguro, que pode influenciar na exposição a doenças, especialmente a exposição ao HPV, responsável por inflamações no colo do útero que podem evoluir para o câncer².

Entrevistas conduzidas com um grupo de mulheres assistidas pela eSF revelou que cerca de 37% tiveram a primeira relação sexual entre os 18 e 20 anos de idade, e menos da metade utilizavam preservativos (33,1%)²⁸. Essa realidade aponta a presença de falhas não apenas no rastreamento ativo das mulheres na faixa etária preconizada pelo protocolo, mas também na urgência em massificar a informação sobre estilo de vida e riscos que envolvem o CCU.

Outra questão envolvida na confirmação de CCU foi a ausência de filhos. Esse resultado pode estar atrelado à procura das mulheres aos serviços de saúde e ao rastreamento oportunístico conduzido nas eSF²⁹. Estudo realizado em uma comunidade urbana de baixa renda constatou que mulheres que tiveram, no máximo, uma gestação, apresentaram 2,6 vezes mais chance de ter realizado o preventivo

com periodicidade anual¹¹.

A gestação e o período do puerpério podem oportunizar maiores contatos com os serviços de saúde, incluindo maior número de exames de rotina, sendo essa uma oportunidade de os profissionais de saúde solicitarem a realização do exame. Resultados de um estudo conduzido no Rio Grande do Sul revelaram que puérperas que realizaram todas as seis consultas de pré-natal submeteram-se mais ao exame Papanicolau, quando comparadas com puérperas que realizaram de uma a cinco consultas, afirmando que o número de consultas aumenta as chances de realizar o exame preventivo³⁰.

Essa informação pode ser um desdobramento de uma possível organização dos serviços pautados no atendimento à demanda espontânea, restringindo a realização do exame citopatológico apenas às mulheres que buscam o cuidado em saúde por outras razões. Assim, os resultados presentes fortalecem a necessidade do rastreamento ativo e o aumento da cobertura do exame para a detecção precoce do CCU, devendo essas medidas ser prioridade da ESF.

Por fim, é importante mencionar as limitações deste estudo. Deve-se destacar que foram utilizadas informações extraídas de prontuários, sendo questionada a qualidade desse tipo de registro e a possível presença de vies de informação. Entretanto, procurou-se imprimir maior rigor na coleta e no tratamento estatístico.

CONCLUSÃO

A adesão ao protocolo preventivo de câncer de colo de útero por mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família, especialmente adultas mais jovens e sem filhos, é de extrema importância para a saúde coletiva.

Ao não aderirem ao protocolo preventivo, essas mulheres estão expostas a um maior risco de desenvolver câncer de colo de útero e suas complicações. A disseminação da doença em uma comunidade pode gerar um aumento significativo na demanda por serviços de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, sobrecarregando o sistema de saúde e gerando custos adicionais.

Portanto, é fundamental promover a conscientização, o acesso e a adesão ao protocolo preventivo de CCU, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, visando reduzir a incidência e a mortalidade por câncer de colo de útero. Finalmente, os profissionais de saúde devem enfatizar a

importância da realização desse exame, assim como realizar uma busca ativa na comunidade para identificar mulheres com o perfil mencionado.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Deolinda Márcia Pompeu Bueno contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Inara Pereira da Cunha** contribuiu com a redação do manuscrito e revisão crítica. **Marcelo de Castro Meneghim** contribuiu com o delineamento da pesquisa e redação do manuscrito. Todos(as) os(as) autores(as) aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Hemmat N, Bannazadeh Baghi H. Association of human papillomavirus infection and inflammation in cervical cancer. *Pathogens and Disease*. 2019;77(5):ftz048.
- Araldi RP, Sant'Ana TA, Módolo DG, Melo TC, Spadacci-Morena DD, Cassia Stocco R, et al. The human papillomavirus (HPV)-related cancer biology: An overview. *Biomed Pharmacother*. 2018;106:1537-56.
- Silva GA, Jardim BC, Ferreira V de M, Junger WL, Girianelli VR. Cancer mortality in the Capitals and in the interior of Brazil: a four-decade analysis. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:126.
- Instituto Nacional de Câncer, José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- Fonseca FV, Cordeiro MVG, Pozza AC, Maestri CA. Cervical Intraepithelial Neoplasia: Analyzing the Disease Present Exclusively in the Endocervical Canal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(4):385-90.
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [cited 2022 June 10]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>
- Brasil. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- Ribeiro CM, Dias MBK, Pla MAS, Correa FM, Russomano FB, Tomazelli JG. Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(6):e00183118.
- Lopes VAS, Ribeiro JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24:3431-42.
- Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Health assistance path of women between diagnosis and treatment initiation for cervix cancer. *Saúde debate*. 2018;42:687-701.
- Falcão GB, Ibiapina FLP, Feitosa HN, Feitosa TS, Lacerda PD, Braga JU, et al. Fatores associados à realização de citologia para prevenção de câncer do colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda. *Cad saúde colet*. 2014;22:165-72.
- Ribeiro L, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Leite ICG. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cad Saúde Pública*. 2016;32:e00001415.
- R Core Team. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing: Vienna; 2019.
- Gomes CHR, Silva JA da, Ribeiro JA, Penna RMM. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(1):41-5.
- Silva RR, Traebert G A, Traebert E, Traebert J, Nunes RD. Fatores Associados à não Realização de Colpocitologia Oncótica nas Capitais da Região Sul do Brasil. *Rev AMRIGS*. 2022;66(3):656-62.
- Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, Almeida PF, Santos AM. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad Saúde Pública*. 2019;35:e00234618.
- Aguilar RP, Soares DA. Barreiras à realização do exame Papanicolaou: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. *Physis*. 2015;25:359-79.
- Roque AV, Lima ES, Lopes G S. A influência dos fatores psicossociais na prevenção do câncer do colo de útero / The influence of psychosocial factors on cervical cancer prevention. *Braz J Dev*. 2022;8(5):41805-19.
- Santos JN, Gomes RS. Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer

do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2022;68(2):e-031632.

20. Soares MBO, Pereira G de A, Silva SR da. Fatores associados ao conhecimento sobre Papanicolau. *Cien Cuid Saude.* 2020;19:e48557.

21. Guedes TRON, Filha JAP, Espinar RMS, Souza RFPD, Cavalcante ER, Veiga AS, et al. Estratégias educativas para aumentar a adesão ao exame papanicolau: a experiência da UBSF 0-16, Manaus-AM. *Saúde em Redes.* 2021;7(2):61-71.

22. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:67.

23. Brito PN, Pereira TCF, Neves Neto DN das, Ribeiro CZ. Atenção básica: indicadores de Saúde da Mulher no Estado do Tocantins, Brasil. *Cad saúde colet.* 2022;30:407-15.

24. Manica ST, Drachler ML, Teixeira LB, Ferla AA, Gouveia HG, Anschau F, et al. Socioeconomic and regional inequalities of pap smear coverage. *Rev Gaucha Enferm.* 2016;37(1):e52287.

25. Sevalho E de S, Cançoço J da S, Xavie J dos S, Silva FB da, Lopes G de S. Diagnóstico precoce do câncer do colo do útero na atenção básica: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros. *Rev InterScientia.* 2021;8(1):30-44.

26. Fukui S, Nagasaka K, Iimura N, Kanda R, Ichinose T, Sugihara T, et al. Detection of HPV RNA molecules in stratified mucin-producing intraepithelial lesion (SMILE) with concurrent cervical intraepithelial lesion: a case report. *Virol J.* 2019;16(1):76.

27. Buskwofie A, David-West G, Clare CA. A Review of Cervical Cancer: Incidence and Disparities. *J Natl Med Assoc.* 2020;112(2):229-32.

28. Andrade MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23:111-20.

29. Faria LV, Emmerick ICM, da Silva MJS. Effect of municipal and state regulation on access and outcomes for cervical cancer patients in Rio de Janeiro, Brazil: An interrupted time series analysis. *J Cancer Policy.* 2022;33:100339.

30. Terlan RJ, Cesar JA. Não realização de citopatológico de colo uterino entre gestantes no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23:3557-66.

PARÂMETROS CLÍNICOS DE RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO TESTE DO CORAÇÃOZINHO

CLINICAL PARAMETERS FOR NEWBORN INFANTS SUBMITTED TO THE LITTLE HEART TEST
PARÁMETROS CLÍNICOS DE LOS RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS AL TEST DEL CORAZONCITO

Kássia Carvalho Araújo ¹

Tatiane de Sousa Paiva ²

Ingrid Kelly Morais Oliveira ³

Francisco Douglas Canafístula de Souza ⁴

Keila Maria de Azevedo Ponte Marques ⁵

Como Citar:

Araújo KC, Paiva TS, Oliveira IKM, Souza FDC, Marques KMAP. Parâmetros clínicos de recém-nascidos submetidos ao Teste do Coraçãozinho. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Cardiopatias congênitas; Oximetria de pulso; Recém-nascido.

Descriptors:

Congenital heart diseases; Pulse oximetry; Newborn.

Descriptores:

Cardiopatías congénitas; Oximetría de pulso; Recién nacido.

Submetido:

18/01/2023

Aprovado:

24/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Douglas Canafístula de Souza
Rua do Juazeiro, Caioca, Sobral,
Ceará, CEP: 62109-00
E-mail: douglas21091997@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se identificar os parâmetros do Teste do Coraçãozinho em recém-nascidos e descrever a evolução clínica e ocorrência de cardiopatias congênitas, após um ano, nesses recém-nascidos. Trata-se de uma pesquisa longitudinal e quantitativa, realizada de dezembro de 2019 a novembro de 2021, com 76 recém-nascidos, em Sobral, Ceará. Avaliou-se com relação aos parâmetros do Teste do Coraçãozinho, e cerca de 98,68% (75) deles apresentaram resultados dentro da normalidade do teste, e somente 1,32% teve alteração no primeiro resultado, porém, após uma hora, foi refeito o procedimento, que apresentou normalidade. Observou-se evolução clínica após um ano: 28,95% não fizeram puericultura devido ao distanciamento social por conta da pandemia, 6,58% apresentaram algum problema de saúde, no entanto 100% não desenvolveram cardiopatias ou problemas associados ao sistema cardiovascular. O estudo reforçou a eficácia da realização do Teste do Coraçãozinho, demonstrando o não desenvolvimento de cardiopatias após um ano de vida dos recém-nascidos, corroborando, assim, a relevância em ser feito o Teste em todos os recém-nascidos.

1. Graduada em enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde. E-mail: kassiacarvalho2@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1679-2340>

2. Graduada em enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde. E-mail: tatianesousa503@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8555-6355>

3. Graduada em enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde. E-mail: ingridkelly17ik@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1536-7289>

4. Graduando em enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde. E-mail: douglas21091997@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8845-1062>

5. Doutora e mestra em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, docente do curso de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde. E-mail: keilinhaponte@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5215-7745>

ABSTRACT

The objective was to identify the parameters of the little heart test in newborns and to describe the clinical evolution and the occurrence of a congenital heart disease in these newborns after one year. This is a longitudinal and quantitative research carried out from December 2019 to November 2021, with 76 newborns, in Sobral, Ceará. An evaluation was performed in regards to the parameters of the little heart test, and about 98.68% (75) presented results within the normal range of the test, and only 1.32% had an abnormality in the first result, but after an hour the procedure was repeated and it proved normal. The clinical evolution was observed after one year: 28.95% did not return for childcare due to the social distancing imposed by the pandemic, 6.58% had some health problem, however 100% did not develop a heart disease or problems associated to the cardiovascular system. The study reinforced the efficiency of performing the little heart test, demonstrating the non-development of heart diseases after one year of life in newborns, thus corroborating the relevance of performing the test in all newborns.

RESUMEN

Se objetivó identificar los parámetros del test del corazoncito en recién nacidos y describir la evolución clínica y la ocurrencia de cardiopatías congénitas pasado un año en estos recién nacidos. Se trata de una investigación longitudinal y cuantitativa realizada de diciembre de 2019 a noviembre de 2021 con 76 recién nacidos en Sobral-Ceará. Se evaluó en relación con los parámetros del test del corazoncito, y alrededor del 98,68% (75) presentó resultados dentro de la normalidad del test, y solo 1,32% tuvo alteración en el primer resultado, pero después de una hora el test fue rehecho y se presentó normal. Se observó evolución clínica al cabo de un año: 28,95% no realizaba puericultura por distanciamiento social debido a la pandemia, 6,58% presentaba algún problema de salud, sin embargo, el 100% no desarrolló cardiopatías ni problemas asociados al sistema cardiovascular. El estudio reforzó la efectividad de la realización del test del corazoncito, demostrando el no desarrollo de cardiopatías después de un año de vida en los recién nacidos, corroborando así la pertinencia de realizar la prueba en todos los recién nacidos.

.....

INTRODUÇÃO

As principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as doenças cardiovasculares (DCV), e, em 2016, foram as causas de 71% das mortes em todo o mundo¹. As doenças crônicas causam um impacto socioeconômico progressivo, representando um problema para a saúde mundial². As DCV, em determinados locais do mundo, sofrem uma pequena variação entre homens e mulheres, na quantidade³.

No Brasil, segundo dados mais recentes do Global Burden of Disease, em 2017, foram aproximadamente 175 mil óbitos por doenças isquêmicas do coração, sendo a principal causa de morte, no país, na faixa etária acima de 30 anos^{4,5}. Recentemente, estudos apontam a alta prevalência de cardiopatias congênitas (CC) e as descrevem como uma anormalidade, sendo considerada a mais comum e uma das principais causas de morte entre as malformações^{6,7}.

Vale ressaltar que, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, o registro de óbitos relacionados à cardiopatia congênita é de 107 casos para cada 100 mil nascidos vivos⁸. A identificação precoce e a assistência terapêutica adequada

são decisivas para a reparação do defeito; assim, a realização do Teste do Coraçãozinho (TC) e a assistência em exames e procedimentos cirúrgicos aos quais os bebês são submetidos são extremamente importantes⁹.

Nesse íterim, cita-se a Oximetria de Pulso (OP), que vem sendo aplicada no recém-nascido (RN) nas triagens hospitalares, em razão de ser capaz de identificar, após o nascimento, Malformações Cardíacas Congênitas Críticas (MCCC) que podem levar o neonato à morte súbita e prematura. É um procedimento preciso, seguro, fácil e indolor ao RN, sendo facilmente aceito e bem-visto¹⁰.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 20, de 10 de junho de 2014, decidiu oficialmente incorporar a oximetria de pulso – Teste do Coraçãozinho – no Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo parte agora da sua atual triagem neonatal¹¹. Esse teste foi recentemente incluído como obrigatório em território nacional, onde a incidência de casos de CC está 0,06% abaixo do esperado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴.

Nesse contexto, vale citar o papel da equipe de enfermagem, pois é a primeira assistência ao binômio mãe-filho no puerpério, e são determinantes no

processo os sinais e sintomas que possam indicar alguma anormalidade na triagem neonatal. Dito isso, o enfermeiro se encontra habilitado para a realização do Teste do Coraçãozinho, com instrução e preparo prévios¹².

A importância e a motivação desta pesquisa condizem com a necessidade de avaliar as contribuições da realização do TC no RN, realizado pela enfermagem, constituindo parte de uma rede de suporte que pode aumentar consideravelmente a sobrevida, com qualidade de vida, para as crianças com CC graves, quando são identificadas precocemente, permitindo que lhes seja oferecido o tratamento adequado quando possível¹³.

Com base no exposto, este estudo tem como questão norteadora: Quais parâmetros clínicos e cardiopatias congênitas podem ser identificados no primeiro ano de vida de recém-nascidos submetidos ao TC?

Assim, este estudo teve como objetivo identificar os parâmetros do TC em RN e descrever a evolução clínica e ocorrência de cardiopatias congênitas após um ano de vida nesses recém-nascidos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e longitudinal, com abordagem quantitativa, realizada no serviço da maternidade do complexo hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), entidade filantrópica referência em obstetrícia estadual e regional, principalmente para toda a Região Norte do estado do Ceará.

Os participantes da pesquisa foram as mães e os RN, na SCMS. Os critérios de inclusão para a participação dos RN foram: ter nascido na SCMS no período da coleta, estar com mais de 36 semanas, ter realizado o Teste do Coraçãozinho entre 24h e 48h de vida e não possuir instabilidades clínicas. Excluíram-se os RN que nasceram prematuros e que estiveram internados em UTI no período da coleta. Quanto aos critérios de inclusão das mães, delinearam-se: ter mais de 18 anos e o parto ter ocorrido na SCMS; como exclusão, foram utilizados: ter estado na Unidade de Terapia Intensiva ou na sala de recuperação durante período da coleta de dados da pesquisa e ter recebido alta antes da abordagem desta pesquisa. Como critério de descontinuidade foi utilizada a não efetividade do contato telefônico após um ano.

Para participar da pesquisa foi necessário que as mães e os recém-nascidos tivessem perfil de inclusão

e exclusão, considerando os partos em um mês. Para o cálculo amostral de população finita, considerou-se: Prevalência: 0,5; Erro absoluto tolerável (d): 0,05; Tamanho da população (N): 450; e Coeficiente de Confiança: 95%. Estimou-se uma amostra de 208 mães e 208 recém-nascidos. Porém, devido à pandemia de covid-19 e à suspensão das coletas por tempo indeterminado, coletou-se para esse estudo, até a data permitida, uma amostra de 76 mães e 76 recém-nascidos. Na segunda etapa da pesquisa, a amostra foi reduzida em consequência das exclusões, devido à não efetividade de contato telefônico com os participantes, havendo uma redução de 52 mães e seus respectivos filhos, utilizando-se como amostra final o total de 24 mães e seus RN.

Realizou-se a pesquisa em duas etapas: na primeira, sendo efetivado o contato na unidade hospitalar, coletando-se o histórico das mães e RN, e explicação sobre a pesquisa e a importância do TC, a fim de proporcionar esclarecimentos. Após isso, realizava-se a avaliação da criança e o TC, avaliando e registrando os valores apresentados, para determinar a conduta a ser realizada.

Em seguimento, ocorreu a segunda etapa do estudo, realizada após o 1º ano de vida, que consistia no contato telefônico com as mães para obter informações sobre a evolução do desenvolvimento da criança.

Cumpriram-se todos os aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos, sendo respeitados, conforme a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que possui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, os princípios da bioética, autonomia, beneficência e não maleficência e justiça¹⁴. Garantiu-se a confidencialidade dos dados de identificação dos participantes. Assim, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Parecer n.º 3.241.844.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta dos dados, eles foram organizados em tabelas para melhor demonstração dos achados. Inicialmente, formatou-se a Tabela 1 por meio do sexo, idade gestacional, peso, altura, perímetro cefálico, Apgar e frequência cardíaca. Ao analisar-se o perfil clínico dos recém-nascidos participantes do estudo, o sexo predominante foi o masculino, com 55,26% (42), conforme exposto na tabela abaixo. Esse

dado assemelha-se aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Estatísticas do Registro Civil de 2019, em que evidencia que nascem mais meninos do que meninas¹⁵.

Tabela 1 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o perfil clínico. Sobral, Ceará, 2021.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Masculino	42	55,26
Feminino	34	44,74
Idade Gestacional*		
42s e além ¹	1	1,32
41s a 41s6d ²	5	6,58
39s a 40s6d ³	44	57,89
37s a 38s6d ⁴	19	25,0
34s a <37s ⁵	7	9,21
< 32s ⁶	0	0,00
Peso**		
> +2 escores z ¹	0	0,00
≥ -2 e ≤ +2 escores z ²	72	94,74
≥ -3 e < -2 escores z ³	3	3,95
< -3 escores z ⁴	1	1,32
Altura***		
> +2 escores z ¹	1	1,32
≥ -2 e ≤ +2 escores z ²	65	85,53
≥ -3 e < -2 escores z ³	3	3,95
< -3 escores z ⁴	7	9,21
Perímetro Cefálico****		
> +2 escores z ¹	3	3,95
≥ -2 e ≤ +2 escores z ²	69	90,79
< -2 escores z ³	4	5,26
APGAR 5'		
10	3	3,95
9	69	90,79
8	3	3,95
7	1	1,32
Frequência Cardíaca		
Bradicárdico	0	0,00
Normocárdico	75	98,68
Taquicárdico	1	1,32
TOTAL	76	100

*1Pós Termo, ²A Termo Tardio, ³A Termo Completo, ⁴A Termo Precoce, ⁵Pré-Termo Tardio, ⁶Prematuro. ** ¹Peso elevado para idade, ²Peso adequado para a idade, ³Peso baixo para a idade, ⁴Peso muito baixo para a idade.

*** ¹Comprimento elevado para idade, ²Comprimento adequado para a idade, ³Comprimento baixo para a idade, ⁴Comprimento muito baixo para a idade.

**** ¹PC acima do esperado para idade, ²PC adequado para idade, ³PC abaixo do esperado para a idade.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao tempo de gestação, 57,89% (44) estavam entre a 39s e a 40s 6d de gestação (a termo completo), nenhum bebê estava acima do peso para a idade e apenas 5,26% (4) apresentaram escores z entre: >-2 e >-3 (baixo peso para a idade ou muito baixo peso para a idade), variante que está abaixo do que é relatado nas literaturas, como no estudo retrospectivo realizado com gestantes que participaram do Programa de Atenção às Gestantes (PAG) do Programa Einstein, na Comunidade de Paraisópolis (PECP), no qual a proporção de Baixo Peso ao Nascer (BPN) observada foi de 7,6%¹⁶. A alteração encontrada em 4,17% (1) deu-se por baixo peso para a idade, onde o escore z estava entre ≥ -3 e < -2. Esses resultados convergem com dados de uma pesquisa realizada com 956 crianças de 6 a 59 meses, no estado do Maranhão, em que apenas 1,5 e 0,3% das crianças apresentaram magreza e magreza acentuada na relação peso para estatura¹³.

No que diz respeito à altura, 13,16% (10) nasceram com comprimento baixo ou muito baixo para a idade, e apenas 1,32% (1) com comprimento elevado para a idade, contrariando os resultados obtidos em uma pesquisa na capital no Ceará, em que 15,5% e 13,4% nasceram, respectivamente, com baixo e elevado comprimento ao nascer¹⁷.

Nos achados de Perímetro Cefálico (PC), 5,26% (4) apresentaram PC abaixo do esperado para a idade, porém mesmo que a medição realizada no pós-parto identifique prováveis problemas de forma precoce, o tamanho da cabeça estar minimamente inferior ao valor de referência não significa a ocorrência de malformação, por não ser um fator determinante, sendo assim, necessária para diagnóstico, a realização de exames complementares¹⁸.

Quanto à avaliação do Apgar 5', 1,32% (1) de recém-nascidos apresentaram pontuação 7, porém, de acordo com o estudo de coorte feito na Suécia, o aparecimento do escore reduzido de Apgar prevê a mesma mortalidade neonatal que um escore de Apgar completo, concluindo que esse parâmetro é um melhor preditor para recém-nascidos prematuros <31 semanas¹⁹. No que se refere à frequência cardíaca, obteve-se um total de 98,68% (75) em estado normocárdico.

Em um estudo de coorte¹³, evidenciou-se que o risco de cardiopatias é duas vezes maior em casos de prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar <7 no primeiro minuto de vida, em uma comparação com os dados encontrados nesse estudo, somente o fator baixo peso esteve presente – 5,26% (4).

No que diz respeito aos parâmetros do TC nos participantes da pesquisa, a Tabela 2 dispõe os valores da saturação de oxigênio e as diferenças apresentadas entre os membros.

Tabela 2 – Distribuição dos recém-nascidos de acordo com resultados do Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso). Sobral, Ceará, 2021.

VARIÁVEIS	n	%
SPO2* > 95% OU DIF** < 3%		
Sim	75	98,68
Não	01	1,32
SPO2<95%OU DIF >3%		
Sim	01	1,32
Não	75	98,68
TOTAL	76	100

* Saturação de oxigênio ** Diferença.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na realização do Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso), 98,68% (75) dos RN apresentaram SPO2 >95% OU DIF <3%, dentro das normalidades do teste, e somente 1,32% (1) tiveram na avaliação SPO2 <95% OU DIF >3%, porém após 1h foi refeito o teste, que apresentou SPO2 >95% OU DIF <3%. Comparando-se com o estudo realizado em uma maternidade pública regional do Distrito Federal, encontraram-se resultados semelhantes à pesquisa atual, em que, de 1.976 RN, apenas 0,46% foram identificados com cardiopatias congênitas e nenhuma cardiopatia congênita crítica²⁰.

Vale destacar a Nota Técnica N.º 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS, que estipula que a realização do Teste é de competência do profissional de saúde membro da equipe neonatal, de preferência, médico pediatra, neonatologista e o profissional de enfermagem capacitado²¹. Assim, é válido citar a Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/86 e o Decreto n.º 94.406/87, que sancionam privativamente ao enfermeiro a capacidade de realizar os procedimentos mais complexos, ao recém-nascido, e que demandem conhecimentos e técnicas científicas apropriadas para a tomada de decisão imediata, caso necessite; nesse cenário, enquadra-se a oximetria de pulso na triagem neonatal²².

Nesse ínterim, é importante destacar que o cuidado de enfermagem prestado ao binômio mãe-filho, na triagem neonatal de cardiopatias congênitas, é uma função indispensável e a garantia de tratamento adequado¹².

Ademais, em seguimento, realizou-se a segunda

etapa, que se caracterizou pela coleta e análise dos dados após o 1º ano de vida. Vale ressaltar que, nesse momento da pesquisa, houve redução na amostra de mães e RN, em um total de 52 (68,42%), em virtude da pandemia ocasionada pela covid-19, e falta de retorno telefônico. Assim, restou como amostra final cerca de 24 (31,58%) participantes, mães e seus respectivos filhos, dos quais utilizaram-se os dados que compõem a Tabela 3, tais como idade, peso, altura, perímetro cefálico, problemas de saúde e situação vacinal, coletados a partir das informações presentes na Caderneta da Criança e informações colhidas com a mãe, conforme exposto.

Tabela 3 – Distribuição dos parâmetros clínicos das crianças após um ano da primeira entrevista. Sobral, Ceará, 2021.

VARIÁVEIS	N	%
Idade da criança*		
1A e 2M – 1A e 3M	11	45,83
1A e 4M – 1A e 8M	10	41,67
1A e 9M – 1A e 10M	03	12,50
Peso atual		
08 – 10kg	06	25,00
10 – 12kg	09	37,50
Acima de 12kg	05	20,83
Sem acompanhamento por conta da pandemia	04	16,67
Altura atual		
47 cm a 79 cm	02	8,33
>= 80 cm	03	12,50
Sem acompanhamento por conta da pandemia	19	79,17
Perímetro cefálico atual		
47 – 49 cm	1	4,17
50 cm	1	4,17
Sem acompanhamento por conta da pandemia	22	91,66
Teve algum problema de saúde		
Sim	5	20,83
Não	19	79,17
Desenvolveu alguma cardiopatia		
Sim	0	0
Não	24	100
Vacinas em dia		
Sim	23	95,83
Não	1	4,17
TOTAL	76	100

* A: Ano; M: meses

Fonte: Dados da pesquisa.

A falta das consultas de puericultura, devido ao período de isolamento por conta da pandemia, ocasionou a ausência de dados antropométricos

das crianças relativos ao peso, altura e perímetro cefálico. Vale ressaltar que cerca de 20,83% (5) das crianças apresentaram algum adoecimento, destes, 80% (4) foram ocasionados pela covid-19. Essa situação é semelhante ao apresentado pelo estudo da Fundação Oswaldo Cruz, que, após analisar dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade Infantil (SIM) do MS, concluiu que 45% dos óbitos ocorridos por covid-19, no ano de 2020, em menores de 18 anos, foram crianças menores de dois anos²³.

Quanto à vacinação, 95,83% (23) das crianças estavam com a vacinação em dia, embora sem o acompanhamento na Atenção Primária, devido à pandemia causada pelo SARS-CoV-2. Entretanto, tal fato constatado nesta pesquisa distancia-se da realidade evidenciada em outras regiões do mundo, pois dados revelam que 23 milhões de crianças no mundo, em 2020, não receberam a vacinação durante os serviços de rotina²⁴. Já em uma pesquisa realizada com crianças de 0 a 2 anos beneficiárias do programa Bolsa Família no Brasil, entre 2018 e janeiro de 2020, os resultados são equivalentes aos do presente estudo, em que foi constatado que o estado do Ceará teve a maior proporção de vacinação adequada²⁵.

De acordo com as coletas realizadas, nenhuma das 24 crianças desenvolveu cardiopatias. Ao comparar tal dado com o estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que afirma que em torno de oito para cada 1.000 nascidos vivos nascem com CC⁸, verifica-se quão importante é a realização do TC para diagnóstico precoce e reflète-se como se faz necessária a assistência continuada, que ocorre por meio da puericultura.

Nesse ínterim, é importante citar a Portaria n.º 1.727, criada em 11 de julho de 2017, que estabelece assistência integral à criança com cardiopatia congênita, sendo implementado um local de referência em tratamento cardiológico em cada estado para efetivar o cuidado a esses pacientes. Contudo, mesmo diante de vários programas do governo, um alto número de pacientes não tem acesso à assistência terapêutica adequada imediata e evoluem para complicações ou óbito. Intensificase a necessidade de ser proposto um serviço integral para a criança com CC no Brasil, mesmo diante dos desafios do sistema, que incluem o alto custo do tratamento e a falta de profissionais especializados. Para que a criança tenha, na Rede de Saúde, atenção garantida desde o pré-natal até a resolução adequada, se possível, precocemente, com tratamento eficaz para a patologia²⁶.

CONCLUSÃO

O estudo realizado mostra-se relevante por compreender os benefícios que o TC pode trazer para o neonato, quando é feito o diagnóstico precoce, o qual pode lhes garantir uma prevenção e assistência terapêutica adequada para as complicações provenientes da CC, além de gerar uma queda nas taxas de mortalidade ocasionadas devido a essa patologia. É um estudo com grandes contribuições para a enfermagem, que realiza o serviço nas maternidades, sendo essencial para o diagnóstico e condutas a serem realizadas.

A pesquisa permitiu identificar os parâmetros do TC em RN e descrever a evolução clínica e a ocorrência de cardiopatias congênitas, após um ano, nesses RN, beneficiando aos recém-nascidos, participantes do estudo, a possibilidade de identificar precocemente sinais de cardiopatias congênitas. Assim, a aplicação do Teste do Coraçãozinho garantiu que fosse identificada a possibilidade de desenvolver cardiopatia congênita e, se necessário, fossem realizados os encaminhamentos pertinentes para o diagnóstico precoce de CC.

O estudo apresentou limitações devido à insuficiência numérica, visto que devido à pandemia de covid-19, a coleta de dados foi paralisada e, assim, não foi possível completar o número de coletas necessárias para a precisão do estudo. Também pode-se citar a descontinuidade por conta do não retorno das participantes na segunda etapa do estudo.

Diante dos achados deste estudo, recomenda-se que se façam mais pesquisas na área, a fim de ter mais precisão quanto à incidência de CC na região, a identificação precoce de alguma anormalidade, a realização obrigatória do Teste antes de receber a alta, quais as resolutividades que estão disponíveis para os recém-nascidos acometidos pela patologia e sobre o cuidado integral que é oferecido à criança após o diagnóstico confirmado, em todos os níveis de atenção.

Logo, as principais potencialidades deste estudo, para a Saúde Coletiva, apresentam-se no fato de prevenir complicações que causem mortalidade aos RN, que repercutem nos indicadores de mortalidade infantil, desse modo, possibilitando avanços na qualidade da assistência em saúde infantil.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Kássia Carvalho Araújo contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Keila Maria de Azevedo Ponte Marques** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Tatiane de Sousa Paiva** e **Ingrid Kelly Morais Oliveira** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Francisco Douglas Canafístula de Souza** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. The Top 10 causes of death [home-page on the Internet]. Genève: 2018 [cited 2020 May 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AG, Szwarcwald CL, Barros MBA. Desigualdades socioeconômicas relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 [Internet]. SciELO Preprints 2021 [cited 2023 May 21]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2924>
- Souza AC, Mota DM, Júnior AA, Saraiva JFK. Prevenção secundária e doença cardiovascular: onde estamos?. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 2019 [cited 2020 May 12];29(2):133-6. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1009419/02_revistasocesp_v29_02.pdf
- Brasil. Portaria Nº 1.727, de 11 de julho de 2017. Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita [home-page on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 May 20]. Available from: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/31/Portaria-1727.pdf>
- Pellense MCs, Amorim MS, Dantas ESO, Costa KTS, Andrade FB. Avaliação da mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil: uma série temporal de 2015 a 2019. Rev Ciênc Plural [Internet]. 2021 [cited 2023 May 21];7(3):202-19. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25186>
- Talassi BC, Konstantyner T, Miranda SA, Leite HP. Risk factors for insufficient weight and height gain in children with congenital heart disease followed up at a nutrition outpatient clinic. Rev paul pediatr [Internet]. 2022 [cited 2023 May 21];40:e2020512. Available from: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/qY5Yjttq959LH6cDBTyDHgp/?lang=en>
- Lima TG, Silva MA, Siqueira SMC. Diagnósticos e cuidados ao neonato com cardiopatia congênita. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 2018 [cited 2020 May 12];28(1):101-09. Available from: <http://socesp.org.br/revista/edicao-atual/diagnosticos-e-cuidados-de-enfermagem-ao-neonato-com-cardiopatia-congenita/67/62/>
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Dez crianças em cada mil nascidos vivos são acometidas por cardiopatia congênita – 2019 [home-page on the Internet]. 2019 [cited 2020 June 14]. Available from: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/dez-criancas-em-cada-mil-nascidos-vivos-sao-acometidas-por-cardiopatia-congenita/>
- Lopes SAVA, Guimarães ICB, Costa SFO, Acosta AX, Sandes KA, Mendes CMC. Mortality for critical congenital heart diseases and associated risk factors in newborns. a cohort study. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2018 [cited 2023 May 21];111(5):666-73. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/4zbV8MP3jDWT9JTgq5zFXH/?lang=en>
- Narayan IC, Te Pas AB, Blom NA, van den Akker-van Marle ME. Cost-effectiveness analysis of pulse oximetry screening for critical congenital heart defects following homebirth and early discharge. Eur J Pediatr [Internet]. 2019 [cited 2020 June 14];178(1):97-103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30334077/>
- Brasil. Portaria Nº 20, de 10 de junho de 2014. Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso – teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem neonatal no Sistema Único de Saúde – SUS [home-page on the Internet]. 2014 [cited 2020 May 24]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/scie/2014/prt0020_10_06_2014.html
- Aguiar ASC, Jesus LC, Alves DMC, Araújo AJS, Araújo IS, Oliveira GRSA, et al. Teste do coraçãozinho: importância da oximetria de pulso em neonatos para detecção precoce de cardiopatias. REAS [Internet]. 2018 [cited 2023 May 20];12(1):1349-57. Available from: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS258.pdf>
- Queiroz IMA, Lucena GP. A importância do teste do coraçãozinho no diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas. São Paulo: Rev Recien [Internet]. 2020 [cited 2023 May 20];10(29):145-154. Available from: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/252/256>
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196 - 2012 [home-page on the Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 27]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Registro Civil - Registros de nascidos vivos, segundo o sexo, a idade da mãe na ocasião do parto e o ano de nascimento (unidades) [home-page on the Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 29]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/registro-civil/quadros/brasil/2019>
16. Moreira AI, Sousa PR, Sarno F. Baixo peso ao nascer e seus fatores associados. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2018 [cited 2020 May 12];16(4):1-6. Available from: <https://www.scielo.br/j/eins/a/8CbCDKX73kD3h5FYZqtH3Qx/?lang=pt>
17. Tenório MCS, Tenório MB, Ferreira RC, Mello CS, Oliveira ACM. Prevalence of small for gestational age newborns and associated factors in a Brazilian Northeast capital. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2018 [cited 2020 May 28];18(3):549-57. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/P5HPXBhHpZL3ZdY67zgLJnw/?lang=en>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. [home-page on the Internet]. 2016 [cited 2020 May 29]. Available from: <https://www.unasus.gov.br/noticia/brasil-adota-recomendacao-da-oms-e-reduz-medida-para-microcefalia>
19. Cnattingius S, Norman M, Granath F, Petersson G, Stephansson O, Frisell T. Apgar Score Components at 5 Minutes: risks and prediction of neonatal mortality. paediatric and perinatal epidemiology. Pediatr Perinat Epidemiol [Internet]. 2017 [cited 2020 May 24];31(4):328-337. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28493508/>
20. Carvelo GMT, Kamitz F, Cruz LV, Zuben VGMV. Teste da oximetria de pulso em unidade neonatal de referência - avaliação após 3 anos de sua implantação como teste de triagem universal. Resid Pediatr [Internet]. 2021 [cited 2020 May 28];11(3):1-5. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/pprint197.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Teste do Coraçãozinho (Oximetria De Pulso) na Triagem Neonatal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - 2014. [home-page on the Internet]. [cited 2021 Jun 10]. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/12/SEI-MS-2937931-Nota-Tecnica.pdf>
22. Brasil. Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências [home-page on the Internet].
- Brasília: Ministério da Saúde; 1987 [cited 2020 May 09]. Available from: http://www.corenpr.org.br/legislacao/decretos/decret01_impresao.htm
23. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz analisa dados sobre mortes de crianças por Covid-19 [home-page on the Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 05]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-analisa-dados-sobre-mortes-de-criancas-por-covid-19>
24. Fundo das Nações Unidas para a Infância. A pandemia de Covid-19 leva a um grande retrocesso na vacinação infantil, mostram novos dados da OMS e do UNICEF [home-page on the Internet]. 2021 [cited 2020 May 06]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/pandemia-de-covid-19-leva-a-um-grande-retrocesso-na-vacinacao-infantil>
25. Barcelos RS, Santos IS, Munhoz TN, Blumentberg C, Bortolotto CC, Matijasevich A, et al. Cobertura vacinal em crianças de até 2 anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família, Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 09];30(3):e2020983. Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ysK5G4Cq86KWCD4BkGxDLQG/?lang=pt>
26. Selig FA. Panorama e estratégias no diagnóstico e tratamento de Cardiopatias Congênitas no Brasil. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2020 [cited 2023 May 20];115(6):1176-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/xtFG5rRwR3753XmfQYtGr/?lang=pt>

SATISFAÇÃO DOS IMIGRANTES VENEZUELANOS COM SERVIÇOS HOSPITALARES EM BOA VISTA, RORAIMA: ABORDAGEM QUALITATIVA

SATISFACTION OF VENEZUELAN IMMIGRANTS WITH HOSPITAL SERVICES IN BOA VISTA, RORAIMA: QUALITATIVE APPROACH
SATISFACCIÓN DE LOS INMIGRANTES VENEZOLANOS CON LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN BOA VISTA, RORAIMA: ENFOQUE CUALITATIVO

Loeste de Arruda-Barbosa ¹

Gabiane Crisostomo Nascimento da Silva ²

Irian dos Santos Soares ³

Jéssyca Gabriella Umburanas ⁴

Alef Phelipp Soares Borges ⁵

Dyago Silva Santos ⁶

Como Citar:

Arruda-Barbosa L, Silva GCN, Soares IS, Umburanas JG, Borges APS, Santos DS. Satisfação dos imigrantes venezuelanos com serviços hospitalares em Boa Vista, Roraima: abordagem qualitativa. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Satisfação; Emigração e Imigração; Venezuela.

Descriptors:

Satisfaction; Emigration and Immigration; Venezuela.

Descriptores:

Satisfacción; Emigración e Inmigración; Venezuela.

Submetido:

07/09/2022

Aprovado:

29/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Loeste de Arruda-Barbosa
Rua 7 de Setembro, 231, Canarinho.
Boa Vista-RR. CEP: 69306-530
E-mail:loeste.arruda@gmail.com

RESUMO

A intensa imigração venezuelana para Roraima tem impactado os serviços de saúde como um todo. Este estudo teve como objetivo analisar a satisfação dos imigrantes com o acesso e assistência hospitalares em Boa Vista, comparando as experiências nesses serviços com as vivenciadas no sistema de saúde venezuelano. Trata-se de um estudo qualitativo, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, realizado com 23 imigrantes venezuelanos residentes no Brasil. O instrumento foi uma entrevista semiestruturada aliada à observação participante. A análise dos dados se baseou em Bardin e é fundamentada pela teoria da realização da expectativa. A situação do sistema público de saúde da Venezuela está em colapso, faltando materiais, profissionais e medicamentos. Existe alta satisfação com os serviços de saúde estudados, os quais em contexto brasileiro, mesmo quando não são expoentes de qualidade. Para os participantes, quase não há entraves nas experiências hospitalares, exceto o idioma e preconceito de nacionalidade. A elevada satisfação com os serviços se dá possivelmente por conta de baixas expectativas dos participantes em relação às experiências nos serviços de saúde. Este estudo foi o pioneiro nessa vertente e será precursor para futuras investigações e para (re)adequação dos serviços de saúde a essa nova realidade.

1. Prof. Dr. do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Roraima (UERR). E-mail: Loeste.arruda@gmail.com.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2679-5898>

2. Discente do Curso de Medicina da UERR. E-mail: gaby-crisostomo@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8351-2102>

3. Discente do Curso de Medicina da UERR. E-mail: iriansoares24@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4044-367X>

4. Discente do Curso de Medicina da UERR. E-mail: je_umburanas@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5247-9541>

5. Discente do Curso de Medicina da UERR. E-mail: alef-borges@live.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-9599-0771>

6. Discente do Curso de Medicina da UERR. E-mail: dyagoss96@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8370-4262>

ABSTRACT

The intense Venezuelan immigration to Roraima has impacted health services as a whole. This study aimed to analyze immigrants' satisfaction with hospital access and assistance in Boa Vista, comparing their experiences in these services with those experienced in the Venezuelan health system. This is a qualitative study, approved by the Research Ethics Committee, carried out with 23 Venezuelan immigrants residing in Brazil. The instrument was a semi-structured interview combined with participant observation. Data analysis was based on Bardin and on the expectation/realization theory. The situation of Venezuela's public health system is collapsing, lacking materials, professionals, and medicines. There is high satisfaction with the health services studied, in the Brazilian context, even when these services are not exponents of quality. For the participants, there are almost no barriers to hospital experiences, except for language and nationality prejudice. The high satisfaction with the services is possibly due to the low expectations of the participants in relation to their experiences with health services. This study was pioneer in this area and will be a precursor for future investigations and for (re)adaptation of health services to this new reality.

RESUMEN

La intensa inmigración venezolana para Roraima ha impactado los servicios de salud como un todo. Este estudio tuvo como objetivo analizar la satisfacción de los inmigrantes con el acceso y asistencia hospitalarios en Boa Vista, comparando las experiencias en esos servicios con las que fueron vivenciadas en el sistema de salud venezolano. Se trata de un estudio cualitativo, probado por el Comité de Ética en Investigación, realizado con 23 inmigrantes venezolanos que viven en Brasil. El instrumento fue una entrevista semiestructurada unida a la observación participante. El análisis de datos se basó en Bardin y se fundamentó por la teoría de la realización de la expectativa. La situación del sistema público de salud de Venezuela está en desmoronamiento, faltando materiales, profesionales y medicamentos. Existe alta satisfacción con los servicios de salud estudiados, en contexto brasileiro, mismo cuando esos servicios no son exponentes de calidad. Para los participantes, casi no hay problemas en sus experiencias hospitalarias, excepto el idioma y el prejuicio con la nacionalidad. La alta satisfacción con los servicios se da posiblemente debido a las bajas expectativas de los participantes con relación a las experiencias en los servicios de salud. Este estudio fue el pionero en esta vertiente y será precursor para las futuras investigaciones y para (re) adecuación de los servicios de salud a esa nueva realidad.

INTRODUÇÃO

A Venezuela experimenta a mais séria crise política e socioeconômica de sua história. A população está profundamente empobrecida e isso resulta em uma das piores crises migratórias conhecidas em tempos de paz, com mais de 3 milhões de migrantes¹. No Brasil, observa-se o aumento significativo de imigrantes venezuelanos no estado de Roraima, fenômeno responsável por intensificar as demandas por alimento, trabalho, moradia, segurança e serviços de saúde² (SE). A demanda por SE se assenta na dura realidade atual do sistema de saúde da Venezuela, que está em situação crítica, com falta de equipamentos, insumos hospitalares básicos, medicamentos e fuga de profissionais de saúde para o exterior^{1,3,4}.

De fato, os SE em Boa Vista, RR, estão superlotados e grande parte da clientela é de imigrantes venezuelanos, que permeiam desde a Atenção Primária até os serviços de maior complexidade.

Assim, essa maior demanda por SE tem impactado tais serviços no estado^{2,5,6}. Entretanto, a demanda aumentada pelos serviços de saúde em Roraima foi a justificativa principal construída pelo Governo Estadual para explicar a grave crise no setor de saúde, e com isso decretou Estado de Calamidade em Saúde Pública⁷. Sabe-se, todavia, que essa crise é crônica e prévia à imigração venezuelana. Desse modo, essa intensa migração agudizou e acentuou os problemas na saúde pública decorrentes da má gestão histórica dos recursos públicos nesse estado⁶.

Mesmo que aproximadamente 90% da população de Roraima utilize os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que o estado tenha o maior gasto per capita com saúde no país⁸, Roraima tem uma rede hospitalar antiga e que há muito tempo não supre a demanda da população. Dentre os principais hospitais, destacam-se o Hospital Geral de Roraima (HGR) e Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (Maternidade).

Na Rede de Saúde estadual, frisa-se que o HGR é o principal hospital, referência em média e alta complexidade, não contando com serviço de obstetrícia, que fica a cargo da Maternidade⁹. Ambos os hospitais são referência para todo o estado, para a Guiana e para a Venezuela, e, assim, a intensa imigração de venezuelanos tem sobrecarregado ainda mais essas instituições^{6,5}. Embora ainda não haja estudos de avaliação e satisfação de usuários brasileiros ou estrangeiros com a assistência hospitalar em Roraima, *in situ*, nota-se um comportamento antagônico entre brasileiros e venezuelanos que usam os mesmos serviços de saúde. Enquanto frequentemente brasileiros criticam os serviços desses hospitais^{10,11}, os venezuelanos aparentemente criticam muito menos e, às vezes, até os elogiam.

Pode-se avaliar o desenvolvimento e sucesso de uma dada política pública adotada ou mesmo a eficiência de um serviço de saúde com base em diversos indicadores, um deles pode ser a satisfação dos usuários¹². Contudo, também se sabe que nem sempre uma elevada satisfação resulta em uma avaliação crítica, pode ser apenas resultado do atendimento das expectativas do usuário, as quais podem ser baixas.

Embora o termo “satisfação” esteja na ordem do dia, sendo referido em larga escala na literatura internacional, é um conceito cujos contornos se mostram vagos, reunindo realidades múltiplas e diversas¹³.

Aqui, considera-se que a satisfação é uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva e é estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário. Esses critérios incluem a combinação dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável¹³.

Desse modo, optou-se como referencial teórico de suporte para esta pesquisa a “teoria da realização da expectativa”, que admite que a satisfação é dada pela diferença entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido¹³⁻¹⁵. Nessa perspectiva, objetivou-se com este estudo analisar a satisfação dos imigrantes com o acesso e assistência hospitalares comparando as experiências nesses serviços com as vivenciadas no sistema de saúde venezuelano.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório, realizado em duas instituições públicas de saúde de Boa Vista: Maternidade e HGR. Participaram do estudo 23 imigrantes venezuelanos, com suas adesões às pesquisas condicionadas a: ser maior de 18 anos, ter tido experiências prévias com os serviços de saúde hospitalares públicos da Venezuela, como paciente ou como acompanhante de um familiar de primeiro grau, no último ano antes da migração. Foram excluídos os que não quiseram ter os áudios gravados e os que não residiam no Brasil. O limite de participantes se baseou na técnica de saturação de dados¹⁶.

A produção de dados se deu por meio de roteiro semiestruturado de entrevista elaborado pelos autores, com perguntas que versavam sobre satisfação com o acesso e a assistência em saúde nos hospitais onde estavam os participantes, em comparação à assistência em saúde na Venezuela; e os principais entraves enfrentados no acesso e assistência hospitalares. Houve a validação interna desse roteiro pela realização de cinco entrevistas, as quais não foram incluídas no grupo de participantes. A validação interna do instrumento de pesquisa objetivou evitar interpretações dúbias, dúvidas e/ou variedade de respostas, que poderiam comprometer o rigor do método, a obtenção dos dados e, posteriormente, o alcance da saturação teórica¹⁶.

A produção dos dados foi realizada no segundo semestre de 2019, ocorrendo em salas reservadas dentro das referidas instituições de saúde, sempre após o atendimento dos participantes, no intuito de diminuir a possibilidade de demonstração de satisfação elevada, elogios à assistência ou inibição de críticas por medo de restrição, aos atendimentos em saúde, posterior à entrevista. Segundo Nascimento et al.¹⁶, quando a entrevista é realizada de maneira isolada, mantendo a privacidade do participante, maiores são as garantias da representatividade conferidas pelas condições genéricas de investigação.

Vale lembrar também que, quando o roteiro é adequado, o ponto de saturação geralmente é atingido em, no máximo, 15 entrevistas. Sugere-se que, quando verificado o ponto de saturação, seja acrescido 1/3 de entrevistas, ou seja, se a saturação ocorrer na nona entrevista, outras três deverão ser realizadas¹⁶.

As entrevistas duraram aproximadamente 20 minutos, com perguntas feitas, respondidas, gravadas

e transcritas em espanhol e, depois, traduzidas para o português. Subsequentemente à chegada dos pesquisadores nos locais de produção de dados, os entrevistados foram abordados imediatamente após seus atendimentos nos hospitais, de modo aleatório, e, após confirmados os critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa.

Concordando com Streubert e Carpenter¹⁷, considera-se que o uso de múltiplos métodos de colheita de dados é importante, pois aumenta a credibilidade dos resultados. Desse modo, no intuito de fortalecer a interpretação dos dados captados pelo roteiro de entrevista, optou-se também pela técnica de observação participante.

Atualmente, destaca-se ser possível afirmar, de forma sintética, que a observação participante se caracteriza pela promoção de interatividade entre o pesquisador e a realidade pesquisada¹⁸. Nesse contexto, utilizou-se como instrumento auxiliar no processo de observação participativa, como recomendado por Malinowski¹⁹, um roteiro de campo com as diretrizes a serem exploradas na observação, com aspectos que se devem observar de acordo com os objetivos da pesquisa, sem a preocupação de segui-los com rigidez absoluta, deixando espaço para “imponderáveis” situações inesperadas e para percepções do observador¹⁸.

A observação debruçou-se sobre pacientes, seus acompanhantes venezuelanos e suas relações com os profissionais de saúde acerca da percepção do sistema de saúde público venezuelano; satisfação e acesso aos serviços de saúde hospitalares; e, discriminação, preconceito ou xenofobia. Ela foi realizada após a produção e início da análise dos dados das entrevistas, durante uma semana, pelo primeiro autor, em diferentes turnos e setores de cada um dos hospitais envolvidos na pesquisa. Utilizou-se a análise de conteúdo²⁰.

Houve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Roraima, parecer n.º 3.357.346. O anonimato dos participantes desta investigação foi mantido e as falas foram codificadas, em homenagem ao cenário desta pesquisa, por bairros da cidade de Boa Vista, seguidas de um número ordinal sequencial. Uma dada codificação sempre representou o mesmo participante. Os números usados na codificação das entrevistas, quando ímpares, representam entrevistas feitas no HGR; quando pares, representam entrevistas realizadas na Maternidade, porém, sem o intuito de fazer comparações entre as instituições a partir dos depoimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 23 entrevistados da pesquisa, 16 eram do sexo feminino e sete do sexo masculino. Os entrevistados tinham entre 20 e 57 anos de idade e a renda dos que trabalhavam variou de R\$ 200,00 a R\$ 2.758,00. Dez entrevistados estavam desempregados e dependiam da ajuda de familiares ou doações, e dois eram autônomos e não possuíam renda fixa, os demais tinham emprego formal. O tempo de chegada e de permanência no Brasil variou de uma semana a três anos.

Como resultado da análise dos dados brutos, os achados foram organizados para sua discussão em três categorias, intituladas: Situação do sistema público de saúde da Venezuela e fatores que fragilizam a saúde; Satisfação com os serviços de saúde hospitalares em Boa Vista; Entraves identificados na experiência hospitalar brasileira.

Situação do sistema público de saúde da Venezuela e fatores que fragilizam a saúde

Os entrevistados deixaram claro que o sistema de saúde venezuelano está em colapso e não houve nenhum depoimento que se afastasse dessa linha de raciocínio. Um dos aspectos mais destacados é a falta de medicamentos generalizada que o país experimenta, aliada ao seu alto custo, fatores que inviabilizam os tratamentos implementados pelos poucos profissionais de saúde que não deixaram o país:

Péssimo, não há mais medicamento algum, não há comida, por isso eu vim para cá. Não tem material. Os médicos e enfermeiros fazem o que podem, mas não há medicamento mesmo (Paraviana-5).

Teria morrido lá (Aparecida-7).

Agora não tem nada lá, não tem médico. Até os cubanos não têm mais. Não tem nada! (Caçari-9).

Meu deus do céu! Lá não tem mais posto, tem que ir direto para o hospital, mas não presta, não! Todos vão pra Pacaraima [cidade brasileira de fronteira com Venezuela], porque a sala de parto lá [Venezuela] não funciona (Mecejana-23).

Lá não tem nada. Não tem estrutura, higienização, limpeza... (Caraná-2).

Relatam também que há uma forte escassez de comida na Venezuela, o que contribui para uma fragilização ainda maior da saúde da população e dificulta a recuperação dos que sofrem de algum agravo à saúde, além de debilitar os que não sofrem com problemas de saúde reais.

Esses depoimentos confirmam o que a literatura internacional vem reportando sobre as péssimas condições do sistema de saúde venezuelano, mesmo com a negação dessa realidade pelo governo do atual presidente, Nicolás Maduro^{1,3,4}. Atualmente, os pacientes têm morrido por falta de materiais básicos, tais como: luvas, fios de sutura, anestesia, material para radiografias e medicamentos. Além do que, há elevada má nutrição de grande parte da população e recrudescimento de doenças tropicais. Diante dessa situação, acredita-se que, atualmente, a Venezuela detém o pior sistema de saúde da América Latina^{3,21}.

Grande parte dos entrevistados, mesmo ressaltando a situação atual do sistema de saúde venezuelano, observa que, antes da crise, a Venezuela tinha um bom sistema de saúde que atendia às necessidades da população a contento:

A medicina de lá era tão boa quanto a daqui. Agora não está bom, está faltando insumos para comprar medicamentos, materiais, comida... (Cauamé-1).

Quando na Venezuela era bom... era bom demais. Agora que a Venezuela está ruim (Estados-12).

O Governo Chávez trouxe avanços em um cenário de altos preços do petróleo, fornecendo o financiamento governamental necessário para gastos com saúde e importação de alimentos. Também, em acordo com Cuba, esse país forneceu médicos, treinamento médico e suprimentos em saúde gratuitamente para a Venezuela. Tudo isso melhorou de sobremaneira as condições de saúde dos venezuelanos²¹.

Todavia, os tempos áureos em saúde, do início do Governo Chavez, duraram pouco e, ainda na era Chavez, a crise se iniciou com reflexos deletérios profundos na saúde. Os baixos salários e depreciação das condições laborais, aliados à escassez de medicamentos e materiais hospitalares, em um ambiente hostil e de insegurança, proporcionaram a imigração maciça de médicos e outros profissionais

da saúde para outros países, o que agravou a atual crise na saúde^{22,4}.

Logo, os longos anos de crise podem ter dessensibilizado lentamente parte da população sobre o decaimento da qualidade do sistema de saúde, ao ponto de um dos entrevistados apenas ter a atual percepção da real situação da assistência em saúde na Venezuela, após ter usufruído da assistência do SUS no Brasil:

Se eu estivesse lá eu acharia que estava bem, mas agora conhecendo esse, vejo que lá não serve para nada (Pricumã-15).

Durante o período de observação participante nos hospitais, também foi possível constatar que todos os pacientes venezuelanos, quando teciam algum comentário sobre o sistema de saúde venezuelano, eram sempre no sentido de lamentar ou criticar as atuais condições.

Nesse sentido, considerando que a teoria da realização da expectativa preconiza que o usuário demonstre satisfação quando recebe aquilo que esperava do serviço ou mais do que esperava¹³⁻¹⁵; considerando também que, em virtude da elevada situação de vulnerabilidade social, grande parte dos imigrantes venezuelanos vivenciam em Roraima, ainda, as péssimas condições do sistema de saúde venezuelano aqui retratadas, faz-se muito provável que as expectativas de resolubilidade e acesso aos serviços de saúde hospitalares em Boa Vista, dos entrevistados, fossem mais baixas se comparadas às dos Roraimenses; logo, é esperado que, mesmo com todos os problemas reais e potenciais no sistema estadual de saúde pública de Roraima, a satisfação da maioria dos entrevistados seja e continue alta, visto que o sistema venezuelano de saúde consegue ser ainda mais frágil.

Satisfação com os serviços de saúde hospitalares em Boa Vista

Essa categoria aborda a satisfação com os serviços de saúde hospitalares estudados na perspectiva dos imigrantes, envolvendo alguns domínios, a citar: acessibilidade, acolhimento, aquisição de medicamentos, resolutividade e eficácia da assistência.

Não houve nenhuma crítica em relação ao acesso aos serviços de saúde hospitalares pelos imigrantes. Também demonstraram satisfação com a rapidez para o pronto acesso.

O meu acesso foi rápido. Eu tenho meus documentos, eu tirei lá em Pacaraima. Eu tenho meu cartão do SUS [...]. Quando entrei ontem, me atenderam bem, fui atendida rápido... (Calungá-4).

Nenhuma dificuldade de acesso. Eu faço diálise e quebrei minha perna, mas fui atendida muito rápido, graças a Deus (Paraviana-5).

Não tem dificuldade para acesso, tudo excelente, demais de bom! (Aparecida-7).

Por meio da observação participante não se verificou, em nenhum momento, restrições ao acesso dos imigrantes venezuelanos aos hospitais estudados. Assim, verifica-se que mesmo com o aumento de demanda causado pela imigração abrupta de venezuelanos, o que ajuda na sobrecarga dos serviços de saúde hospitalares, esses hospitais têm conseguido assegurar a universalidade do acesso aos cuidados em saúde.

No que diz respeito à satisfação em relação ao acolhimento e ao atendimento recebido nos hospitais, os participantes demonstraram satisfação e foram quase unânimes em classificar a assistência recebida como boa ou excelente.

O atendimento foi muito bom. Estão fazendo exames, fazendo fisioterapia... (Cauamê-1).

Atendimento muito bom porque aqui se vê tudo, o coração do bebê, se ele tem fome, eles veem tudo. E lá [Venezuela] não se vê igual aqui (Cambará-20).

Esse elevado grau de satisfação com os serviços de saúde hospitalares muito provavelmente se relaciona fortemente com a situação socioeconômica desses imigrantes e seu elevado grau de vulnerabilidade social. Adicionalmente, sua fragilidade no processo saúde-doença associada às experiências frustrantes de desassistências em saúde em seu país de origem possivelmente influenciaram na avaliação positiva e na alta satisfação com os serviços estudados. Aliado a isso, poderiam existir baixas expectativas em receber assistência médica no Brasil pela própria condição de imigrantes, visto que em muitos países não há acesso universal gratuito à saúde.

Dificuldades de acesso de imigrantes africanos

aos sistemas de saúde dos países anfitriões europeus também são relatadas pela literatura. As principais barreiras são: linguagem, marginalização, burocracia, cultura, medo da deportação *etc.*²³.

Essa situação dificulta que esses pacientes tenham uma visão crítica e um papel mais ativo em avaliar a assistência recebida, pois muitos, na condição de imigrantes, esperam simplesmente conseguir ter acesso aos hospitais e conseguir tratamento. Esses já serão motivos suficientes para a supervalorização dos serviços recebidos, mesmo que com muitas fragilidades. Ou seja, se eles receberam o acesso, acolhimento e atendimento que esperavam ou mais do que esperavam, a satisfação foi alcançada.

Sabe-se que, por observações *in loco*, esses hospitais atualmente apresentam: falta de materiais e insumos; os profissionais de saúde são insuficientes para a demanda de atendimentos; os serviços estão superlotados; faltam leitos nas enfermarias e nas Unidades de Terapias Intensivas (UTI); além de muitos medicamentos em falta. Até mesmo as cirurgias eletivas no HGR estavam muito diminuídas por falta de materiais, até o início de 2020. Nessa linha, a enfermagem do estado deflagrou greve em novembro de 2019 por conta, dentre outras causas, das insuficientes condições de trabalho na rede estadual de saúde²⁴. Acrescenta-se ainda que, principalmente no HGR, durante o tempo de observação participante, havia muitos pacientes, brasileiros e estrangeiros, instalados nos corredores do hospital com condições mínimas de conforto e privacidade.

Uma das entrevistadas classificou os serviços recebidos como muito bons mesmo com o desenvolvimento de uma lesão por pressão em um leito de UTI.

Tudo muito bom, graças a Deus. A única coisa foi que saiu escara de dentro da UTI. Mas tirando isso, foi tudo muito bom (Caimbé-3).

No período da observação participante feita em uma das duas UTIs do HGR, encontrou-se que de dez pacientes internados, seis apresentavam lesão por pressão, dos quais dois estavam em estágio 4 e um deles tinha mais de uma lesão por pressão.

Embora este texto não se proponha a discutir as falhas assistenciais ou fatores individuais predisponentes que contribuem para essa situação, fica claro que há fragilidades importantes na assistência em saúde e que seriam incompatíveis

com avaliações tão positivas e elevados níveis de satisfação dos entrevistados. Esses pontos ora abordados evidenciam parte da grave crise no setor de saúde que Roraima atravessa, pregressa a essa problemática migratória.

De acordo com análise do Tribunal de Contas da União, em Roraima, em 2013, ou seja, bem antes da intensa imigração venezuelana, o Estado apresentava “dificuldades acentuadas” na assistência hospitalar, com superlotação dos serviços, problemas estruturais e a falta de recursos para a realização de procedimentos⁸.

Uma das entrevistadas na Maternidade, ao demonstrar sua elevada satisfação com os serviços recebidos, comparou a mortalidade de bebês na Venezuela com a do Brasil:

Aqui tudo é ótimo. Lá [Venezuela], nas salas de parto, morrem três, quatro bebês no dia e aqui não morrem (Mecejana-23).

De fato, na Venezuela houve um aumento de mais de 15% de mortalidade infantil só em 2015³ para além disso, um relatório do governo revelou um aumento de 65% na mortalidade materna e um aumento de 30% na mortalidade infantil, com 11.466 crianças morrendo em 2016²¹. Adicionalmente, 15% das crianças estão em risco de morrer de desnutrição¹.

Porém, a situação de Roraima não é das melhores, pois é considerado um dos estados com maior percentual de mortalidade neonatal do país; somente no período de janeiro a junho de 2017, Roraima registrou 111 óbitos de bebês²⁵; em 2019, a mortalidade infantil em RR variou de 8,20 a 47,19 óbitos por mil nascidos vivos; e, em 2017, em Boa Vista, a taxa foi de 11,93²⁶.

Nesse sentido, altas taxas de mortalidade infantil tendem a indicar um baixo Índice de Desenvolvimento Humano e de condições de saúde. Isso reforça o entendimento de que a elevada satisfação dos imigrantes com os serviços de saúde hospitalares se pauta também na inevitável comparação com o sistema de saúde venezuelano, como também pelo simples fato de ter acesso ao SUS independentemente das condições de atendimento ou baixa qualidade do serviço ofertado. Durante o período de observação participante não foi verificado nenhum óbito infantil na maternidade:

O SUS é super melhor. Por quê? [Entrevistador] Porque fui atendida! Também tem medicação, tem enfermeira, os médicos são muito atentos e amáveis (Aparecida-7).

Com efeito, há autores que consideram que a percepção da qualidade antecede a satisfação do paciente, podendo ocorrer independentemente da experiência relativa a um serviço¹³. Essa consideração se adequa a esse achado, haja vista ter havido uma percepção de qualidade do serviço e de baixa mortalidade infantil antes mesmo de experiências mais robustas serem vivenciadas. Dessa maneira, é possível que os entrevistados já tenham uma percepção de qualidade do sistema de saúde de Roraima que influencia para a alta satisfação antes mesmo de ter experiências nele, visto que seu referencial é o sistema de saúde venezuelano, o qual apresenta ínfima qualidade.

Outros pontos abordados por quase todos os participantes que geram alta satisfação e ótimas avaliações dos serviços de saúde estudados são as aquisições gratuitas de medicamentos e alimentação nos hospitais, para enfermos e seus acompanhantes:

Agora aqui nos blocos que está um pouco mais difícil, pois está faltando alguns medicamentos, aí estamos tendo que comparar ou receber doações (Caimbé-3).

Estão dando toda a atenção para ela, dando comida... (Cauamé-1).

Foi bom. Tem medicamentos, aplicaram antibiótico, soro e dipirona (Estados-12).

Aqui é melhor porque tem remédios, lá [Venezuela] não tem nada. Não tem estrutura, higienização, limpeza... (Caraná-2).

Há anos, pesquisas já demonstraram que principalmente em serviços públicos, além dos aspectos humanitários, os usuários ficam satisfeitos com o acesso aos serviços e com a disponibilidade de insumos, como medicamentos e vacinas²⁷.

Não é surpresa que o acesso à terapia farmacológica gratuita impacta de modo altamente positivo na avaliação e satisfação desses imigrantes. Por meio da observação participante e também pela própria vivência nos serviços de saúde em Roraima, sabe-se de incontáveis venezuelanos que escolheram imigrar para o Brasil justamente pela possibilidade de acesso gratuito ao SUS e à terapia farmacológica.

A situação na Venezuela é tão crítica que cerca de 85% dos medicamentos são escassos ou totalmente indisponíveis, além da falta de insumos hospitalares

básicos. Também há corrosão da qualidade e do controle na importação de medicamentos^{1,4}.

Pode-se citar ainda que muitos venezuelanos passam por séria escassez de alimentos em seu país e, ao chegarem em Roraima, essa situação muitas vezes permanece, pois os abrigos para imigrantes estão lotados, não há empregos para grande maioria e muitos deles estão vivendo nas ruas ou em abrigamentos espontâneos. Desse modo, a simples possibilidade de receber comida nos serviços hospitalares já é motivo de grande alegria e contentamento, o que ajuda na boa avaliação dos serviços de saúde.

Apenas três entrevistados não demonstraram satisfação com os serviços hospitalares recebidos. As críticas foram voltadas principalmente à falta de humanização no atendimento e cancelamentos de cirurgias por falta de materiais:

Na hora de fazer o corte tinha um monte de estudante aprendendo, usando a grávida como modelo. O estudante rasgou muito! Ele apoiava o cotovelo na perna dela (parturiente) enquanto a costurava e ela sentia dor a ponto de chegar a dizer: 'por favor, tira a mão porque me dói' (Caraná-2).

Mais ou menos... Há oito meses aguardando a cirurgia, ainda não fizeram por falta de material (Pintolândia-13).

Na maternidade falta uma atenção ao psicológico dos pacientes. O menino nasceu e já bateu a cabeça no chão e cortou um pouco. A mãe estava grávida e ninguém deu assistência na hora do parto, disseram que ela tinha que aguardar. Aí, nesse instante, sai o bebê e bate com a cabeça no chão, dentro da própria maternidade (Caraná-1).

A satisfação do usuário não necessariamente reflete uma avaliação positiva. Os pacientes se sentem satisfeitos independentemente da boa qualidade do cuidado recebido e a insatisfação é manifesta apenas em eventos extremamente negativos. Portanto, a satisfação não indica que um cuidado foi bom, mas que não foi "muito ruim"¹³.

Entraves identificados na experiência hospitalar

Embora a literatura já tenha mostrado que o

idioma é uma dificuldade^{28,29} para a assistência em saúde, um estudo envolvendo imigrantes bolivianos que também têm o espanhol como língua materna³⁰ demonstrou que o idioma não foi uma dificuldade, na opinião da maioria dos entrevistados, mesmo eles não falando português nem sendo atendidos em espanhol nos hospitais. Uma parte relatou a língua como uma barreira, mas que não se configurou como uma dificuldade significativa nas suas experiências assistenciais.

Dados da observação participante também mostraram que, embora não se tenha visto nenhum profissional de saúde brasileiro conversando em espanhol com os pacientes imigrantes, o idioma tem impactado muito pouco na dinâmica de acesso, de atendimentos e de cuidados assistenciais dos venezuelanos. Isso acontece, muito provavelmente, por conta da proximidade idiomática entre o português e o espanhol, visto que derivam do mesmo tronco linguístico. Contudo, foi percebido que a maioria dos profissionais de saúde, sobretudo os técnicos de enfermagem, parece enxergar o idioma como uma barreira importante para a assistência a esses imigrantes. Isso abre um novo campo de possibilidades de investigações futuras.

A maioria dos participantes também relatou que não observou diferenças de tratamentos entre brasileiros e estrangeiros, nem se sentiu discriminada por ser imigrante com nenhuma forma de preconceito ou xenofobia. Quatro participantes, dos 23, expuseram que se sentiram discriminados em algum momento durante as experiências hospitalares, e associaram essas situações ao fato de serem imigrantes. Ainda assim, dois deles expressaram satisfação com as experiências nos serviços de saúde.

Quando fui tirar meu cartão de saúde não era muito boa a aceitação, obviamente por sermos venezuelanos. Nem todo mundo tem a capacidade de entender a situação e a nossa opressão. Quando o pessoal olha para mim pensam que sou brasileira, mas quando eu falo, aí imediatamente é ruim. Então, aí eu já... [suspiros] (Centenário-10).

O atendimento não foi bom! A doutora foi rude com ela durante o parto. Não sabia se era parto cesáreo ou normal. A doutora foi muito grossa! Foi odiosa... Creio que tenha feito isso porque somos imigrantes (Caraná-2).

Com minha esposa não, mas comigo: me mandaram para uma coordenação indígena e eu não fui atendido porque sou indígena venezuelano e me disseram que somente atendem o indígena brasileiro (União-6).

Os brasileiros são tratados de forma muito melhor. Mas quero deixar claro que nem todas as pessoas são ruins. Na maternidade tem muitas pessoas humanas, muitas enfermeiras que fazem seu trabalho direitinho, atende bem as pacientes, tem um coração muito bom (Cauamé-1).

Na observação participante não foi identificado nenhum comportamento discriminatório durante a assistência em saúde ou cuidados prestados quando na presença do paciente ou seus acompanhantes. Porém, foram percebidos vários comentários discriminatórios entre os profissionais de saúde, que desqualificavam os pacientes venezuelanos, em especial feitos por técnicos de enfermagem, alguns dos quais com um forte viés xenofóbico, nas duas instituições.

Destaca-se que nenhum desses comentários preconceituosos foi identificado na presença dos imigrantes, mas foram captados entre conversas informais entre os profissionais de saúde ou até mesmo expressados para o observador. Esses achados também abrem oportunidades de futuras investigações qualitativas sobre a percepção dos profissionais de saúde frente ao cuidado dos imigrantes venezuelanos.

Como dificuldades adicionais também foram citadas:

A dificuldade foi transferência da maternidade para cá [HGR] (Cauamé-1).

Agora estamos tendo que gastar com essas medicações que faltam (Caimbé-3).

Os estudos de satisfação de assistência em saúde servem para descrever os serviços na perspectiva dos usuários¹³, e ficou claro que para a maioria dos entrevistados não há barreiras significativas para o acesso nem para a assistência médica. Possivelmente, a ótica desses usuários se relaciona com o simples fato deles, como imigrantes em situação de vulnerabilidade social, poderem ter acesso a esses serviços, o que pode contribuir para a elevada satisfação encontrada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pode conhecer o quão colapsado está o sistema de saúde venezuelano na perspectiva dos entrevistados, além de identificar a alta satisfação dos participantes com os serviços investigados, cuja avaliação foi muito positiva. Acredita-se, contudo, que o contentamento encontrado tem relação com possíveis baixas expectativas gerais com esses serviços. Também foi possível analisar os principais entraves para a assistência em saúde a esses imigrantes, que se fundamentam principalmente em barreiras linguísticas ou discriminação.

A baixa renda que os participantes têm e a não investigação de sua escolaridade se configuraram como limitações deste estudo, pois as condições socioeconômicas baixas podem interferir no que se espera dos serviços de saúde hospitalares, com apresentação de sentimentos de paternalismo. Outras limitações: quando se estuda satisfação fundamentada na teoria da realização da expectativa, observa-se que o agrado com relação a um dado serviço pode ser alcançado em um entrevistado que não tinha nenhuma expectativa; a realização das entrevistas no local de atendimento pode ter gerado alguma interferência na interação pesquisador-entrevistado, com inibição às críticas aos serviços hospitalares.

Trabalhos como este podem servir de fundamento para a construção de estratégias voltadas à promoção da saúde e de intervenção nos determinantes sociais por meio de políticas públicas voltadas a esse público, a fim de fortalecer a saúde coletiva no Brasil, além de melhorar a assistência hospitalar nos campos pesquisados.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Loeste de Arruda-Barbosa contribuiu com a orientação do projeto, análise de dados, escrita do artigo e aprovação de sua versão final. **Gabiane Crisostomo Nascimento da Silva, Irian dos Santos Soares, Jéssyca Gabriella Umburanas, Alef Phelipp Soares Borges e Dyago Silva Santos** contribuíram com a concepção e escrita do projeto, coleta e análise de dados, escrita do artigo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

- Venezuelan A, Ausman J. The devastating Venezuelan crisis. *Surg Neurol Int* [Internet]. 2019 [cited 2021 June 18];10:145. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6744797/pdf/SNI-10-145.pdf>
- Silva PS, Arruda-Barbosa L. Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 June 21];11(2):37-43. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3091/768>
- Fraser B, Hildegard W. Venezuela: aid needed to ease health crisis. *World Report*. 2016; 388(10048):947-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31523-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31523-9)
- Roa AC. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2021 June 13];34(3):1-12. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n3/e00058517/es>
- Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Souza ILL. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa [Internet]. *Saude Soc* [cited 2021 June 13]. 2020;29(2):e190730. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1101921>
- Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Torres MEM. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190807. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190807>
- Roraima (Estado). Decreto nº 26.577, de 24 de fevereiro de 2019. Decreta estado de calamidade na Saúde Pública do Estado de Roraima, em face da crise humanitária e violência na Venezuela impactando o serviço de saúde nos hospitais do Estado localizados nos municípios de Pacaraima e Boa Vista. *Diário Oficial do Governo de Roraima* [document on the Internet]. [cited 2021 June 13] 2019. <http://www.imprensaoficial.rr.gov.br/app/visualizar-doe/>.
- Tribunal de Contas da União. Secretaria-Geral da Presidência. Secretaria de Comunicação. Destaques 2013: Tribunal de Contas da União analisa situação da saúde pública no Brasil. Acórdão 2750/2013 – TCU – Plenário; 2013.
- Silva AGJ. Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2017.
- Lopes, M. Demora no atendimento é alvo de reclamação de usuários. *Folha de Boa Vista* [homepage on the Internet]; Roraima. 3 jun. 2019 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Demora-no-atendimento-e-alvo-de-reclamacao-de-usuarios/54007>
- Nascimento N. Reportagem especial: Pacientes reclamam da saúde pública em Roraima. *Folha de Boa Vista* [Internet]. 2015 [cited 20 Jul 2021]. Available from: <https://folhabv.com.br/video/Reportagem-especial--Pacientes-reclamam-da-saude-publica-em-Roraima/145>
- Barbosa LA, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2011 [cited 20 Jul 2021];24(4):347-34. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40820855009.pdf>
- Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 20 Jul 2021];22(6):1267-76. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v22n6/16.pdf
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982;16:577-82.
- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*. 1994;38(4):51-509.
- Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
- Streubert HJ, Carpenterd R. Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. 5. ed. Loures, Portugal: Lusociência; 2013.
- Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis* [Internet]. 2013 [cited 2022 June 10];23(2):511-29. Available from: <https://www.scielosp.org/article/physis/2013.v23n2/511-529/pt/>
- Malinowski B. Os argonautas do pacífico ocidental. São Paulo: Abril Cultural; 1984.
- Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.

21. The Lancet. The collapse of the Venezuelan health system. Editorial. The Lancet [Internet]. 2018 [cited 2021 June 12];7(391):1331. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00277-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00277-4/fulltext)

22. Hernández T, Ortiz Gómez Y. La migración de médicos en Venezuela. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2011 [cited 2022 June 10];30:81-177. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a10.pdf>

23. FRA. European Union Agency for Fundamental Rights. Migrants in an irregular situation: access to health care in 10 European Union Member States [document on the Internet]. [cited 2021 June 10] 2011. Available from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-access-healthcare-10-european-union-member-states>

24. G1 Roraima. Enfermeiros entram em acordo com o governo de RR e suspendem greve de 41 dias [home-page on the Internet]. 2020 [cited 2021 June 12]. Available from: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/01/08/enfermeiros-entram-em-acordo-com-o-governo-de-rr-e-encerram-greve-de-41-dias.ghtml>

25. Lopes M. Ministério da Saúde quer reduzir índice de mortalidade infantil em RR [home-page on the Internet]. Folha de Boa Vista; 2017 [cited 2021 June 10]. Available from: <https://folhabv.com.br/noticia/Ministerio-da-Saude-quer-reduzir-indice-de-mortalidade-infantil-em-RR/31023>

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de mortalidade infantil RR [document on the Internet]. Roraima. 2019 [cited 2021 June 10]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/boa-vista/pesquisa/39/30279?tipo=ranking>

27. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. R. bras. Enferm. 1995;48(2):109-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671995000200002>

28. Timoteo FPN, Silva RMM, Manfrini GC, Baggio MA. Cross-cultural care in primary health care nurses' experience in border territories. Texto Contexto Enferm. 2023;32:e20220250. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0250en>

29. Argenta Zanatta E, Karei Siega C, Pujol Hanzen I, Alcantara de Carvalho L. Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: dificuldades e possibilidades. Rev baiana enferm [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 11];34. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35639>

30. Aguiar ME, Mota A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. Interface (Botucatu) RR [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 21];B,18(50):493-506. Available from: <https://www.scielosp.org/article/icse/2014.v18n50/493-506/>



AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS POR MEIO DE SIMULAÇÃO

SKILL ACQUISITION FOR VACCINE ADMINISTRATION THROUGH SIMULATION
ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PARA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS A TRAVÉS DE SUMULACIÓN

Jessyca Elaine Chagas Barbosa ¹

Lana Barroso Melo Camelo ²

John Anderson dos Santos Morais ³

Eveline Pinheiro Beserra ⁴

Jamine Borges de Morais ⁵

Maria Alzete de Lima ⁶

Como Citar:

Barbosa JEC, Camelo LBM, Morais JAS, Beserra EP, Morais JB, Lima MA. Aquisição de competências para administração de vacinas por meio de simulação. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Enfermagem; Treinamento por Simulação; Imunização.

Descriptors:

Nursing; Simulation Training; Immunization.

Descriptores:

Enfermería; Entrenamiento por Simulación; Inmunización.

Submetido:

16/05/2022

Aprovado:

06/06/2023

Autor(a) para Correspondência:

Eveline Pinheiro Beserra
Rua Alexandre Baraúna, 1115 -
Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE,
CEP: 60430-160
E-mail: eve_pinheiro@yahoo.com.br

RESUMO

A simulação permite experiências de situações reais em ambiente controlado para a formação profissional. O objetivo deste estudo é identificar como estudantes de Enfermagem avaliam a aquisição de competências para a administração de vacinas por meio de simulação. Trata-se de estudo quase experimental, realizado em 2018, com 72 acadêmicos de Enfermagem em uma universidade pública. Eles participaram de uma simulação sobre vacinação e responderam ao questionário sobre aquisição de competências. Identificou-se diferença estatística entre os grupos apenas quanto às competências de organizar e planejar atividades ($p=0,044$) e desenvolver trabalho em equipe ($p=0,047$). De forma geral, não houve diferença significativa entre os grupos ($p>0,678$) na percepção da aquisição de competências no âmbito de conhecimento, habilidade e atitude. A prática de simulação é uma metodologia ativa que auxilia no processo de aquisição de conhecimento, habilidade e atitude aos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, bem como permite a autoavaliação do desempenho pelos participantes.

1. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Cancerologia pela modalidade Residência Multiprofissional no Instituto do Câncer do Ceará. Especialização em andamento em Enfermagem em UTI pela UNIFAMETRO. E-mail: jessycaelaine53@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3640-144X>

2. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Pediatria e Neonatologia pela UNIFAMETRO. Email: lanacamel@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2067-3571>

3. Enfermeiro pela Universidade Federal do Ceará. Especialização em andamento em Auditoria, Docência e Gestão em enfermagem. E-mail: enf.johnanderson@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8167-0695>

4. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: eve_pinheiro@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0631-8461>

5. Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UECE. E-mail: jaminebmorais@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4173-9202>

6. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: alzetelima@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0288-1329>

ABSTRACT

Simulation allows experiences of real situations in a controlled environment for professional training. The aim of this study is to identify how nursing students assess the acquisition of skills for administering vaccines through simulation. This is a quasi-experimental study, carried out in 2018, with 72 nursing students at a public university. They participated in a vaccination simulation and answered a questionnaire on acquiring skills. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, under opinion No. 2,251,160. A statistical difference was identified between the groups only regarding the skills for organizing and planning activities ($p=0.044$) and developing teamwork ($p=0.047$). In general, there was no significant difference between the groups ($p>0.678$) in perceiving the acquisition of competences in terms of knowledge, skill, and attitude. The practice of simulation is an active methodology that helps in the process of acquiring knowledge, skills, and attitudes for those involved in the teaching-learning process, as well as allowing the participants to self-assess their performance.

RESUMEN

La simulación permite experiencias de situaciones reales en ambiente controlado para la formación profesional. El objetivo de este estudio es identificar como estudiantes de enfermería evalúan la adquisición de competencias para administración de vacunas a través de simulación. Se trata de estudio casi experimental, realizado en 2018, con 72 académicos de Enfermería en una universidad pública. Ellos participaron de una simulación sobre vacunación y respondieron al cuestionario sobre adquisición de competencias. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará, bajo el parecer n° 2.251.160. Se identificó la diferencia estadística entre los grupos apenas en cuanto a las competencias de organizar y planear actividades ($p=0,044$) y desarrollar trabajo en equipo ($p=0,047$). De modo general, no hubo diferencia significativa entre los grupos ($p>0,678$) en la percepción de la adquisición de competencias en el ámbito de conocimiento, habilidad y actitud. La práctica de simulación es una metodología activa que auxilia en el proceso de adquisición de conocimiento, habilidad y actitud a los involucrados en el proceso de enseñanza-aprendizaje, así como permite la autoevaluación del desempeño por los participantes.

.....

INTRODUÇÃO

O curso de Enfermagem busca favorecer um ensino com foco no pensamento crítico e no desenvolvimento de habilidades técnicas baseadas em evidências científicas, logo, é crescente o uso de metodologias que estimulem a reflexão¹.

As metodologias ativas favorecem ações que inserem os alunos no centro do processo de ensino e aprendizagem, permitindo vivências de situações reais, adquirindo conhecimentos significativos, após reflexões práticas². A simulação é um exemplo da metodologia ativa de ensino que permite o treinamento em condições reais, com simuladores e atores, de forma interativa, permitindo o desenvolvimento de habilidades inerentes ao processo de trabalho da profissão em formação³.

O reconhecimento da importância do desenvolvimento de habilidades, associado ao crescente foco na necessidade de promover a segurança ao paciente, impulsiona ainda mais o desejo de mudança na educação, o que favoreceu a adoção do ensino simulado na Enfermagem.

Ainda que a experiência supervisionada na realidade seja insubstituível, como metodologia ativa, a simulação tornou-se uma atrativa ferramenta educacional, sendo comprovadamente eficaz no ensino de habilidades técnicas, desenvolvimento de comunicação, colaboração e otimização do trabalho em equipe⁴.

O uso de simulação na segurança do paciente, em um estudo realizado com alunos de Enfermagem no Sul do Brasil, observou que a simulação auxilia no desenvolvimento de competências como gerenciamento de problemas da prática, flexibilidade, uso do conhecimento, pensamento crítico, interação com a equipe, tempo de resposta, habilidades de comunicação, planejamento, estratégia, decisões múltiplas e colaboração, sendo estratégia positiva no ensino⁵. A simulação gera motivação a aprender por se tratar de um processo ativo de aprendizagem⁶.

Em estudo de uma universidade pública federal no nordeste brasileiro, avaliou-se a eficácia da simulação clínica no desempenho cognitivo de estudantes de Enfermagem, em cenários de imunização de adultos, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS),

e observou-se ainda que, com essa estratégia, os estudantes aprendem mais em curto e médio prazo e que a memorização do conhecimento é maior⁷.

Em outro estudo sobre a simulação de uma sala de vacina, em uma unidade de saúde no oeste de Minas Gerais, verificou-se que a simulação, no uso de capacitação, foi um método sistematizado, que facilmente pode ser replicado aos profissionais de saúde, sendo uma intervenção de baixo custo e podendo ser replicada a diferentes realidades⁸.

Tornam-se necessárias ações pedagógicas ativas que favoreçam o desempenho das técnicas e do raciocínio crítico para o cuidado. A intenção do uso de simulação na imunização é recriar o processo inerente ao procedimento e incentivar os alunos a vivenciarem o que poderia acontecer antes do ambiente real de prática, exercitando o raciocínio crítico e a tomada de decisão.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar como estudantes de Enfermagem avaliam a aquisição de competências para a administração de vacinas por meio de simulação.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quase experimental, realizado com dois grupos comparativos, denominados de Grupo 1 e Grupo 2; o primeiro, composto por 40 alunos do último ano de formação; e o segundo, com 32 alunos cursando a disciplina que envolve a saúde da criança, da grade curricular da instituição, do 6º semestre. Aconteceu de março a outubro de 2018.

A simulação foi realizada no Laboratório de Habilidades de práticas de Enfermagem do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública, no qual se ambientou uma sala de vacina, segundo as recomendações do Ministério da Saúde sobre imunização. Após o aceite e assinatura do termo de consentimento, o aluno era direcionado ao laboratório, realizava a prática e, depois da atividade, respondia a um questionário sobre a sua percepção a respeito do método de ensino.

A simulação envolvia a análise do cartão de vacina para administrar os imunobiológicos segundo o calendário vacinal do Ministério da Saúde, preconizado para crianças de 4 meses. Em seguida, os participantes responderam a um questionário manualmente, concordando ou discordando das competências, divididas em conhecimento, habilidade e atitude, totalizando 15 competências que deverão ser adquiridas de acordo com Diretrizes Curriculares

preconizadas para o curso de Enfermagem no Brasil⁹, e responderam à questão aberta: Quais os pontos positivos e negativos da sua conduta na simulação e o que você aprendeu com essa simulação? Vale destacar que esse questionário foi elaborado pelos autores da pesquisa, contudo as competências descritas foram baseadas nas Diretrizes Curriculares.

Os dados coletados foram analisados por meio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, Estados Unidos), versão 22. A análise comparativa consta de testes estatísticos Qui-quadrado, Teste de Verossimilhança e Teste T. As respostas dos alunos foram codificadas pela letra A e um número cardinal, analisadas com base no método de Análise de Conteúdo Indutivo¹⁰. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, parecer n.º 2.251.160, e CAAE n.º 71186817.5.0000.5054, atendendo à determinação da Resolução n.º 466/2012.

RESULTADOS

Dos estudantes que participaram do estudo, 81,9% (58) eram do sexo feminino, 73,9% (53) não possuíam outra graduação, 79,2% (57) não tinham curso técnico em Enfermagem e a média de idade para o Grupo 1 foi de 23,41 anos (DP ± 1,7), já para o Grupo 2 foi de 23,05 anos (DP±3,8).

Tabela 1 – Percepção dos grupos de alunos sobre a aquisição de competências para a administração de vacinas por meio de simulação, Brasil, 2018.

	Grupo 1			Grupo 2		P value
	*	n	%	n	%	
Conhecimento						
Proporcionou conhecimento teórico-científico	C	34	85	29	90,6	0,468 ²
	D	6	15	3	9,4	
Relacionou claramente teoria e prática	C	36	90	29	90,6	0,929 ²
	D	4	10	3	9,4	
Aplicou raciocínio clínico – lógico	C	38	95	32	100	0,122 ²
	D	2	5	0	0	
Habilidade						
Executou técnicas e procedimentos de enfermagem	C	39	97,5	31	96,8	0,873 ²
	D	1	2,5	1	3,2	
Aplicou a SAE	C	26	65	19	59,3	0,624 ¹
	D	14	35	13	40,7	
Organizou e planejou atividades	C	33	82,5	31	96,8	0,044 ²
	D	7	17,5	1	3,2	
Tomou decisões/liderança	C	34	85	28	87,5	0,760 ²
	D	6	15	4	12,5	
Administrou conflitos	C	24	60	24	75	0,180 ¹
	D	16	40	8	15	
Administrou recursos materiais	C	37	92	30	93,7	0,835 ²
	D	3	7,5	2	6,3	
Atitude						
Exercitou a Postura Profissional	C	39	97,5	32	100	0,276 ²
	D	1	2,5	0	0	
Relacionou-se eficazmente com paciente/ equipe	C	38	95	27	84,3	0,129 ²
	D	2	5,0	5	15,7	
Exercitou a autonomia	C	37	92,5	32	100	0,057 ²
	D	3	7,5	0	0	
Exercitou a criatividade	C	34	85	21	65,6	0,054 ¹
	D	6	15	11	34,4	
Exercitou a conduta ética	C	39	97,5	31	96,8	0,873 ²
	D	1	2,5	1	3,2	
Exercitou o trabalho em equipe	C	28	70	15	46,8	0,047 ¹
	D	12	30	17	53,2	
				Média (±DP)	Média (±DP)	P (Teste T)
				13,50 (2,810)	17,69 (3,063)	0,678

¹ Teste Qui-quadrado; ²Verossimilhança; *Concordância aos itens: C: concorda; D: discorda.

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando as competências, segundo a Tabela 1, identificou-se diferença estatística entre os grupos apenas quanto à habilidade de organizar e planejar atividades ($p=0,044$) e desenvolver trabalho em equipe ($p=0,047$), cuja percepção de aquisição de competências foi mais identificada pelo Grupo 1. Entretanto, quando avaliada a percepção da aquisição de competências de forma geral, não houve diferença significativa entre os grupos ($p>0,678$).

Em relação aos relatos escritos dos participantes, identificou-se a percepção da competência “Conhecimento” de forma predominante quando identificadas falas como: “Lembrei vias e doses (A5)”; “realizei orientações

às mães" (A3); "executei corretamente a técnica de vacinação" (A4). Assim, os participantes avaliaram como satisfatório o seu desempenho. Também houve a autoavaliação da necessidade de mais estudo sobre imunização e a identificação pessoal de suas fragilidades: "Não tinha domínio dos efeitos adversos das vacinas, preciso estudar mais" (A10). "Falta de conhecimento quanto às orientações a ser tomadas pela mãe, falta de agilidade e ocorrência de falhas quanto à técnica" (A20).

DISCUSSÃO

A organização e o planejamento de atividades ($p=0,044$) foram percebidos pela maioria dos estudantes do Grupo 1, evidenciando que a simulação favorecia a aquisição dessa competência. Esse fato se justifica, pois os participantes já haviam concluído as práticas curriculares e encontravam-se no internato, explicitando que essa ação é inerente para a prestação do cuidado.

O planejamento visa ao desenvolvimento de metas mensuráveis e objetivas, em resposta à avaliação das necessidades e identificação de estratégias pautadas no conhecimento derivado de teoria, evidências e prática¹¹.

Em estudo, observou-se que apenas 44,3% dos alunos, nas suas primeiras experiências práticas em simulação, possuem a percepção de realizar técnicas de forma correta. Apesar disso, é possível que, ao adquirir domínio em habilidades fundamentais, os alunos podem se concentrar nos fundamentos científicos do cuidar e depois avançar em simulações de alta fidelidade ou nos procedimentos mais complexos, conseguindo integrar todo o conhecimento¹².

No cenário educacional, a simulação contribui para transmitir realismo por imersão e, assim, desenvolver profissionais preparados para atuar de forma segura⁵. Há um reconhecimento crescente de que habilidades não técnicas podem também ser praticadas através de simulação, exemplo é um estudo sobre a elaboração de um cenário de simulação sobre comunicação de notícias difíceis no contexto de cuidados paliativos, para graduandos de Enfermagem¹³.

Em pesquisa bibliográfica sobre segurança do paciente, observou-se que um dos fatores contribuintes para o cuidado inseguro são os problemas relacionados à comunicação, escuta do paciente e adequação do ambiente¹⁴. Uma limitação é

geralmente o número reduzido de simuladores de alta fidelidade disponíveis e o elevado número de alunos atribuídos em turmas de simulação. Contudo, em estudo realizado com 150 estudantes de Enfermagem, verificou-se que cenários bem-preparados podem ser elaborados com custos mais baixos e geram também impactos no aprendizado dos estudantes¹⁵.

Nesse sentido, os cenários de simulação estão mudando muito mais para atender a uma demanda de aprendizado dinâmico dos alunos, assim, necessitando de cenários possíveis com recursos acessíveis que possam levar à imersão do aluno no cenário simulado, com a presença de personagens reais, para favorecer a interação sem trazer risco a nenhum dos participantes, como ocorreu neste estudo.

Nesta pesquisa, identificou-se que 46,8% (15) dos alunos do Grupo 2 perceberam que a simulação permitia a aquisição da competência trabalho em equipe; já 70% (28) dos alunos do último período do curso demonstraram que identificavam essa competência. O trabalho em equipe é uma importante forma de organização em que, a partir da cooperação entre os profissionais, é possível articular ações e desenvolver estratégias que facilitem o processo de trabalho. Isso proporciona melhores condições de trabalho para os profissionais e melhora a qualidade da assistência prestada¹³.

Ademais, a habilidade de trabalhar em grupo auxilia no desenvolvimento da inteligência relacional. Simulações interprofissionais têm demonstrado melhora na compreensão dos papéis e nas habilidades de comunicação, que são as críticas que auxiliam na construção da própria autonomia profissional¹⁶.

Foi evidenciado que os alunos durante a simulação iniciaram exercitando as competências na área do conhecimento, como verificado nos relatos "Lembrei vias e doses" (A5), e se perceberam desenvolvendo competências na área da habilidade e atitude, até mesmo há momentos que essas áreas se entrelaçam.

Foi possível, ainda, identificar nas falas dos estudantes a percepção acerca de fragilidades e potencialidades da sua aprendizagem. Em estudo similar, os alunos que ainda não tinham experiência clínica possuíam a mesma percepção de não conseguirem realizar a técnica, e, após programa de simulação, 80% percebiam ter se envolvido em uma valiosa experiência de aprendizado¹⁷. Fato observado ainda nos relatos dos alunos A10 e A20.

Além disso, tem-se no processo de ensino

atual exposição limitada a situações específicas, como administração de imunobiológicos, durante experiência clínica real, o que resulta em confiança limitada em suas habilidades e gera ansiedade no estudante em formação e futuro profissional que não vivenciou essas situações⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se diferença estatística entre os Grupos 1 e 2 nos itens habilidade de “organizar e planejar atividades” e “desenvolver trabalho em equipe”. Essa evidência permite compreender que a simulação possibilita a autoavaliação do desempenho das ações individuais durante a vivência. A prática de simulação realística, por ser uma técnica que simula experiências de cenários reais, auxilia no processo de aquisição de conhecimento, habilidade e atitude aos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

A simulação é estratégia metodológica eficiente para a aquisição de competências de Enfermagem em imunização, logo pode contribuir em outros temas de atenção à Saúde Coletiva, como também em outras disciplinas curriculares, pois grandes são os benéficos na consolidação do aprendizado – destaca-se essa como a maior contribuição deste estudo.

Como limitação de pesquisa, não houve a comparação do desempenho dos alunos na prática real. Assim, destaca-se a necessidade da realização de pesquisas que comparem a relação entre as simulações de aprendizagem de técnicas e procedimentos de enfermagem e o desempenho dos estudantes na prática clínica, como também estudos longitudinais que avaliem a retenção do conhecimento em longo prazo e o impacto da simulação na melhoria dos cuidados do paciente.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados: **Jessyca Elaine Chagas Barbosa, Lana Barroso Melo Camelo e John Anderson dos Santos Moraes**. Redação do artigo ou a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: **Jessyca Elaine Chagas Barbosa, Lana Barroso Melo Camelo e Jamine Borges de Moraes**. Aprovação da versão a ser publicada: **Eveline Pinheiro Beserra e Maria Alzete de Lima**

REFERÊNCIAS

1. Ghezzi JFSA, Higa EFR, Lemes MA, Marin MJS. Strategies of active learning methodologies in nursing education: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 22];74(1):e20200130. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0130>
2. Morais IF, Cassiano NA, Medeiros SM, Menezes RMP, Dantas RAN, Dantas DV, et al. Mock panels as an active teaching methodology in the education of nursing doctors. *Rev Bras Enferm* 2020 [cited 2023 May 26];73(6):e20190700. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0700>
3. Campanati FLS, Ribeiro LM, Silva ICR, Hermann PRS, Brasil GC, Carneiro KKG, et al. Clinical simulation as a Nursing Fundamentals teaching method: a quasi-experimental study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [cited 2022 Jan 22];75(2):e20201155. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1155>
4. Harder N, Stevenson M, Turner S. Using Simulation Design Characteristics in a Non-Manikin Learning Activity to Teach Prioritization Skills to Undergraduate Nursing Students. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 22];36(1):18-21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.07.002>
5. Magnago TSBS, Silva JS, Lanes TC, Dal Ongaro J, Luz EMF, Tuchtenhagen P, et al. Simulação realística no ensino de segurança do paciente: relato de experiência. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 20];10:e13. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769236616>
6. Dennis D, Furness A, Brosky J, Owens J, Mackintosh S. Can student-peers teach using simulated-based learning as well as faculty: A non-equivalent posttest-only study. *Nurs Educ Today* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 22];91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104470>
7. Costa RRO, Medeiros SM, Martins JCA, Coutinho VRD, Araújo MS. Effectiveness of simulation in teaching immunization in nursing: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 28];28:e3305. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3147.3305>
8. Rodrigues SB, Assis GDP, Silva BS, Oliveira GCCF, Tavares LOM, Amaral GG, et al. Realistic simulation in the training of nursing professionals in a vaccination room. *RSD* [Internet]. 2021 [cited 2023 May 28];10(3):e20810313314. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13314>
9. Brasil. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de

Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília. 2001 Nov [cited 07 Jun 2021]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

10. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* [Internet]. 2005 [cited 2022 Feb 22];15(9):1277-88. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

11. Laukvik, LB, Rotegård AK, Lyngstad M, Slettebø Å, Fossum M. Registered nurses' reasoning process during care planning and documentation in the electronic health records: A concurrent think-aloud study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 22];(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16210>

12. Kelly M, Lapkin S, Mcgrath B, Campbell M. A Blended Learning Activity to Model Clinical Judgment in Practice: A Multisite Evaluation. *Clin Simulation Nurs J* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 22];43:10-16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.03.006>

13. Flausino DA, Oliveira AR, Misko MD, Eduardo AAH. Cenário para treinamento por simulação sobre comunicação de notícias difíceis: um estudo de validação. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 22];26:e20210037. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0037>

14. Villar VCF, Duarte SCM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 24];36(12):e00223019. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>

15. Negri EC, Almeida RG dos S, Meska MHG, Mazzo A. Paciente simulado versus simulador de alta fidelidade: satisfação, autoconfiança e conhecimento entre estudantes de enfermagem no Brasil. *Cogit Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2023 May 22];26. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76730>

16. Niemeyer M. Effective patient safety education for novice RNs: a systematic review. *J Nurs Educ Pract* [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 18];8(1):103-15. Available from: <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n3p103>

17. Mcdermott DS, Sarasnick J, Timcheck P. Using the INACSL Simulation™ design standard for novice learners. *Clin Simul Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 22];13(6):249-53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.03.003>

18. ...

PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

MENTAL HEALTH CARE PRACTICES FROM THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT
PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR

Cristiane Nogueira Costa ¹

Como Citar:

Costa CN. Práticas de cuidado em saúde mental a partir do Projeto Terapêutico Singular. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Serviços de Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Conhecimentos, atitudes e práticas em Saúde.

Descriptors:

Mental Health Services; Mental Health Assistance; Knowledge, attitudes and practices in health.

Descriptores:

Servicios de Salud Mental; Asistencia a la Salud Mental; Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

Submetido:

22/03/2023

Aprovado:

19/06/2023

Autor(a) para Correspondência:

Cristiane Nogueira da Costa
Rua Crisântemo, n.º 174, Torre 1,
Condomínio Green Eldorado
Parque Oeste Industrial, Goiânia-GO,
CEP: 74375-530
E-mail: cristianepsi@gmail.com

RESUMO

Nos Centros de Atenção Psicossocial, o Projeto Terapêutico Singular é importante ferramenta de cuidado, sendo resultado de discussão coletiva de equipe interdisciplinar, usuário e família, visando ao protagonismo do usuário, à singularização das práticas em saúde, à territorialização do cuidado e à promoção da corresponsabilização nas ações pactuadas. Objetivou-se descrever e analisar como ocorre a construção e operacionalização do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Infante-Juvenil, da região metropolitana de Goiânia. Participaram da pesquisa 22 trabalhadores dessa instituição que estão envolvidos na construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular. A coleta dos dados foi realizada com entrevistas semiestruturadas e a sua organização e interpretação ocorreu utilizando a técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados apontam dissonância e contradições entre a prática e os pressupostos teóricos nos processos terapêuticos e na forma como é construído e operacionalizado o Projeto Terapêutico Singular no cenário de estudo. Observou-se que as ações em saúde mental nesse serviço são permeadas pelos dois paradigmas de atenção: manicomial e psicossocial.

1. Psicóloga. Mestre em Assistência e Avaliação em Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Servidora na Prefeitura de Aparecida de Goiânia. E-mail: cristianepsi@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7274-1516>

ABSTRACT

At Psychosocial Care Centers, the Singular Therapeutic Project is an important care tool that results from collective discussion between interdisciplinary teams, users, and families, with the aim of promoting the user's protagonism, individualizing health practices, territorializing care, and promoting co-responsibility in agreed-upon actions. This study aimed to describe and analyze how the construction and operationalization of the Singular Therapeutic Project occur in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs used by Children and Adolescents in the metropolitan region of Goiânia. The research involved 22 workers from this institution who are involved in the shared construction of the Singular Therapeutic Project. Data was collected through semi-structured interviews and the organization and interpretation of the data was done using the Content Analysis Technique. The results indicate dissonance and contradictions between practice and theoretical assumptions in therapeutic processes and in how the Singular Therapeutic Project is constructed and operationalized in the study setting. It was observed that mental health actions in this service are influenced by both the asylum and psychosocial paradigms of care.

RESUMEN

En los Centros de Atención Psicosocial, el Proyecto Terapéutico Singular es una importante herramienta de cuidado, siendo resultado de discusión colectiva entre equipo interdisciplinar, usuario y familia, con vistas a posibilitar el protagonismo del usuario, a la singularización de las prácticas de salud, a la territorialización del cuidado y a la promoción de la corresponsabilización en las acciones pactadas. Se objetivó describir y analizar como ocurre la construcción y operacionalización del Proyecto Terapéutico Singular en un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y otras drogas Infante-Juvenil, de la región metropolitana de Goiânia. Participaron de la investigación 22 trabajadores de esa institución que son involucradas en la construcción compartida del Proyecto Terapéutico Singular. La coleta de los datos fue realizada con encuestas semiestructuradas y la organización e interpretación de los datos ocurrieron utilizándose de la técnica de Análisis de Contenido. Los resultados señalan la disonancia y contradicciones entre la práctica y los presupuestos teóricos en los procesos terapéuticos y en la forma como es construido y operacionalizado el Proyecto Terapéutico Singular en el escenario de estudio. Se observó que las acciones en salud mental en ese servicio son permeadas por los dos paradigmas de atención: manicomial y psicosocial.

INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica nasceu com o objetivo de superar o estigma, a institucionalização e a cronificação das pessoas com sofrimento psíquico. Suscitou discussões acerca de novos modos e fazeres dentro da saúde mental. A partir do questionamento sobre a concepção de doença mental e do desenvolvimento de políticas públicas foi necessária a construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico¹.

Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços estratégicos na assistência ao sofrimento psíquico no contexto social e de saúde, sendo responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, no âmbito do seu território¹.

O processo de desospitalização demonstra importante avanço na Reforma Psiquiátrica Brasileira, no entanto não é sinônimo de mudança pragmática da atenção em saúde mental. Para isso, é necessário que o processo de mudança inclua quatro dimensões.

A primeira se refere ao campo epistemológico ou teórico-conceitual, sendo questionados os saberes e conceitos dentro da ciência e psiquiatria clássica, tais como isolamento, neutralidade, tratamento moral, anormalidade, doença e cura².

A segunda diz respeito às mudanças técnico-assistenciais que buscam construir novos espaços de sociabilidade, troca e produção de subjetividade. A terceira relaciona-se às questões jurídico-políticas sobre a discussão e redefinição das legislações que envolvem os doentes mentais e as novas possibilidades de inserção social. Por fim, a quarta requer uma mudança sociocultural que se refere às transformações da relação da sociedade com a doença mental e é influenciada pelos conceitos construídos historicamente².

Com a discussão das práticas terapêuticas em saúde mental foi proposto como substitutivo ao modelo asilar o modelo psicossocial, que tem como cerne o protagonismo do usuário, corresponsabilização, relação horizontal, integralidade e reinserção social³.

Com o modelo psicossocial, foi viabilizada a apropriação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta na promoção do cuidado integral em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial⁴. A dimensão singular é a essência do projeto terapêutico, é o que determina a ação de saúde oferecida para alcançar os objetivos de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros. Ademais, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia tradicionalmente na discussão de casos em medicina. A noção de projetualidade não se refere apenas como plano com a organização de atividades e ações centradas para a resolução de um dado problema. Refere-se à capacidade de lançar um olhar para o futuro, provocando a reflexão, ampliando as possibilidades e a elaboração de novas realidades⁵.

A construção do PTS deve ser coletiva, sendo que demanda a participação dos atores envolvidos: usuários, familiares e equipe de saúde. Esse processo objetiva compreender o sujeito em sua complexidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais. As ações devem favorecer a participação ativa do usuário e familiares, promovendo autonomia e compartilhamento de informações e saberes. Promove-se a discussão sobre uma situação de interesse comum e pactuam-se ações, formalizando compromissos e dividindo-se responsabilidades entre os sujeitos envolvidos⁶.

O PTS, enquanto dispositivo de cuidado, desenvolve-se em quatro momentos. Inicialmente é realizado o diagnóstico com a avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Nesse momento, busca-se entender como o sujeito se relaciona com a situação do adoecimento. Tenta-se compreender os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. É necessário lançar um olhar muito além dos problemas, buscando as potencialidades. Produz-se um consenso operativo sobre as hipóteses e problemas relevantes na perspectiva da equipe e do usuário⁷.

Posteriormente, são realizadas as definições das metas. A equipe, o usuário e as pessoas envolvidas trabalham e negociam propostas de curto, médio e longo prazo. Após a definição das metas é feita a divisão de responsabilidades. Nesse momento, são

definidas as tarefas de cada um com clareza. Por fim, a reavaliação, momento em que se discutirá a evolução e serão realizadas correções dos rumos tomados⁷.

O desenvolvimento dos projetos terapêuticos deve ser orientado pelos seguintes eixos: a centralidade da ação na pessoa; a relação de parceria terapeuta-cliente; o deslocamento do lócus da ação da instituição para o território e para as situações da vida real; ênfase no sujeito em seu contexto; construção compartilhada; estabelecimento de contrato de trabalho com percursos a serem desenvolvidos em um tempo predeterminado; e a utilização de avaliações periódicas conjuntas para redirecionamento do projeto⁶.

A partir do reconhecimento da importância do PTS como dispositivo norteador do funcionamento dos serviços de atenção psicossocial em saúde mental, este estudo tem como objetivo descrever e analisar como que ocorre a construção e operacionalização do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Infanto-Juvenil (CAPS ADi III) da Região Metropolitana de Goiânia.

METODOLOGIA

O estudo é uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. O cenário é o CAPS ADi III da Região Metropolitana de Goiânia, que atende crianças e adolescentes que fazem uso de drogas. Participaram da pesquisa 22 trabalhadores. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2020. Os critérios de inclusão foram: trabalhadores do CAPS ADi III e estar envolvido nos processos relacionados ao PTS.

Para a coleta de informações foram realizadas entrevistas semiestruturadas individualmente. O instrumento da entrevista foi construído pela pesquisadora, tendo como aspectos centrais a operacionalização do PTS na instituição. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e tratadas utilizando a Análise de Conteúdo. A organização e a interpretação dos dados ocorreram abrangendo as seguintes fases: pré-análise; exploração do conteúdo e tratamento dos dados obtidos; e interpretação⁸.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados foram descritos, analisados e discutidos, sendo as categorias temáticas interpretadas de acordo com embasamento teórico

da pesquisa possibilitando o relacionamento da teoria com as práticas terapêuticas realizadas no CAPS ADi III.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer n.º 3.811.676, respeitando os princípios éticos e legais de pesquisa com seres humanos. Nas entrevistas transcritas, os participantes foram identificados com números e letras (T) visando assegurar a preservação da identidade e confidencialidade dos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do PTS ocorre no acolhimento e pode ser reavaliado ou alterado no decorrer do processo terapêutico. Ao chegar no serviço é realizada a escuta do adolescente e do familiar/acompanhante. É importante ressaltar que essa escuta costuma ser feita separadamente, sendo realizada regularmente por dois profissionais da equipe técnica, podendo ser farmacêutico, assistente social ou psicólogo. Inicialmente, conversa-se brevemente sobre o CAPS ADi III, as características dos usuários que utilizam o serviço e as modalidades de atendimentos oferecidas.

São questionadas informações sobre o desenvolvimento físico e cognitivo dos adolescentes, sua interação com a escola, sua dinâmica familiar, sua relação com as drogas, se há envolvimento com a criminalidade, seus lazeres, planos e sonhos, expectativas sobre o tratamento. Durante esse momento de escuta, também são levantados possíveis fatores de proteção e de risco e é realizado o exame psíquico. O acolhimento é guiado por um roteiro que foi estruturado pelos profissionais.

Em seguida, o usuário e o familiar/acompanhante passam pela consulta médica, realizada pelo psiquiatra ou clínico geral. Adiante, ocorre a discussão do caso entre os profissionais que participaram do acolhimento e o médico, que pactuam o projeto terapêutico do adolescente. Por fim, a decisão é repassada para família e usuário. Essa dinâmica de construção do PTS pode ser ilustrada com as seguintes falas:

Cada adolescente quando faz o acolhimento, ele passa por profissionais e, no primeiro acolhimento, é feito o PTS. Esse PTS é dinâmico, muda bastante, tipo assim, se ele não tá conseguindo cumprir, se ele não tá gostando, a equipe conversa, vê o que

precisa mudar e muda o PTS (T11).

A construção do PTS é feita quando o adolescente é acolhido na Unidade [...]. O adolescente chega com a demanda, a equipe se reúne e faz a construção desse projeto. No início, ele chega, ele vai conversar com a equipe, com a psicóloga, assistente social e faz o projeto dele, vê qual que é o melhor dentro da demanda dele, né? (T8).

Aqui o PTS funciona em grupo, individual... agora não sei se o medicamentoso entra. É relacionado às atividades aqui dentro, aí tem os horários, o da tarde, em horário vespertino, e à noite... aí, tem o acolhimento noturno também (T11).

A gente fala que aqui nós temos um cardápio... O cardápio a gente vê o que é melhor pra ele e oferece pra ele, se ele aceita, né... Porque também não adianta a gente abrir o cardápio e falar pra ele 'escolhe'. Às vezes, ele vai escolher algo que pra ele não seja tão viável, né. Então a gente oferece o que a gente acha que é melhor e ver se ele aceita... E, às vezes, pra ele não ficar na rua, ele fica mais tempo no CAPS, a gente tenta fazer isso o máximo possível, né, pra ele não ficar na rua, fica no CAPS... (T10).

Diante dos resultados, algumas pontuações relacionadas à construção do PTS podem ser destacadas: 1) o projeto terapêutico construído no CAPS ADi III fica restrito às atividades internas na Unidade, 2) a construção do Projeto Terapêutico Singular é realizada predominantemente pelos profissionais, que apenas repassam para a população usuária.

O projeto terapêutico é construído inserindo os usuários e familiares em atividades realizadas dentro da Unidade. Como mencionado pelos trabalhadores, no CAPS ADi III existe um "cardápio" em que são listadas as atividades realizadas na Unidade. Nesse cardápio, estão os grupos, os atendimentos individuais, as consultas, o acolhimento diurno e o acolhimento noturno. O projeto terapêutico é construído inserindo esses adolescentes dentro dessas atividades/modalidades de atendimentos propostas pelo serviço. Dessa forma, acaba por

se configurar como um cronograma semanal de atividades que o usuário deve participar no serviço.

Visualiza-se, portanto, que, na construção do PTS, não são definidas metas terapêuticas, sendo que os usuários são inseridos em ações e atividades que não contemplam as demandas e necessidades deles. Dessa forma, a construção do PTS não se apoia em um diagnóstico, para a organização das práticas de cuidado direcionadas pelo PTS.

O diagnóstico deve incluir a avaliação orgânica, psicológica e social, possibilitando as conclusões a respeito dos riscos e vulnerabilidades. Deve ser captada a singularidade do usuário, seus interesses, desejos, sua relação com os problemas, com o trabalho, a cultura, a família e a rede social⁷. Salienta-se que esse diagnóstico é até iniciado no acolhimento, sendo que por meio do diálogo entre equipe/usuário/família busca-se compreender o que o sujeito procura no serviço, sua história e suas relações. No entanto, o passo posterior ao diagnóstico inicial seria o estabelecimento de metas e ações, acordadas entre equipe, usuário e família. Adiante, evidencia-se a potencialização de corresponsabilidades, ficando claras para todos os envolvidos nas práticas de cuidado as suas tarefas nesse processo terapêutico.

No entanto, os desafios para a realização do PTS não são identificados apenas nessa unidade, pois a literatura apontou que a construção do PTS em outros CAPS, muitas vezes, limita-se a essa oferta do cardápio de atividades disponíveis no serviço. Nessa proposta, o usuário tem que se adequar ao que o serviço tem para oferecer, sem focar nas especificidades de cada usuário e na perspectiva singular do PTS. Dessa forma, a equipe, por limitar-se à rotina do serviço, elabora estratégias terapêuticas restritas ao espaço institucional, não explorando as potencialidades do território onde os usuários vivem⁸.

É importante salientar que a construção dos projetos terapêuticos deve levar em consideração a singularidade do sujeito, observando seus desejos, necessidades e possibilidades. Propostas indiferenciadas, com a apresentação de cardápio de atividades, com ofertas de oficinas e grupos, ocupam a maior parte do tempo das pessoas, mas não promovem melhorias significativas na vida de cada sujeito⁹.

O PTS deve ainda contemplar a integralidade do cuidado ao usuário, percebendo o sujeito sob o aspecto histórico, social e político, e suas relações

com o contexto familiar e meio social nos quais está inserido. O cuidado integral compreende um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo. É ancorado numa concepção abrangente do ser humano, considerando sua subjetividade, validando seus sentimentos, desejos e aflições⁹.

Também deve ser considerado no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular o empoderamento relacional e social do usuário, sendo incluídas ações que estimulem sua autonomia pessoal e coletiva, visando ampliar a capacidade do usuário de lidar com seus problemas de forma a requerer cada vez menos dispositivos assistenciais. É importante perceber o CAPS como um espaço intermediário, um local de passagem, que possibilita aos usuários melhorarem o desempenho de suas atividades, promove a autonomia e favorece a reinserção social¹⁰.

Ações que promovam a autonomia e a reinserção social dos usuários podem ser feitas por meio de inserção no trabalho, lazer, exercício dos direitos e deveres civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Para concretizar tais objetivos, o PTS deve ir além de escolher e inserir o usuário em atividades internas no CAPS, devendo incluir atividades "extramuros"¹¹.

Ressalta-se que a operacionalização dos modos de cuidado psicossocial para além das paredes institucionais vem se demonstrando como importante desafio. Mesmo a concepção de atenção psicossocial estando presente nos discursos dos profissionais, a articulação no território não ocorre. As ações que estariam dirigidas ao contexto concreto de vida dos usuários são pouco representadas na construção do PTS¹².

Ainda sobre a questão de os Projetos Terapêuticos Singulares serem construídos com foco em promover a permanência dos usuários dentro do serviço, considera-se que essa proposta resulta no distanciamento dos contatos sociais e da vida cotidiana, produzindo o aprisionamento em uma identidade centralizada na doença, podendo levar ao risco da produção de novas cronicidades, devido a uma adequação institucionalizante, em que são abafados os desejos e diferentes modos de subjetivação. As novas formas de cronicidades se expressam pela retenção de usuários, em modos de gestão resistentes em operar para fora do serviço e em produzir portas de saídas e de circulação na rede, aspectos que podem estar transformando os CAPS em manicômios disfarçados¹³.

O processo de isolamento do serviço devido à ausência das ações de inserção territorial vem sendo denominado como “encapsulamento”. Esse termo está relacionado ao sentimento de aprisionamento da equipe dentro do serviço, não articulando com a comunidade. É necessário estar atento para que não sejam reproduzidas velhas práticas características do modelo manicomial. O processo de “inclusão na comunidade” se transforma em “inclusão no serviço”, produzindo a cronificação e institucionalização do usuário. Essa situação aponta que o processo de desinstitucionalização pouco avança na desconstrução dos saberes e práticas manicomiais, reduzindo as práticas posteriores à Reforma Psiquiátrica apenas à compreensão de desinstitucionalização como desospitalização. Para modificar a cultura de exclusão não é suficiente a mudança do tipo de serviço oferecido, e um dos principais desafios no processo de Reforma Psiquiátrica parece ser a modificação das práticas assistenciais e consolidação do cuidado em rede, tendo como base a compreensão do território e os princípios de integralidade e participação popular¹⁴.

A desinstitucionalização é uma estratégia para a reabilitação social e não deve ser confundida com desospitalização ou desassistência. Ela só pode ser alcançada com a desconstrução teórica e prática da psiquiatria tradicional, sendo que esse processo é apenas possível com o deslocamento da centralidade da atenção da instituição em direção ao território¹⁴.

Nesse processo, o CAPS tem o papel de articulador da rede de atenção em saúde mental, no entanto esse termo pode remeter a uma relação ambígua do serviço com a rede, sendo que, ao mesmo tempo que ele se caracteriza como estratégico para agenciar recursos, ele também pode centralizar o cuidado, estabelecendo uma relação piramidal de hierarquização. A rede também pode provocar o “encapsulamento” do CAPS ao considerá-lo como “centro” do cuidado em saúde mental, como se fosse a única referência, o “ordenador da rede”. É necessário que a rede intersetorial esteja fortalecida e se corresponsabilize em conjunto com a atenção em saúde mental¹².

Em relação aos atores envolvidos na construção do projeto terapêutico, é possível observar que esse processo é centralizado na equipe de trabalhadores, sendo que o médico e os profissionais que realizaram o acolhimento decidem e repassam para os usuários/famílias as atividades em que serão inseridos na Unidade. Como apontado anteriormente, quando

questionada sobre o conceito e processo do Projeto Terapêutico Singular, a população usuária demonstrou desconhecer tal termo/processo. Como o poder decisório no processo de construção é da equipe, a população usuária assume um papel passivo nesse cenário, muitas vezes permanecendo alheia e não se apropriando do que seria um Projeto Terapêutico Singular.

Ressalta-se que a produção do projeto terapêutico de forma compartilhada entre equipe/família e usuários é fundamental para promover a autonomia afetiva, material e social, além de aumentar a capacidade da população usuária de gerir seus problemas e seus relacionamentos sociais⁴. Contudo, no processo de construção de um PTS, frequentemente observa-se a falta de diálogo e de negociações entre os envolvidos, pois não se leva em conta o protagonismo dos usuários e de sua família nesse processo.

Considera-se que a produção de projetos terapêuticos singulares requer fundamentalmente a reorientação do tipo de escuta oferecida ao usuário/família e a possibilidade de compreensão de sua história. Faz-se necessário promover um espaço de expressão e acolhimento para que esses elementos façam parte do processo. Dessa forma, os profissionais devem aprender e exercitar o respeito ao outro e a alteridade, sendo que devem auxiliar o usuário a identificar como pretendem conduzir seu tratamento e como auxiliá-lo nesse processo⁴.

A construção compartilhada do projeto terapêutico desloca a população usuária do lugar de submissão (a um projeto definido pelos profissionais) para o lugar de centralidade no processo terapêutico, possibilitando a corresponsabilização de todos atores envolvidos na busca de resoluções para os seus agravos de saúde. Nesse sentido, é fundamental que se realizem ações que promovam a ampliação da capacidade de entendimento da população usuária para que se possibilite sua apropriação do controle do processo saúde-doença, aperfeiçoando a sua capacidade de agenciar soluções no campo afetivo, material e social e possibilitando o aumento da sua participação na vida política e jurídica¹⁴.

Sobre os profissionais que acompanham o PTS, visualizou-se que no CAPS Adi III não se trabalha com equipes de referência devido ao número reduzido de profissionais. Portanto, são organizados os profissionais de referência, sendo esses os psicólogos, farmacêutico e assistente social. Esses profissionais relataram em seu discurso como se

organizam nesse processo na unidade:

Os referentes são organizados por letras, cada referente que faz parte da equipe técnica, que são os psicólogos e assistente social, enfermeiro, eu acredito que não tá, a equipe de enfermagem não foi incluída... Tem que ficar atento se tá vindo, se não tá vindo, se tá legal, se não tá legal (T19).

Aqui tem os referentes [...]. O que que a gente fez? Muitas unidades trabalham com miniequipe [...]. Como o nosso grupo aqui é menos, a gente preferiu trabalhar com referente por letra do alfabeto [...]. Ele tem que tá ligando o tempo inteiro, saber como ele tá, como é que tá o acompanhamento (T10).

Observa-se que os profissionais de referência são organizados a partir da divisão dos prontuários. A organização do trabalho dos referentes se dá a partir do acompanhamento dos projetos daqueles adolescentes pelos quais são responsáveis. Devem também realizar a busca ativa daqueles adolescentes que não estão frequentando as atividades no serviço. No entanto, é aconselhável que a escolha do profissional de referência seja baseada no vínculo desenvolvido com o usuário, pois facilita o processo de cuidado e a corresponsabilização. Através do fortalecimento do vínculo o profissional de referência pode se aproximar e conhecer as questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras do contexto do usuário. Dessa forma, pode-se articular um cuidado cada vez mais singular e que atenda às demandas do usuário¹⁵.

A equipe/profissional de referência pode ser definida como profissionais que se responsabilizam pelos mesmos usuários cotidianamente. O profissional de referência deve acompanhar o usuário/família durante o processo terapêutico, articulando a intervenção de outros profissionais ou serviços sempre que necessário e organizando a sua alta e continuidade de acompanhamento em outro serviço. As equipes de referência visam à construção do cuidado singular e vínculo estável entre a equipe e o usuário/família. O profissional de referência pode ser qualquer componente da equipe, independentemente da sua formação¹⁵.

O atendimento como profissional de referência remete às práticas de cuidado da clínica ampliada, sendo que ela propõe a atenção sustentada pelo

forte compromisso com o usuário, concebido em sua singularidade; a responsabilização pelos usuários do serviço de saúde; cuidado intersetorial; o reconhecimento dos limites do saber do profissional e das tecnologias utilizadas, buscando outros conhecimentos em outras áreas e um compromisso ético profundo com o usuário⁷.

Sobre a avaliação e reconstrução do PTS, a equipe considera que a reconstrução é necessária quando o usuário não participa das atividades internas no CAPS, como foi proposto na construção do PTS. Isso ocorre porque a avaliação da efetividade ou não do processo terapêutico está vinculada a essa frequência nas atividades, como é ilustrado pelas seguintes falas:

A reconstrução é feita quando a equipe vai percebendo que o adolescente não adere ao projeto terapêutico, não vem, ou chega a hora que quer, ou vem e fica dormindo e aí vai chamando ele [...], vai sempre ali olhando pra ver qual a melhor maneira dele tá cumprindo um projeto pra ele (T4).

Na minha observação, a reconstrução do PTS é primeiramente quando o adolescente não cumpre o combinado [...] e outro motivo qual ele cumpre e vê que não surtiu efeito, ele precisa de algo diferente [...] a equipe vê e muda o PTS (T7).

Como já discutido anteriormente, a noção do projeto não deve ser entendida no sentido de plano de atividades a serem desenvolvidas na unidade, portanto o critério de avaliação que indica a necessidade da sua reconstrução não pode estar relacionado apenas à frequência no serviço, tendo em vista que o projeto não deve ser operacionalizado apenas como um elenco de procedimentos e protocolos a serem desenvolvidos.

A noção de plano remete a algo estático, diferenciando-se da noção de projeto, que deve ser pensado como processo. A noção de projetualidade tem a intenção de lançar-se do presente em direção ao futuro, como um processo dinâmico. Nesse sentido, o projeto está em constante construção e reconstrução, com a possibilidade de ser pensado e repensado na relação entre equipe-usuário-familiares.

Contudo, a necessidade de construção e reconstrução não pode ser orientada exclusivamente para a organização de atividades e ações para a

resolução de um determinado problema, mas sim orientada pela prática centrada no usuário e na produção de autonomia¹⁶. Ressalta-se que o processo de construção-reconstrução do projeto terapêutico requer flexibilização para que seja modificado conforme as necessidades da população usuária e também deve se dar de forma coletiva, não apenas centralizado nas decisões da equipe⁴.

Ainda sobre o acompanhamento e reconstrução do PTS, durante as entrevistas foi percebido também que os critérios para a alta são relacionados à abstinência ou ao adolescente completar 18 anos, não sendo mais o perfil do serviço. Tais percepções são expostas nas seguintes falas:

A alta acontece, eu penso que, quando ele faz 18 anos, porque aí se ele ainda precisar, ele vai para outra unidade, porque o público aqui é até 18 anos, *né...* mas alta do tipo 'você não vai precisar mais, você tá ok', eu ainda não presenciei (T3).

A alta acontece se ele saiu desse mundo das drogas e do álcool (T17).

O processo de alta ou desligamento do CAPS ADi III não é organizado ou previsto no Projeto Terapêutico Singular. A elaboração do PTS com foco em atividades internas, como já foi discutido anteriormente, pode estar relacionado à dificuldade de conceber esse processo de alta. Os resultados apontam que não há uma clareza dos critérios de alta. Mesmo a maioria dos participantes relatando que a finalidade do processo terapêutico no serviço está relacionada à redução de danos, apresentam também critérios relacionados ao paradigma de abstinência como orientadores da conduta de alta.

Tais divergências ideológicas e teóricas podem interferir diretamente no processo de alta do usuário, pois os critérios são pensados de acordo com os pressupostos que defendem. Na perspectiva da abstinência com foco na remissão total dos sintomas, a única meta de resultado possível para o tratamento é deixar o uso de substâncias psicoativas. Na perspectiva da redução de danos, a abstinência pode ser alcançada, desde que seja pactuada com o paciente, mas não é condição essencial para a alta. O processo terapêutico está relacionado à produção de saúde, autonomia e cuidado de si¹⁶.

Ressalta-se que a alta em saúde mental acompanha as modificações do modelo assistencial. Entretanto, quando se fala de alta como abstinência do uso de

drogas, demonstra-se que, às vezes, esse processo ainda está atrelado ao modelo manicomial e seu ideal de cura. No entanto, a alta no modo psicossocial tem a conotação de reabilitação social, de produção de vida e de articulação com dispositivos da rede para promover a atenção continuada no território¹⁷.

Organizar o processo de alta deve fazer parte das práticas de cuidado psicossocial e, conseqüentemente, faz parte do PTS. Salienta-se que a problematização da alta nos CAPS é de extrema importância para que os profissionais e usuários vislumbrem o término do tratamento como algo possível, ampliando o processo de reinserção social dos usuários e evitando a produção de novas formas de institucionalização¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a concretização do Projeto Terapêutico Singular ainda se configura como um desafio no serviço pesquisado, assim como a efetivação dos pressupostos que devem orientar a produção do cuidado em saúde mental na perspectiva psicossocial. Ainda, é necessário promover a relação horizontal entre os atores envolvidos no PTS, fomentando o empoderamento da população usuária, a validação dos seus saberes, estimulando a autonomia e o protagonismo.

A pesquisa possibilitou a verificação de dissonância entre saberes propostos para nortear o PTS e suas práticas em saúde mental, o que possibilita repensar o caminho. Como possibilidade de mudança, sugere-se que sejam reforçadas as ações de educação permanente em saúde, propiciando espaços de apropriação do conhecimento e discussões de práticas. Deve-se ainda buscar articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mais efetiva com o objetivo de facilitar o caminho do usuário pela rede e ampliar as ações extramuros.

Conclui-se, portanto, que os processos relacionados ao PTS são permeados por práticas dos dois modelos de cuidado em saúde mental: manicomial e psicossocial. Ressalta-se, no entanto, que a Reforma Psiquiátrica e apropriação do PTS como organizador das práticas em saúde mental são movimentos relativamente recentes, e que é vivenciada pelos serviços a transição das práticas do cuidado. Salienta-se que todo processo de mudança é permeado por avanços e retrocessos e, nesse sentido, é interessante compreender o CAPS como um espaço de construção e reconstrução, portanto,

de aprendizagem.

As limitações do estudo estão relacionadas ao número reduzido de participantes na amostra e ao fato de ter sido explorado apenas um CAPS, de forma que os resultados se tornam difíceis de serem generalizados, pois refletem de forma mais aprofundada a dinâmica de trabalho daquele local.

Aponta-se para a importância da contínua realização de pesquisas relacionadas à utilização do Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado em saúde mental para que seja compreendido como está se configurando o alinhamento dos saberes e práticas nesse processo de mudança de paradigma proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e para que possam ser implementadas ações que propiciem a concretização dos pressupostos do modelo psicossocial.

REFERÊNCIAS

- Oliveira, E. Szapiro, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. Saúde Debate. 2020;44: 15-20. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020E302>
- Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
- Tavares IVF, Willrich JQ, Portela DL. Percepção dos usuários de um centro de atenção psicossocial sobre o seu projeto terapêutico singular. Res Soc Devel. 2021;10(10):1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19029>
- Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciên Saude Colet. 2007; 12(4):849-59. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Depole BF, Marcolino TQ, Oliveira GN, Cunha GT, Ferigato SH. Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. Braz J Mental Health. 2022;14(38):1-25. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v14i38.73119>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Minayo MCS, Deslandes, SF, Neto, OC, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
- Oliveira CA, Fonseca FCA, Carmo JC, Braga KL, Lima MF, MamedM CO, et al. Projeto terapêutico Singular (PTS): instrumento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Rev Eletr Acervo Saúde. 2021;13(2):1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e5709.2021>
- Belotti M, Maia CC, Avellar LZ, Silva POM. Concepções de profissionais de saúde sobre as atribuições de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. Psic.: Teor e Pesq. 2018;34; 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34430>
- Kammer, KP, Moro, LM, Rocha KB. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. Rev psicol polít. [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 12];20(47):36-50. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Sampaio, ML, Bispo, J, Patrício, J. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trab educ saúde. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Silva NS, Sousa JM, Nunes FC, Farinha MG, Bezerra ALQ. Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial. Psicol estud. 2020; 19:1-19. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>
- Silva NFS. Tecer ninhos, ousar voos: a produção de multiplicidades nos territórios de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Ciênc. Saúde coletiva. 2022;27(02):57-67. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19762021>
- Portal PSC, Santos TOCG, Guimarães SSV, Barreiros MP, Pinto RB, Dias CH, et al. As equipes multidisciplinares como dispositivos “técnicos de referência” em saúde mental nos caps e a gestão do cuidado: uma revisão integrativa de literatura. Res Soc Dev. 2021;10(6):1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15747>
- Tagliamento G, Souza AS, Ferreira RL, Polli GM. Processo de saúde-doença nos modelos de abstinência e redução de danos: revisão integrativa da literatura. Psicol Argm. 2020; 38(99):174-200. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.99.A009>
- Silva LLP, Almeida AB, Amato TC. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. Saúde debate. 2019;43(122):819-35. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>

FLUXOGRAMA PARA A VIGILÂNCIA DE CONTATOS DE HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FLOWCHART FOR SURVEILLANCE OF HANSEN'S DISEASE CONTACTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY
FLUJOGRAMA PARA LA VIGILANCIA DE CONTACTOS DE LA LEPRO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Vitória Ferreira do Amaral ¹

Maria Socorro Carneiro Linhares ²

Lielma Carla Chagas da Silva ³

Letícia Reichel dos Santos ⁴

Manoelise Linhares Ferreira Gomes ⁵

Francisco José Maia Pinto ⁶

Como Citar:

Amaral VF, Linhares MSC, Silva LCC, Santos LR, Gomes MLF, Pinto FJM. Fluxograma para vigilância de contatos de hanseníase na Estratégia Saúde da Família. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Hanseníase; Monitoramento epidemiológico; Busca de comunicante; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors:

Hansen's disease; Epidemiological monitoring; Search for Communicator; Primary Health Care.

Descriptores:

Lepra; Monitoreo epidemiológico; Busca de Comunicante; Atención Primaria a la salud.

Submetido:

15/11/2022

Aprovado:

05/06/2023

Autor(a) para Correspondência:

Vitória Ferreira do Amaral
Av. Radialista Carlos Alberto Richelle,
274, Dr. Juvêncio de Andrade, Sobral,
Ceará, Brasil
CEP: 62039-728
E-mail: vycoriaamaral@gmail.com

RESUMO

A vigilância dos contatos de hanseníase é a principal estratégia para a identificação precoce de casos novos, em relação à população com maior risco de adoecimento. Desse modo, o presente estudo objetivou construir um fluxograma para a vigilância da rede de contatos de novos casos de hanseníase em uma Estratégia Saúde da Família na região nordeste, no Brasil. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, que ocorreu em um Centro de Saúde da Família de Sobral, Ceará, entre maio de 2020 a janeiro de 2021, e contou com a participação de 11 trabalhadores, entre profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A construção do fluxograma ocorreu em três fases: (1) realização dos grupos focais e construção da primeira versão do fluxograma; (2) apreciação do fluxograma; e (3) validação. O instrumento foi construído a partir da consolidação de seis Discursos do Sujeito Coletivo síntese, e conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. Assim, o fluxograma visa qualificar os protocolos de vigilância dos contatos, no contexto da Estratégia Saúde da Família, evitando diagnósticos tardios e sugerindo vigilância aos contatos após os cinco anos.

1. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Núcleo de Educação Permanente da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). E-mail: vycoriaamaral@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4255-2033>

2. Doutora em Saúde Pública pela UFC. Docente do Curso de Enfermagem da UVA. E-mail: socorrocarneiro1@gmail.com. Orcid: 0000-0001-9292-1795

3. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora UVA (UVA-Renasf). E-mail: lielmacarla@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2688-9309>

4. Especialista em Gestão de Sistema e Serviço de Saúde pela UVA. Secretária de Saúde de Sobral. Bacharela em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: leticiareichel15@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7459-2377>

5. Bacharela em Enfermagem pela UVA. Enfermeira do Sistema Municipal de Saúde de Sobral. E-mail: manoeliselfg@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1639-684X>

6. Pós-Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE). E-mail: maipinto@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2976-7857>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. Revisão de texto: Karina Maria M. Machado. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

Surveillance of Hansen's disease contacts is the main strategy for early identification of new cases, in relation to the population at higher risk of illness. Thus, the present study aimed to build a flowchart for contact network surveillance of new Hansen's disease cases in a Family Health Strategy in the Brazilian northeast. This is an intervention research, which took place at a Family Health Center in Sobral, Ceará, between May 2020 and January 2021, with the participation of 11 workers, including health care professionals, nurses, and community health agents. The flowchart was constructed in three phases: (1) implementation of focal groups and construction of the first flowchart version; (2) appreciation of the flowchart; and (3) validation. The instrument was constructed from the consolidation of the synthesis of six Discourses of the Collective Subject, and in accordance with the guidelines of the Ministry of Health. Therefore, the flowchart aims to qualify the contact surveillance protocols, in the Family Health Strategy context, avoiding late diagnoses and suggesting surveillance of contacts after five years.

RESUMEN

La vigilancia de los contactos de la lepra es la principal estrategia para la identificación precoz de nuevos casos, con relación a la población con riesgos más grandes de enfermarse. De ese modo, el presente estudio objetivó construir un flujograma para vigilancia de la red de contactos de casos nuevos de la lepra en una Estrategia Salud de la Familia en la región nordeste, en Brasil. Se trata de una investigación-intervención, que ocurrió en un Centro de Salud de la Familia de Sobral, Ceará, de mayo de 2020 hasta enero de 2021 y hubo la participación de 11 trabajadores, entre profesionales médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud. La construcción del flujograma ocurrió en tres fases: (1) realización de grupos focales y construcción de la primera versión del flujograma; (2) valoración del flujograma; y (3) validación. Se lo fue construido a partir de la consolidación de seis Discursos del Sujeto Colectivo síntesis, y de acuerdo con las directrices del Ministerio de la Salud. Así, el flujograma tiene por objetivo calificar los protocolos de vigilancia de los contactos, en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia, evitando diagnósticos tardíos y sugiriendo vigilancia a los contactos después de cinco años.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), constitui importante problema de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento. A transmissão do bacilo ocorre pelas vias áreas superiores de doentes não tratados e que tenham contato próximo e prolongado com pessoas susceptíveis. Dessa forma, a vigilância dos contatos de casos de hanseníase é a principal estratégia para a detecção de casos novos na população sob risco de contrair a doença^{1,2}.

No Brasil, foram notificados 25.636 novos casos de hanseníase em 2022. Desses, 11% apresentavam Grau de Incapacidade Física 2 (GIF2) no momento do diagnóstico, e 51,3% dos seus contatos foram avaliados^{1,3}. No mesmo ano, a cidade de Sobral, localizada na região noroeste do estado do Ceará, com histórico de transmissão endêmica para hanseníase, examinou 75% dos contatos dos casos novos identificados, o que sugere uma efetividade regular das ações de vigilância dos contatos de hanseníase, e de modo subsequente sinaliza a necessidade de aprimoramento das ações de detecção precoce da

doença, para o alcance do diagnóstico em seus estágios iniciais, antes da instalação de sequelas e incapacidades³.

Em 2016, o Ministério da Saúde (MS), a partir de diretrizes técnicas instituídas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ampliou o rastreamento dos contatos de hanseníase e incluiu os contatos extradomiciliares (sociais) no escopo de investigação⁴⁻⁶, o que compreende as pessoas que convivem ou tenham convivido com o caso no ambiente extradomiciliar, de forma próxima e prolongada. Antes, a investigação ficava limitada às pessoas que residam ou tenham residido nos últimos cinco anos antes da instituição do diagnóstico, os contatos domiciliares⁷.

Entretanto, a ampliação da investigação pode representar desafios aos serviços de saúde, por preconizar que todos os contatos domiciliares e sociais sejam submetidos ao exame dermatoneurológico uma vez por ano, durante pelo menos cinco anos, em virtude do longo período de incubação do bacilo. A vigilância dos contatos de casos de hanseníase é um indicador de avaliação da qualidade desse serviço de saúde^{5,7}, porém existem falhas nas ações de identificação e avaliação de todos os contatos,

principalmente os sociais, no Brasil¹. Além disso, há poucas discussões no plano nacional de controle de hanseníase, sobre as estratégias e as ações de rastreamento, como de vigilância dos contatos sociais dos casos, a serem realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dessa forma, surge a proposta de construir um fluxograma, um desenho gráfico, que delinea caminhos e estratégias⁸ para a identificação da rede de contatos dos casos de hanseníase, a partir da vivência dos trabalhadores da ESF em um território endêmico para hanseníase, alinhado aos protocolos do MS, da OMS, ao contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ao cenário da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, o presente estudo objetivou construir um fluxograma para a vigilância da rede de contatos de casos novos de hanseníase em uma ESF na região nordeste, no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-intervenção⁹, que subsidiou a construção de um fluxograma para a vigilância da rede de contatos de casos novos de hanseníase, em uma ESF do município de Sobral, Ceará, desenvolvida entre maio de 2020 e janeiro de 2021. Esse município localiza-se na região noroeste do estado do Ceará, possuía uma população estimada de 212.437 habitantes, em 2021, e uma área territorial de 2.068 km², que corresponde a uma densidade demográfica de 88,67 hab/km²¹⁰.

A Rede de Atenção à Saúde de Sobral é articulada em três níveis de atenção, sendo estes: primário, secundário e terciário. A ESF compõe o nível primário, sendo o espaço de primeiro contato do usuário nessa rede, que oferta seus serviços por meio dos Centros de Saúde da Família (CSF), que são as unidades de saúde onde a ESF desenvolve suas atividades. Sobral conta com 37 CSF e 70 equipes de ESF, que desempenham ações de vigilância da hanseníase, desde a busca ativa de casos, investigação diagnóstica, tratamento e vigilância dos contatos. Essas equipes contam com o suporte especializado do Centro de Referência em Infectologia e da Vigilância Epidemiológica¹¹.

No período de 2010 a 2019, Sobral apresentou uma taxa média de detecção de hanseníase de 41,9 casos novos por 100 mil habitantes³, caracterizando-se como hiperendêmico para hanseníase⁷. O critério de seleção de uma ESF para o desenvolvimento do fluxograma deu-se por compor o território de vivência do Programa de Residência Multiprofissional

em Saúde da Família (RMSF), durante o período de 2019-2021 e expressar uma situação de relevante epidemia local para hanseníase.

A construção do fluxograma foi estruturada em três fases, sendo a primeira constituída pela realização dos grupos focais por meio do Google Meet, para identificar os conceitos sobre vigilância dos contatos, seguida pela análise do conteúdo das falas por meio do referencial analítico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre^{12,13}, com a extração das expressões-chave, ideias centrais para a construção do DSC síntese que estruturou a primeira versão do fluxograma. A segunda fase compreendeu a apreciação do fluxograma pela coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Sobral, seguida pela construção da segunda versão do instrumento. Na terceira fase, operacionalizou-se a validação do fluxograma pelos trabalhadores da ESF.

Na primeira fase, participaram dos grupos focais: uma médica, duas enfermeiras e oito agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam na ESF há mais de seis meses e já haviam acompanhado o tratamento de, no mínimo, cinco casos de hanseníase.

Foram realizados dois grupos focais para avaliar a compreensão dos participantes sobre a temática da vigilância dos contatos, por meio do recurso Google Meet, tendo em vista o contexto de pandemia de covid-19 que exigia cuidados e recomendava-se a não realização de aglomerações. Os grupos tiveram duração média de uma hora e intervalo semanal entre os encontros; o primeiro grupo foi com os ACS e o segundo com uma médica e duas enfermeiras.

As discussões nos grupos foram mediadas por um coordenador, o qual também aplicou um questionário para a extração das seguintes variáveis: (1) Categoria de trabalho (enfermeira, médica ou ACS); (2) Sexo (feminino; masculino); (3) Idade (anos: 25 a 30; 31 a 40; 41 a 50; 51 a 60); (4) Tipo de vínculo de trabalho (estado; município); (5) Tempo de atuação em serviço (anos: 3 a 5; 15 a 20; 21 a 30); e (6) Número de casos acompanhados (caso: 5; 6 a 8; >8).

Durante os grupos focais foi realizada a escuta dos trabalhadores da ESF, orientados a partir das seguintes questões norteadoras: O que é hanseníase? Quais as formas de transmissão? O que é um contato de um caso de hanseníase? Quais os públicos com maior risco para desenvolver hanseníase? Já refletiu sobre a importância da vigilância dos contatos de hanseníase? Quais as estratégias de vigilância adotadas?

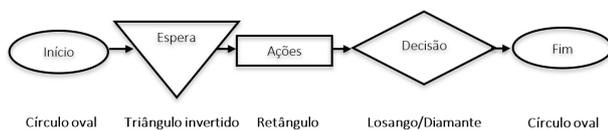
Em posse das falas dos grupos focais, gravadas

pelo recurso Google Meet, efetivou-se a análise por meio do DSC. As respostas foram analisadas e agrupadas em categorias com base na semelhança e complementação das ideias centrais do DSC. Obteve-se dez expressões-chave e seis ideias centrais, que culminaram em seis DSC síntese. Utilizou-se o programa DSC soft® 2.0 para a organização e tratamento das falas. Cabe ressaltar que esse programa não extrai de modo automático as expressões-chave ou ideias centrais, é necessário o discernimento crítico do pesquisador para a extração dos elementos.

Na segunda fase, realizou-se a apreciação individual e presencial por cada trabalhador da ESF participante do estudo. Além disso, houve também a apreciação em lócus pela equipe de Vigilância Epidemiológica de Sobral. Após as apreciações, foram acatadas as sugestões e construída a versão pré-final do fluxograma.

A terceira fase constituiu a validação do fluxograma, realizada de modo coletivo pelos trabalhadores da ESF por meio do recurso Google Meet; nessa ocasião, o instrumento foi aprovado por todos os 11 participantes e produzida a versão final do fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Elementos do fluxograma para mapas de processos. Sobral, Ceará, 2021



Fonte: Elaborado a partir do referencial metodológico de Franco e Merhy⁸.

Destaca-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o CAAE 35109020.0.0000.5053 e n.º 4.257.889. Além disso, para a obtenção do consentimento dos participantes, foi apresentado de modo individual, presencial e prévio aos encontros virtuais, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Caracterização dos Trabalhadores da ESF

Dos 11 trabalhadores participantes, oito foram ACS, duas enfermeiras e uma médica. Observou-se concentração de trabalhadores do sexo feminino,

com uma média de idade de 43,2 anos, vinculados ao município há um tempo mínimo de três anos e que já acompanharam, em média, 8,4 casos de hanseníase (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos trabalhadores participantes do grupo focal em Sobral, Ceará, 2021 (n=11)

Variáveis	N
Trabalhadores da ESF	
ACS	8
Enfermeira	2
Médica	1
Sexo	
Feminino	9
Masculino	2
Faixa Etária (anos)	
25 - 30	3
31 - 40	2
41 -50	2
51 - 60	4
Vínculo de trabalho	
Estado	3
Município	8
Tempo de atuação em serviço	
3 a 5 anos	4
15 a 20 anos	3
21 a 30 anos	4
Casos acompanhados	
5 casos	3
6 a 8 casos	7
>8 casos	1
Total de Entrevistados	11

Fonte: Dados da pesquisa.

Grupos focais: ações e estratégias de vigilância dos contatos de hanseníase

Dos seis DSC síntese, dois apresentaram mais de uma ideia central, sendo esses o DSC primeiro e o sexto. Assim, no DSC primeiro foram apresentadas as seguintes ideias centrais: “1A: manchas na pele” e “1B: doença comum”. Enquanto no DSC sexto, as ideias foram: “6A: vigilância aos contatos e vizinhos” e “6B: vigilância e busca ativa”. Cada DSC recebeu um título em referência às perguntas realizadas, enquanto estratégia norteadora dos tópicos de ideias centrais (Tabela 2).

Tabela 2 – Consolidação das ideias centrais dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) do grupo focal- Vigilância dos Contatos de Hanseníase, Sobral, Ceará, 2021

DSC 1	O que é hanseníase?	N*
	Ideia Central 1A: Manchas na pele	8
	Ideia Central 1B: Doença comum com muito preconceito e negligência	4
DSC 2	Formas de Transmissão	
	Ideia Central 2A: Imunidade e contato prolongado	6
DSC 3	Contatos	
	Ideia Central 3A: Contato 8 horas	8
DSC 4	Risco de Desenvolvimento	
	Ideia Central 4A: Contatos e profissionais da saúde	6
DSC 5	Importância da Vigilância dos Contatos	
	Ideia Central 5A: Coordenadoria de Vigilância não cobra	7
DSC 6	Estratégias Adotadas e Desenvolvidas	
	Ideia Central 6A: Vigilância aos contatos e vizinhos	4
	Ideia Central 6B: Estendido às ações de reavaliação	3
Total de Entrevistados		11

Fonte: Dados da pesquisa.

As sínteses dos DSC foram organizadas em uma figura, como estratégia para a visualização das principais ideias que apoiaram a construção do fluxograma (Figura 2).

Figura 2 – Consolidação das ideias centrais dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) do grupo focal, Sobral, Ceará, 2021

DSC 1	O que é hanseníase?
	Ideia Central 1A: Manchas na pele É uma doença que tem cura, causada por uma bactéria que é transmitida por gotículas no ar, que causa manchas na pele; <i>as manchas, neurites, que são dores intensas nos nervos, com perda de força. Por isso, qualquer lesão suspeita é avaliada, pois pode ser hanseníase</i> (A01, A03, A04, A06, A08, A09, A10, A011).
	Ideia Central 1B: Doença comum com muito preconceito e negligência <i>A hanseníase na ESF é uma doença comum, que tem muito preconceito e negligência, ao qual nós temos que se apoderar dessa possibilidade, e a gente começar a trabalhar com ela como uma das nossas realidades do território, temos que começar a ver ela como todas as lesões de pele, alteração de sensibilidade, tem que ter um olhar de suspeição, fugindo do cotidiano das definições que se ver nos livros</i> (A01, A03, A05, A09).
DSC 2	Formas de Transmissão
	Ideia Central 2A: Imunidade e contato prolongado <i>As formas de transmissão estão muito relacionadas a essa situação de imunidade do hospedeiro, 90% de nós nascemos com resistência natural à hanseníase, e se sabe que a pessoa precisa ter um contato íntimo e prolongado, acontece entre os contatos intradomiciliares, pelo contato, pelo o ar, né, mas o medo, o preconceito é tão grande, que as pessoas pensam que pegar até pelos os objetos</i> (A01, A03, A06, A07, A08, A10).
DSC 3	Contatos
	Ideia Central 3A: Contato 8 horas <i>São os contatos dos casos de hanseníase, a vizinhança, os contatos domiciliares, esse contato social, os contatos extradomiciliares, e lógico que o cara passa 8 horas por dia, é contato tanto quanto uma pessoa que passa o tempo todo trabalhando e só faz dormir à noite</i> (A02, A03, A05, A07, A08, A09, A10, A11).

DSC 4 Risco de Desenvolvimento

Ideia Central 4A: Contatos e Profissionais da saúde

São os contatos domiciliares e social, e assim, apesar de tudo, os profissionais de saúde também, pois são pessoas que diretamente lidam com a hanseníase, e não são valorizados como extremamente vulneráveis para desenvolver hanseníase, embora na prática conseguirmos ver muitos Agentes Comunitários de Saúde com hanseníase (A01, A02, A03, A07, A08, A10).

DSC 5 Importância da Vigilância dos Contatos

Ideia Central 5A: Coordenadoria de Vigilância não cobra

Reflijo sempre, principalmente depois que eu tive hanseníase, e depois que teve um caso no território e anos depois teve um da família que também foi diagnosticado com hanseníase. Porém eu acho assim, que aqui no território a agente vê que aqueles contatos que foram escritos no prontuário, foram só escritos, nunca foram avaliados, aí eu digo é muito para Coordenadora da Vigilância Epidemiológica, isso acontece por que você não cobra das equipes (A03, A05, A06, A07, A08, A10, A11).

DSC 6 Estratégias Adotadas e Desenvolvidas

Ideia Central 6A: Vigilância aos contatos e vizinhos

Fico realizando visita de rotina para ver como está, pois observei na minha vivência que só deu certo avaliar os contatos quando fui na casa, porque quando era para vir no posto, não vinham de jeito nenhum. Assim, fico observando nas visitas, nas casas vizinhas, e quando aparece algum sintoma ou mancha, peço para ir na unidade ser avaliado (A02, A04, A10, A11).

Ideia Central 6B: Estendido às ações de reavaliação

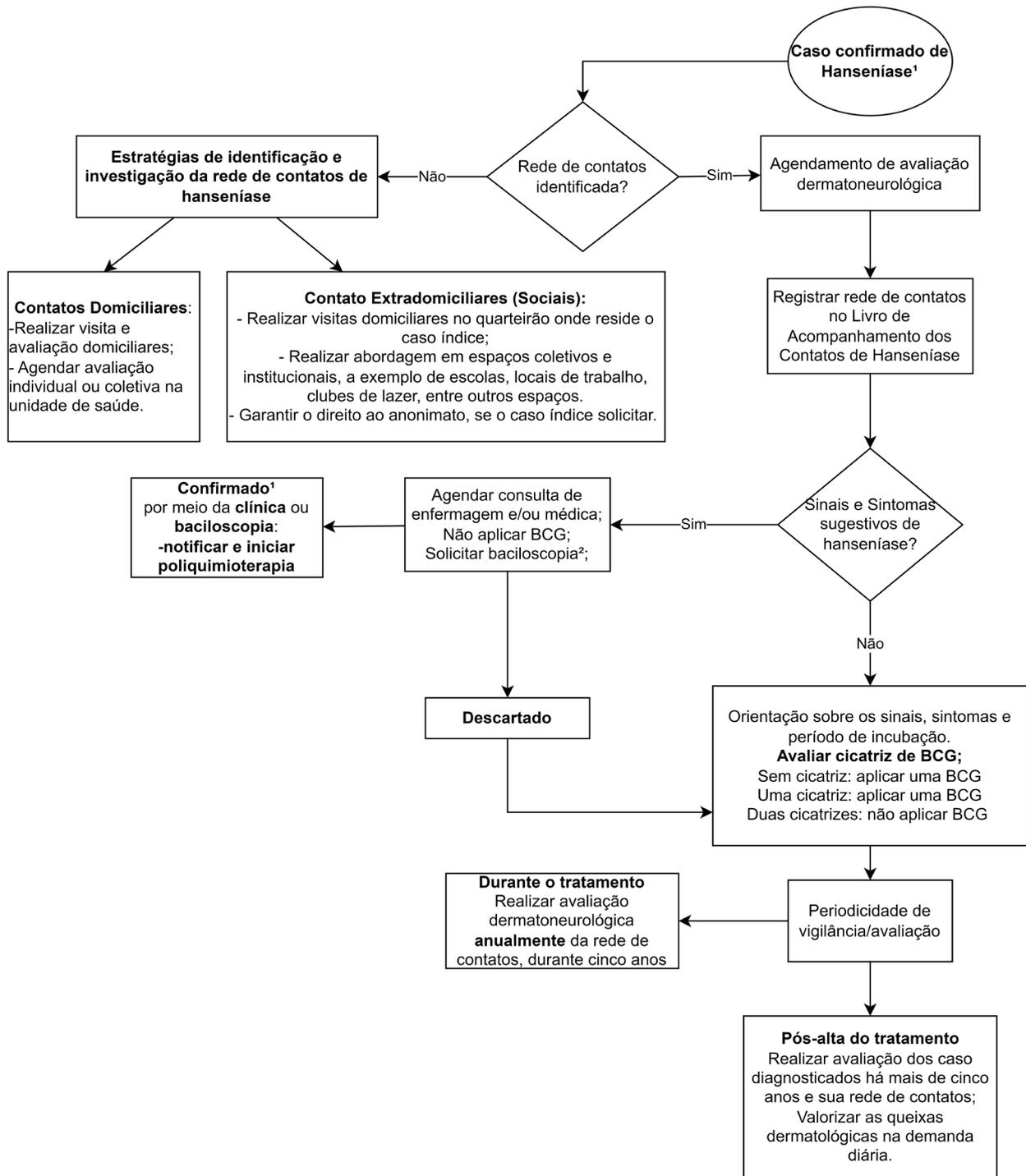
É realizada a vigilância anual dos contatos domiciliares e extradomiciliar durante os cinco anos; com as ações de monitoramento, acredito que deveriam ser estendidas às ações de reavaliação dos casos de hanseníase há cinco anos atrás e os seus contatos, afinal já posso encontrar recidivas, como já encontrei uma vez. Além disso, nosso território é endêmico, Sobral é endêmica, então temos que valorizar toda queixa de lesão de pele que chega na demanda diária da unidade, apesar que a hanseníase não é uma doença exclusiva da pele, e sim dermatoneurológica (A02, A03, A06, A08).

Fonte: Dados da pesquisa.

O “Fluxograma de vigilância da rede de contatos de hanseníase” (Figura 3) foi idealizado enquanto alternativa de sistematização das ações para a vigilância de contatos dos casos de hanseníase na ESF. Assim, a operacionalização dessa ferramenta tem início a partir da identificação do caso de hanseníase, representada no fluxograma por meio de um círculo oval. Após a confirmação diagnóstica, o fluxograma é guiado para o losango, que se refere à tomada de decisão, a partir de um questionamento sobre a identificação da rede de contatos.

Em seguida, havendo a identificação efetiva da rede de contatos do caso de hanseníase, o profissional deverá efetivar a avaliação dermatoneurológica com os contatos indicados. Todavia, se os contatos não foram identificados, o fluxo seguirá para retângulo de “Estratégias de identificação e investigação da Rede de Contatos”, que apresenta estratégias de investigação de contatos domiciliares e extradomiciliares. Ao serem detectados, cabe ao profissional agendar os respectivos contatos para a realização do exame dermatoneurológico.

Figura 3 – Fluxograma de vigilância da rede de contatos dos casos de hanseníase em Sobral, Ceará, 2021.



*1,2 - Principais sinais e sintomas de hanseníase⁶:

Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

Critérios para a classificação operacional da hanseníase:

Paucibacilar (PB) – presença de até cinco lesões de pele, **com baciloscopia de raspado intradérmico negativo**, quando disponível);

Multibacilares (MB) – presença de seis ou mais lesões de pele **OU baciloscopia de raspado intradérmico positiva independentemente do quantitativo de lesão.**

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Com base no diálogo dos grupos focais com os trabalhadores da ESF, observou-se que esses profissionais compreendem que a hanseníase é uma doença que afeta sobretudo a pele, conforme evidenciado na ideia central do primeiro DSC "1A: manchas na pele". Essa percepção é reforçada pela mídia, por meio das campanhas nacionais de sensibilização ao combate e enfrentamento da hanseníase^{5,7,14,15}. Entretanto, além de causar alterações dermatológicas, tem potencial em gerar danos neurológicos progressivos, graves, como alterações da sensibilidade nas manchas e lesões, espessamento de nervos e paralisia muscular. Essas alterações podem ser agravadas em sequelas e incapacidades físicas, caso o diagnóstico e início do tratamento não seja oportunizado em tempo hábil; por isso, reforça-se a importância da vigilância dos contatos de hanseníase enquanto estratégia para a detecção precoce de novos casos¹⁵⁻¹⁷.

Além disso, os trabalhadores compreendem que a hanseníase é uma doença presente nos territórios da ESF, carregada com carga de estigma e preconceito, como pode ser visto a partir da ideia central "1B: doença comum com muito preconceito e negligência", no primeiro DSC. Porém, a hanseníase ainda necessita ser problematizada no exercício profissional das equipes na ESF, por meio de estratégias que orientem a população sobre os sinais e sintomas, assim como ações que viabilizem a detecção e diagnóstico precoce, visando a quebra do ciclo de transmissão da doença.

A vigilância dos contatos constitui uma das importantes estratégias para o enfrentamento da doença, especialmente quando realizada nos grupos com maior potencial de risco para adoecimento¹⁸, ou seja, os contatos sejam domiciliares ou sociais. Em estudo de coorte realizado no Brasil, durante o período de 2007 a 2014, evidenciou-se que os contatos dos casos de multibacilares apresentam maior chance de desenvolver a hanseníase, com uma razão de chance de 1,48 em relação aos contatos domiciliares, e essa chance aumentava em até três vezes na população com idade igual ou superior a 50 anos¹⁹.

Estudo randomizado desenvolvido no período de 2011 a 2018, no estado do Rio de Janeiro, identificou-se, a partir da avaliação de 2.437 contatos, 54 casos novos de hanseníase por meio do exame laboratorial de reação em cadeia da polimerase quantitativo¹⁹,

notabilizando-se a importância das ações epidemiológicas de vigilância dos contatos diante do risco e grau de vulnerabilidade em desenvolver a doença.

O risco para desenvolver a hanseníase está associado ao contato prolongado com doentes sem tratamento e da resposta imune do hospedeiro, reforçando a necessidade de efetivar a vigilância anual dos contatos, durante o período preconizado de cinco anos, por meio da realização do exame dermatoneurológico e a oferta de orientações aos contatos sobre a sintomatologia^{7,16}. Essas ações colaboram com a detecção precoce e com a redução do estigma e preconceito.

O cenário epidemiológico da hanseníase no município de Sobral e no Brasil evidencia a necessidade dos profissionais da ESF de se apropriarem do conhecimento clínico da doença³. Dessa forma, torna-se relevante a qualificação profissional visando o aprimoramento no manejo da hanseníase, a exemplo dos cursos ofertados na plataforma digital da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde²⁰, enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde aos profissionais, como por meio das ações de formação fomentadas pelo Sistema Municipal de Saúde de Sobral através da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia.

Alinhado à necessidade de aperfeiçoamento profissional, o "Fluxograma de vigilância da rede de contatos de hanseníase" possibilita a ampliação da vigilância dos contatos da doença ao contexto da ESF e melhor orientação de práticas profissionais, atendendo à proposta instituída pela OMS e MS, em 2016. Além disso, para a criação do fluxograma foram considerados aspectos intrínsecos do contexto epidemiológico do território e a experiência dos profissionais que atuam diretamente na condução dos casos de hanseníase, o que torna uma estratégia factível de reprodução em âmbito nacional. Todavia, é necessário propor discussões sobre as definições das categorias contatos domiciliares e sociais na ESF para a melhor compreensão por parte das equipes de saúde.

CONCLUSÃO

O fluxograma de vigilância da rede de contatos dos casos de hanseníase é uma potente ferramenta para a sistematização das ações de vigilância dos contatos nos territórios da ESF, pois pode oportunizar a detecção precoce de casos novos a partir da rede de

contatos dos casos índices e, de modo subsequente, viabilizar a redução da instalação de GIF2.

Destaca-se que a estratégia dos encontros do grupo focal na modalidade virtual apresentou limitações na extração das impressões e ideias dos participantes, visto que o espaço virtual não favorece a construção de vínculos mediada pela troca de olhares e afetos. Porém, diante do cenário da pandemia de covid-19, o grupo focal no espaço digital garantiu a segurança dos envolvidos e as medidas protetivas necessárias. Além disso, em decorrência do período limitado do programa de RMSF, de dois anos, não houve tempo hábil para a aplicação prática do fluxograma. No entanto, destaca-se que este estudo recomenda a incorporação do fluxograma no processo de trabalho da vigilância aos contatos dos casos de hanseníase e, conseqüentemente, a avaliação da efetividade do fluxograma em outras realidades de saúde, possibilitando o aprimoramento do instrumento.

Ademais, espera-se que, a partir da implementação do fluxograma, seja fortalecida a cultura da vigilância dos contatos dos casos de hanseníase, no período mínimo de cinco anos após o diagnóstico do caso índice, conforme preconizado pela OMS e MS.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Vitória Ferreira do Amaral e Maria Socorro Carneiro Linhares contribuíram na concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo. **Lielma Carla Chagas da Silva e Letícia Reichel dos Santos** contribuíram na concepção e delineamento do trabalho, participação da discussão dos resultados, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. **Manoelise Linhares Ferreira Gomes e Francisco José Maia Pinto** contribuíram na participação da discussão dos resultados, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Hanseníase. Secretária da Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Número Especial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-hanseniase--25-01.pdf>
2. Serra MAAD, Santos CDS, Lima Neto PM, Oliveira KGZ, Oliveira FJF De, Gordon ASDA, et al. Factors Associated with Multibacillary Leprosy in a Priority Region for Disease Control in Northeastern Brazil: A Retrospective Observational Study. *J Trop Med* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 11];(1):1-7. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jtm/2019/5738924/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Hanseníase [Internet]. [cited 2023 Jun 05]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/hanswbr.def>
4. Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. SEARO: OMS; 2016 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf>
5. Santos KCB, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Pascoal LM, Ferreira AGN. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Saúde debate* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 11];43(121):576-91. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vCns7tfySyNG5MkC4kbJxnb/?lang=pt>
6. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2020: impact of COVID-19 on global leprosy control. *Weekly Epidemiological Record* [Internet]. 2022 [cited 2021 Jan 11];36(96):421-44. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9636-421-444>
7. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Prático sobre a hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <http://antigo.aims.gov.br/pt-br/pub/2021/guia-pratico-sobre-hanseniase>
8. Merhy EE, Feuerwerker LMC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes [Internet]. Rio de Janeiro: Hexis; 2016 [cited 2021 Jan 11];(2):31-42. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=137512&pid=S1413-0394201900010001500018&lng=pt
9. GIL AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2022.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de Sobral [Internet]. 2021. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2021 [cited 2021 Jan 13]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>

11. Ribeiro MA, Junior DGA, Cavalcante ASP, Martins AF, Sousa LA, Carvalho RC, et al. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS em Revista [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 11];2(2):177-88. Available from: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>

12. Lefèvre F. Discurso do sujeito coletivo. Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.

13. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de Representação Social. Um enfoque quali-quantitativo. Brasília (DF): Liberlivro; 2012.

14. Neiva RC, Grisotti M. Representações do estigma da hanseníase em mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. Physis [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 11];29(1):e290109. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mWJYHMSHGJmVYrtVpcsX9JS/?lang=pt>

15. Miyashiro D, Cardona C, Valente NYS, Avancini J, Benard G, Trindade MAB. Ulcers in leprosy patients, an unrecognized clinical manifestation: a report of 8 cases. BMC Infect Dis [Internet] 2019 [cited 2021 Jan 11];19(1013). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6884743/>

16. Maymone MBC, Laughter M, Venkatesh S, Dacso MM, Rao PN, Stryjewska BM, et al. Leprosy: Clinical aspects and diagnostic techniques. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 11];83(1):1-14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32229279/>

17. Romanholo HSB, Souza EA, Ramos Júnio AN, Kaiser ACGCB, Silva IO, Brito AL, et al. Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: perspectiva do usuário em município hiperendêmico. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 11];71(1):163-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gkdCPTwVGqrTQ6WnZbyKPTg/?format=pdf&lang=pt>

18. Teixeira CSS, Pescarini JM, Alves FJO, Nery JS, Sanchez MN, Teles C, et al. Incidence of and factors associated with leprosy among household contacts of patients with leprosy in Brazil. JAMA dermatol [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 11];156(6):640-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293649/>

19. Manta FSN, Barbieri RR, Moreira SJM, Santos PTS, Duppre NC, et al. Quantitative PCR for leprosy diagnosis and monitoring in household contacts: A follow-up study. 2011-2018. Scientific Reports [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 11];9:1-8. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-52640-5>

20. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Hanseníase na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45292>



HANSENÍASE E TESTES DIAGNÓSTICOS RÁPIDOS: DESAFIOS E GESTÃO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA & INOVAÇÃO EM SAÚDE

HANSEN'S DISEASE AND RAPID DIAGNOSTIC TESTS: CHALLENGES AND MANAGEMENT OF SCIENCE, TECHNOLOGY & INNOVATION IN HEALTH
LA LEPRA Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RÁPIDAS: DESAFÍOS Y GESTIÓN DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD

Luiz Carlos de Melo ¹

Adriana Campos Meiado ²

Vera Lucia Gomes de Andrade ³

Marcos da Cunha Lopes Virmond ⁴

Como Citar:

Melo LC, Meiado AC, Andrade VLG, Virmond MCL. Hanseníase e testes diagnósticos rápidos: desafios e gestão de ciência, tecnologia & inovação em saúde. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Hanseníase; CT&I; Testes rápidos.

Descriptors:

Hansen's disease; ST&I; Rapid tests.

Descriptores:

Lepra; CT&I; Pruebas rápidas.

Submetido:

05/12/2022

Aprovado:

10/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Marcos Virmond
CP 3021, Bauru – SP
CEP:17034-971 Fone:(14) 997753228
E-mail: mvirmond@usp.br

RESUMO

O uso de tecnologias mais recentes de testes laboratoriais para o diagnóstico de doenças é imprescindível. Considerando a longevidade da endemia de hanseníase no mundo e, em particular, no Brasil, a vinda de um teste rápido para o diagnóstico apresenta especial repercussão. Assim, este estudo tem por objetivo discutir a interação dos conceitos gerenciais em ciência, tecnologia e inovação (CT&I) e suas relações com a gestão, na introdução de uma inovação tecnológica no sistema de saúde pública. Os avanços de conhecimentos científicos em biologia molecular e imunologia, ciência pura, são atraídos para uma necessidade sentida na Atenção Básica, em termos de uma tecnologia discriminatória, um teste rápido, que auxilie como facilitador no diagnóstico precoce da hanseníase. Evidencia-se, pois, que o setor de saúde, em uma área desprivilegiada e negligenciada, movimentase em torno de uma carência experienciada, fazendo-se ouvir nas áreas de desenvolvimento para a obtenção de produto que atenda aos compromissos das políticas de saúde em controlar a hanseníase.

1. Bacharel em Direito, mestre em Saúde Coletiva, MBA em tecnologia e inovação em saúde pelo Instituto Butantan. Especialização em administração hospitalar. Diretor Técnico de Saúde II do Instituto Lauro de Souza Lima, SES-SP. E-mail: lcmelo60@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1668-836X>

2. Professora da Faculdade de Medicina, UNINOVE, campus Bauru. E-mail: dri.meiado@uni9.pro.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3428-596X>

3. Epidemiologista aposentada de Organização Mundial da Saúde (OMS); médica sanitária aposentada da Secretaria de Saúde do Estado de Rio de Janeiro. E-mail: veraluciagomesdeandrade@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4105-8685>

4. Professor do curso de Medicina, FOB-USP, Bauru. E-mail: mvirmond@usp.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1395-639X>

ABSTRACT

It is imperative to use the latest laboratory testing technologies to diagnose diseases. Considering the longevity of the Hansen's disease endemic in the world and, particularly, in Brazil, the arrival of a rapid diagnostic test has special repercussions. Thus, this study aims to discuss the interaction of managerial concepts in science, technology and innovation (ST&I), and their relationship with management, in the introduction of technological innovation in the public health system. Advances in scientific knowledge in molecular biology and immunology, pure science, are attracted to a need felt in Primary Care and, as a discriminatory technology, a rapid test could help to facilitate the early diagnosis of Hansen's disease. It is evident, therefore, that the health sector, in an underprivileged and neglected area, moves toward a felt need, making itself heard in development areas to obtain a product to meet the commitments of health policies in controlling Hansen's disease.

RESUMEN

El uso de las tecnologías más recientes de pruebas laboratoriales para el diagnóstico de enfermedades es imprescindible. Considerando la longevidad de la epidemia de lepra en el mundo y, en particular, en Brasil, la llegada de una prueba rápida para el diagnóstico presenta especial repercusión. Así, este estudio tiene como objetivo discutir la interacción de los conceptos gerenciales en ciencia, tecnología e innovación (CI&T) y sus relaciones con la gestión, en la introducción de una innovación tecnológica en el sistema de salud pública. Los avances de conocimientos científicos en biología molecular e inmunología, ciencia pura, son atraídos para una necesidad sentida en la Atención Básica, en términos de una tecnología discriminatoria, una prueba rápida, que colabore como facilitador al diagnóstico precoz de la lepra. Se evidencia, pues, que el sector salud, en un área desfavorecida y descuidada, se movió en torno de una necesidad, haciéndose oír en las áreas de desarrollo para la obtención de producto que atienda a los compromisos de las políticas de salud en controlar la lepra.

.....

INTRODUÇÃO

O uso das tecnologias mais recentes de testes laboratoriais para o diagnóstico de doenças é imprescindível. Sua utilização em políticas de saúde para o controle de doenças transcendentais e, em particular, daquelas de interesse sanitário, reveste-se de crucial importância. Um exemplo cristalino é muito recente: ao final de 2019, viveu-se o início de um momento epidemiológico ímpar na história da saúde pública mundial. A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 fustigou o mundo inteiro. Um teste diagnóstico rápido foi uma das primeiras necessidades postas pelos profissionais de saúde para o enfrentamento dessa pandemia. As medidas sanitárias postuladas após a aplicação desse teste se demonstraram fundamentais para reduzir a capacidade de propagação do vírus causador da covid-19.

Da mesma forma, e pelos mesmos motivos, os testes diagnósticos para ações sanitárias de rotina são buscados insistentemente como auxiliares poderosos nas medidas de controle. Nesse sentido, a criação de um teste rápido para o diagnóstico da hanseníase, com vista a intervir sanitariamente na transmissão continuada do bacilo causador, reveste-se de importância¹.

Considerando a longevidade da epidemia de

hanseníase no mundo, e, em particular, no Brasil, a vinda de um teste rápido para o diagnóstico mostra especial repercussão não apenas nas questões diretamente ligadas à saúde das populações, mas também nos processos gerenciais e operacionais em saúde. Nesse sentido, é de interesse da área de gestão de inovação em saúde buscar informações e conhecimentos que possam estabelecer a forma de implantação, implementação e absorção desse produto (inovação) junto aos pacientes e instituições ligadas à saúde pública, especificamente na área da hanseníase.

Assim, preliminarmente, este estudo tem por objetivo discutir a interação dos conceitos gerenciais em ciência, tecnologia e inovação (CT&I) e suas relações com a gestão, na introdução de uma inovação tecnológica no sistema de saúde pública, no que tange à hanseníase.

Os conceitos em ciência, tecnologia e inovação em saúde

A passagem da fase miasmática da história da medicina para a sua fase bacteriológica se fundamentou, basicamente, no aprimoramento e redirecionamento da investigação científica. Aqui, entendemos investigação científica como aquela que

produz conhecimento baseado na observação dos fatos, na produção de hipóteses e na experimentação sistematizada e controlada.

Esse procedimento se aprimora até o início do século XIX, permitindo a mencionada mudança de fase, que se baseia na descoberta e no entendimento dos agentes causadores das doenças, no aprimoramento da observação relatada e na análise crítica dos resultados dessa observação nas áreas da biologia, anatomia, física, química, entre outras. Junta-se a isso o importante aperfeiçoamento das descobertas tecnológicas anteriores, como o caso do microscópio, e o progressivo e maior entendimento da fisiologia normal e patológica. Nesse particular, a hanseníase, causalmente, tem ligação ímpar com o *Mycobacterium leprae*, que foi o primeiro microrganismo identificado como causador de uma doença, fato corrido em 1873, pelas mãos do investigador norueguês Armaeur Hansen.

A síntese dessa transformação se encontra no fato de que a ciência, tecnologia e inovação são partes imprescindíveis da evolução da condição humana em seu meio social. De fato, a CT&I “são, no cenário mundial contemporâneo, instrumentos fundamentais para o desenvolvimento, o crescimento econômico, a geração de emprego e renda e a democratização de oportunidades”^{2:104}.

Não podemos esquecer que a ciência é o processo em que a humanidade, atuando individualmente ou em grupos, faz um esforço organizado, mediante o estudo objetivo dos fenômenos observados e sua validação, através do intercâmbio de conclusões, de dados e do exame entre pares, para descobrir e dominar a cadeia de causalidades, relações ou interações, levando à possibilidade de utilizar, para o seu próprio progresso, a compreensão dos processos e dos fenômenos que ocorrem na natureza e na sociedade³.

Na observação desses conceitos, entende-se que há questões a serem resolvidas. De fato, os gestores, na área de saúde, enfrentam questões que merecem abordagem analítica que resulte em medidas objetivas para a solução desses problemas. Em algum momento, essa resposta reside em uma tecnologia disponível ou a ser criada a partir do conhecimento científico, advindo da realização do processo de investigação científica diante de um questionamento ou uma demanda sentida.

Adicionalmente, incorporamos a “inovação”, cujo conceito inclui a ação de inovar, isto é, modificar, renovar algo já existente, seja um costume, uma

legislação ou um processo. Ela significa a solução de um problema tecnológico sendo utilizada pela primeira vez, compreendendo a introdução de um novo produto ou processo no mercado, em escala comercial, tendo, em geral, repercussões socioeconômicas positivas. O Manual Oslo⁴, tratando do assunto em âmbito das empresas, considera que as inovações tecnológicas de produtos e de processos (TPP) compreendem a implementação de produtos e processos, tecnologicamente novos, assim como melhorias tecnológicas importantes em produtos e processos existentes. O nível mínimo considerado para as empresas corresponde a um produto ou processo “novo para a firma”, não tendo que ser necessariamente “novo para o mundo”. Assim, preliminarmente e sem esgotar possibilidades, pode-se entender dois tipos de inovação, a de produto e a de processo.

As relações que ora ficam mais claras e necessárias entre ciência e tecnologia, com vistas ao papel da inovação, requerem um entendimento de como esse processo se dá para embasar a inovação como derivada dessas fontes científicas e tecnológicas. Assim, convém discutir brevemente, com vistas a uso posterior neste estudo, os conceitos envolvendo os modelos de inovação.

Como primeiro modelo, veja-se aquele referido como Modelo Linear de Inovação ou *science push*⁵, cujo desenho pode ser visto na Figura 1.

Figura 1 – Modelo linear de inovação tecnológica ou *science push*.



Fonte: Moraes^{5:3/15}.

De acordo com esse modelo, o processo de inovação tecnológica é iniciado pela pesquisa básica, passando pela pesquisa aplicada, pelo desenvolvimento e pela engenharia até chegar à comercialização pioneira.

A aplicação do modelo linear de inovação teve predominância logo depois da Segunda Guerra Mundial e foi adotada no fim dos anos 1950, tanto pelos EUA como por outros importantes países em vias de industrialização⁶. Nessa concepção de inovação, particularmente na concepção linear *science push*, tem-se uma sequência de etapas. Essa sequência se inicia em um conhecimento novo promovido por pesquisa científica, que conduziria a um processo de invenção. Este, sob a ação de

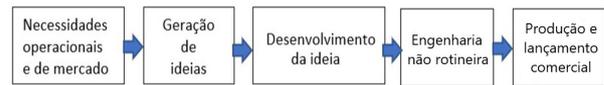
pesquisa aplicada e desenvolvimento tecnológico, teria como último resultado a oferta de produtos e processos comercializáveis⁶.

Já na primeira metade do século XX, os fundamentos da política de ciência e tecnologia nos EUA basearam-se no esquema linear. Como esperado, essa abordagem terminou por influenciar a definição de políticas semelhantes em vários países do mundo, e o Brasil não foi exceção. Esse modelo apresenta algumas restrições. Entre elas, a questão da divisão do trabalho entre as áreas empresarial e científica, uma vez que as atividades de pesquisa básica e aplicada pertenceriam ao reino da ciência e as atividades de desenvolvimento e engenharia ao domínio da tecnologia. Outra questão relevante é que esse modelo não reconhece as diferenças entre os campos do conhecimento, em termos de produção de resultados com potencial econômico. Pode-se deduzir, então, que a evolução da ciência não é totalmente autônoma, uma vez que pode sofrer interferência direta de políticas públicas e da evolução das tecnologias⁶. Assim, verifica-se que a interação ciência com tecnologia envolve os contextos político, econômico e tecnológico de cada país ou região. Essa afirmativa, inclusive, assume especial relevância para as questões do campo da CT&I no âmbito do setor da saúde, onde o motor maior da apropriação é o bem-estar das populações e, certamente menos, a vantagem econômica.

Mesmo assim, a melhor razão para alocar-se o Modelo Linear de Inovação é que a ciência básica tem o potencial de criar oportunidades significativas para algumas aplicações tecnológicas lucrativas, e isso pode ser transferido para o contexto da saúde pública. Esses autores salientam, entretanto, que, mesmo explicando o processo de inovação que levou ao laser e à bomba atômica, esse modelo linear não explica inovações que tenham sido motivadas pela percepção “de necessidades não atendidas como o desenvolvimento de motores elétricos e aparelhos eletrodomésticos ou corantes, antibióticos e explosivos”^{6:25}.

Conforme Iacono *et al.*^{7:1493}, foi proposto então o Modelo Linear Reverso ou *demand pull*, o qual considera que as inovações emergem a partir de demandas identificadas no mercado ou por problemas operacionais apontados pelas empresas (Figura 2). No caso em estudo, seriam os problemas operacionais sentidos na atenção em saúde, particularmente na Atenção Primária.

Figura 2 – O modelo linear reverso ou *demand pull*.



Fonte: Moraes^{5:3/15}.

O Modelo Linear Reverso aponta todo o foco do processo de inovação na demanda identificada no mercado. Dessa forma, o conhecimento científico fica subordinado a solucionar problemas surgidos na procura pelo atendimento às deficiências de mercado⁷.

Os dois modelos até agora apresentados não são completos e autossuficientes. A estrutura linear não permite indicar suficientemente a inovação como processo. A necessidade por melhor explicação sobre a interação entre ciência, tecnologia e inovação induziu a posteriores estudos, concluídos com a proposta do Modelo de Ligações em Cadeia ou *chain linked model*, que enfatiza a permanente retroalimentação entre as diversas fases do processo. Esse modelo, segundo Moraes⁵, indica que o processo de inovação requer um conjunto de múltiplas sequências de interação entre as suas diversas etapas e incremento dos conhecimentos, não se restringindo, como poderia se supor, a exclusivos avanços no campo científico. Nele, o cerne da inovação centra-se em várias conexões internas de retroalimentação do processo. De qualquer forma, a cadeia central de inovação, em sua totalidade, articula-se com as atividades de pesquisa – o que se constituiu em fontes de novos conhecimentos para o processo de inovação. É nessa visão de amálgama que é possível entender como pode ocorrer o processo de atendimento de uma necessidade tecnológica em saúde pública, quando a produção de conhecimento se paraleliza às demandas e elas se coadunam para oferecer solução às necessidades sentidas do mercado, isto é, no caso em tela, do sistema de oferta de serviços de saúde.

CT&I e os desafios da Hanseníase

A Hanseníase, doença causada por uma *Mycobacteria* que acomete principalmente pele e nervos periféricos, continua endêmica em várias partes do mundo, principalmente em regiões com pouco desenvolvimento econômico e social. Esse é o caso de áreas da Índia, Indonésia e Brasil, países que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reputa como os mais relevantes em termos de magnitude da epidemia mundial⁸.

De interesse para o seu controle, como ocorre com outras doenças tropicais negligenciadas, está o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, medidas que se baseiam, principalmente, no treinamento de profissionais da saúde e na disponibilidade de distribuição de medicamentos adequados, ininterruptamente e a tempo. Nesse sentido, as medidas de treinamento são seculares e, teoricamente, fazem parte do currículo usual das escolas para a formação desses profissionais, assim como as iniciativas das políticas públicas de saúde que promovem regularmente o treinamento desses profissionais quando já incorporados a seus quadros de servidores. Quanto ao tratamento, interesses motivacionais antigos de organizações não governamentais, laboratórios farmacêuticos e da OMS permitem que um conjunto terapêutico, conhecido como poliquimioterapia (PQT), esteja disponível gratuitamente nos países endêmicos. Certamente, tal presença depende também de um sistema de requerimento e distribuição adequados e temporalmente eficiente.

Nesse quadro de controle da doença, qualquer mecanismo que possa facilitar o seu diagnóstico, melhorar sua sensibilidade e sua especificidade, são bem-vindos. Razão para isso é que, no caso das doenças transmissíveis, a detecção dos casos e o seu correto tratamento são medidas cruciais para a interrupção da cadeia de transmissão da doença, um dos mecanismos mais eficientes para a sua eliminação.

Para atingir tal objetivo, e consolidando-se a discussão anterior, dos modelos gerenciais, com as características da hanseníase enquanto doença endêmica, tudo indica que se evidencia um caso de aplicação do Modelo Linear Reverso ou *demand pull*. De fato, as questões da disseminação da hanseníase, a constante taxa de detecção de casos novos que não mostra diminuição efetiva e as dificuldades da fixação de um diagnóstico de forma simples, são demandas do campo para a busca de um indicador, um discriminador diagnóstico, que permita suspeitar a presença do agente causador da doença e discriminar esses indivíduos para um grupo de maior interesse sanitário. A partir dessa discriminação, medidas de saúde pública pessoa-orientada podem ser tomadas para que o combate à hanseníase se realize de forma mais efetiva.

No caso, o mercado, representado aqui pela necessidade sentida dos profissionais da saúde, está requerendo apoio para facilitar essa

discriminação. Considerando, pois, que nesse modelo "o conhecimento científico fica subordinado a solucionar problemas surgidos na procura pelo atendimento às deficiências de mercado⁷ ligamos a eventual dificuldade de fazer o diagnóstico em casos com poucos e débeis sinais e sintomas cardinais da hanseníase ao fato de conhecermos sobejamente que o grupo de contatos são os indivíduos mais propensos a contrair a doença, pois esses contatos intradomiciliares têm um risco maior de contrair a doença^{8,9} do que a população em geral. Reveste-se, pois, de relevância o acionamento desse modelo de gestão.

Considerações finais: o modelo acionado e seus resultados

A hanseníase se caracteriza basicamente por apresentar lesões de peles mais claras do que a pele normal ao seu redor e, quase patognomonicamente, com alteração de sensibilidade, que pode passar da hipoestesia à anestesia. Troncos de nervos periféricos espessados completam esse quadro. Tais comemorativos poderiam indicar uma facilidade em seu diagnóstico e, portanto, prescindir de outro armamentário propedêutico que não a anamnese e o exame físico. Entretanto, essa não é a realidade na prática clínica. Muitas vezes, o diagnóstico se reveste de alguma dificuldade. Essa condição fica ainda mais evidente em casos muito precoces, haja vista que a doença apresenta um longo período de incubação¹⁰. Se casos mais definidos podem se apresentar clinicamente com quadro variado, a fase prodrômica da hanseníase é pobre em sinais e sintomas, o que dificulta a identificação precoce de potenciais casos. Aqui, recorde-se que os contatos de casos já diagnosticados têm risco aumentado de apresentar a doença. Assim, o modelo antes exposto foi acionado e a demanda resultou em oferta de tecnologia e inovação para cumprir com essa necessidade.

Atualmente, conta-se com pelo menos três testes inovadores para a detecção precoce dos casos, todos classificados dentre a condição de testes rápidos, ainda que com tecnologias distintas e, portanto, abordando a identificação da presença do contato com o agente causador de diferentes formas.

O primeiro é o teste rápido Bioclin Fast ML Flow¹¹. Trata-se de um teste imunocromatográfico rápido para a determinação qualitativa de Anticorpos IgM anti-*Mycobacterium leprae* em amostras biológicas

(soro, plasma ou sangue total), sendo restrito ao uso para diagnóstico *in vitro*. Esse teste foi incluído no rol da Agência Nacional de Saúde e se constitui em marco inédito para o diagnóstico da hanseníase nesse contexto até aqui discutido. Sua facilidade está em poder ser realizado em amostras de sangue total obtidas através de punção digital e não necessitar de estrutura laboratorial. Assim, o ML Flow pode ser amplamente usado em qualquer região de interesse e sob condições das mais diversas, em termos de oferta de serviços de saúde, o que permite seu amplo uso no território nacional. Nesse sentido, salienta-se que o Brasil é o primeiro país do mundo a disponibilizar um teste rápido na rede pública de saúde¹².

Depois, tem-se o teste rápido denominado Kit NAT Hanseníase¹³. Ele se destina à detecção qualitativa do material genético de *Mycobacterium leprae* em DNA total extraído de amostras de biópsia de pele ou nervo obtidas em serviços de diagnóstico de rotina ou vigilância epidemiológica, com o objetivo de auxiliar e/ou confirmar o diagnóstico clínico de hanseníase. Por último, o kit GenoType LepraeDR¹⁴, que é baseado na tecnologia de PCR e DNA-STRIP. O DNA é extraído a partir de amostras de baciloscopia cutânea positiva, e amplificado por PCR. Através das fitas Hain é possível identificar a resistência contra as principais drogas no tratamento da hanseníase.

Devido à sua tecnologia, esses dois últimos não se caracterizam necessariamente como teste ao *point of care*, por necessitarem de manipulação por pessoal especializado e com acesso a equipamentos mais sofisticados e existentes apenas em laboratório centrais, como o de institutos de pesquisa, universidades e os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN). Entretanto, sua relevância clínica não diminui a sua importante contribuição como inovação no esforço de controle da hanseníase.

Esse conjunto de testes representa um arsenal importante; o primeiro, com característica de aplicação *point of care*, para auxiliar no controle da hanseníase. Junto com o segundo teste (Kit NAT), destinam-se a aprimorar a suspeição da doença, em termos de coadjuvante de uma boa anamnese e exame clínico, o que tem repercussão importante em um novo patamar para a descoberta de casos. O último teste (GenoType LepraeDR) trata da questão crucial na terapêutica antimicrobiana, a resistência medicamentosa, fato que levou ao insucesso, no século XX, da monoterapia com dapsona, que surgia como a primeira e grande resposta da medicina

à busca da verdadeira cura para a hanseníase¹⁵. Assim, esse terceiro teste se reveste de muita relevância, pois detecta, de forma relativamente rápida, a presença de bactérias com resistência medicamentosa à rifampicina, às quinolonas e à dapsona, três das drogas fulcrais no tratamento da hanseníase, seja no esquema de poliquimioterapia recomendado pela Organização Mundial da Saúde ou em esquemas alternativos.

Dessa forma, conclui-se que o acionamento dos preceitos, princípios e conceitos de CT&I estão presentes e atuantes na sociedade moderna para a identificação e a busca de soluções para uma variada gama de demandas. No caso em tela, os avanços de conhecimentos científicos em biologia molecular e imunologia, ciência pura, são atraídos para uma necessidade sentida na Atenção Básica, em termos de um discriminador, uma tecnologia, que auxilie como facilitador adjuvante no diagnóstico precoce da doença.

Evidencia-se, pois, que o setor de saúde, em particular a partir de uma área desprivilegiada e negligenciada, movimenta-se em torno de uma necessidade sentida, fazendo-se ouvir nas áreas de desenvolvimento para a obtenção de um produto que atenda aos anseios maiores da ciência, no caso, os compromissos das políticas de saúde em controlar e eliminar uma endemia, a de hanseníase, conforme acordos políticos assinados pelas autoridades sanitárias do país, com os organismos internacionais de saúde. Assim, evidencia-se a articulação entre os diferentes níveis gerenciais e de áreas de atuação que, por último, demonstram, nessa cadeia resolutiva, o acerto de suas intenções finais em propor um produto que objetiva a melhoria das condições de vida das populações.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Luis Carlos de Melo contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Adriana Campos Meiado** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Vera Lucia Gomes de Andrade** e **Marcos da Cunha Lopes Virmond** contribuíram com o delineamento, a redação do manuscrito e a revisão crítica da pesquisa e do texto final.

REFERÊNCIAS

- Duthie MS, Orcullo FM, Maghanoy A, Balagon MF. Need for, and acceptability of, rapid diagnostic tests that can facilitate the diagnosis of leprosy. *Lepr Rev* [Internet]. 2016 [cited 2023 May 16];87(2):158-70. Available from: <https://leprosyreview.org/article/87/2/15-8170>
- Hafiz M, Bueno C. "Feito no Brasil": o futuro da ciência e tecnologia no país: financiamento é essencial para manter a produção científica e o desenvolvimento do país, mas cortes frequentes ameaçam a ciência brasileira. *Cienc Cult* [Internet]. 2022 Sep [cited 2023 May 19];74(3):1-6. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252022000300014&lng=en
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. La ciencia como derecho humano. Una mirada desde la ciencia. MTD/SC/SHS/2020/PI/03; 2020. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374225>
- OECD/Eurostat. Oslo Manual 2018: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation, 4th Edition, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities, OECD Publishing, Paris/Eurostat, Luxembourg; 2018. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>
- Moraes MB, Campos TM, Lima E. Modelos de desenvolvimento da inovação em pequenas e médias empresas do setor aeronáutico no Brasil e no Canadá. *Gestão & Produção* [Internet]. 2019 [cited 2023 May 18];26(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530X2002-19>
- Amaral ED. Tecnologia e Inovação. Montes Claros: Instituto Federal do Norte de Minas Gerais; 2015.
- Iacono A, Almeida CAS, Nagano MS. Interação e cooperação de empresas incubadas de base tecnológica: uma análise diante do novo paradigma de inovação. *Rev Adm Públ* [Internet]. 2011 [cited 2023 May 18];45(5):1485-516. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7045>
- World Health Organization. Weekly Epidemiological Record (WER) [Internet]. 2022 [cited 2023 May 18];97(36):429-52. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362411/WER9736-engfre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Teixeira CSS, Pescarini JM, Alves FJO, Nery JS, Sanchez MN, Teles C, et al. Incidence of and Factors Associated With Leprosy Among Household Contacts of Patients With Leprosy in Brazil. *JAMA Dermatol* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 18];156(6):640-48. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0653>
- Deps PD, Florian MC, Virmond MCL. Introdução à Hanseníase. In: Deps PD, Florian MC, Virmond MCL, organizadores. Hanseníase na prática clínica. São Paulo: Editora dos Editores; 2022. p. 1-14.
- Bioclin Fast MK Flow [document on the Internet]. Bula [cited 2023 May 19]. Available from: https://quibasa.bioclin.com.br/anexos/IUS_BIOCLIN_FAST_ML_FLOW.pdf
- Montanha JOM, Nardi SMT, Binhardi FMT, Pedro HSP, Santi MP, Paschoal VDA. ML Flow serological test: complementary tool in leprosy. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2023 [cited 2023 May 17];98(3):331-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.05.005>
- Kit NAT Hanseníase [document on the Internet]. Bula [cited 2023 May 17]. Available from: <https://www.ibmp.org.br/pt-br/wp-content/uploads/2021/05/Instru%C3%A7%C3%A3o-de-Use-KIT-NAT-Hansen%C3%ADase.pdf>
- Kit GenoType LepraeDR [document on the Internet]. Bula [cited 2023 May 17]. Available from: <https://mobiuslife.com.br/teste-suscetibilidade-drogas/genotype-lepraedr-2/>
- Z Wu, C Wang, Z Wang, Y Shi, H Jiang, H. Wang Risk factors for dapson resistance in leprosy patients: a systematic meta-analysis. *J Glob Antimicrob Resist* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 18];30:459-67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jgar.2022.05.015>

SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SAFETY OF THE ELDERLY PATIENTS IN THE WORK PROCESS OF THE NURSE IN PRIMARY HEALTH CARE

SEGURIDAD DE PACIENTES MAYORES EN EL PROCESO DE TRABAJO DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Karine Cristina Siqueira Cunha ¹

Queila Santos Rita ²

Roberta Seron Sanches ³

Simone Albino da Silva ⁴

Zélia Marilda Rodrigues Resck ⁵

Como Citar:

Cunha KCS, Rita QS, Sanches RS, Silva AS, Resck ZMR. Segurança do paciente idoso no processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Segurança do paciente; Pessoa idosa; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors:

Patient Safety; Elderly; Nursing; Primary Health Care.

Descriptores:

Seguridad del paciente; Persona mayor; Enfermería; Atención Primaria a la Salud.

Submetido:

26/04/2023

Aprovado:

16/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Karine Cristina Siqueira Cunha
Rua Gabriel Monteiro da Silva 700,
Centro, Alfenas, CEP: 37130-001
E-mail: Karine.cunha@sou.unifal-mg.edu.br

RESUMO

Objetivou-se refletir sobre a segurança do paciente idoso no processo de trabalho do enfermeiro, na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo teórico-reflexivo embasado em discussões transcorridas em uma disciplina de Pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem, na análise crítica de literatura científica e na vivência profissional das autoras. Observou-se que a segurança do paciente deve ser prioridade para pessoas em qualquer faixa etária, no entanto os idosos estão particularmente propensos a danos decorrentes de eventos adversos. Na Atenção Primária à Saúde, embora pouco discutidos, os eventos adversos como falhas na tomada de decisão clínica, na administração de medicamentos, quedas, infecções, entre outros, também ocorrem, e, nesse sentido, o processo de trabalho do enfermeiro contempla ações que lhe conferem um papel protagonista para a promoção de cuidados primários qualificados e seguros. Assim, a articulação de ações nas dimensões assistir, administrar, educar, pesquisar e participar politicamente confere ao enfermeiro a possibilidade de contribuir para a segurança do paciente idoso e, por conseguinte, para as condições de saúde dessa parcela crescente da população.

1. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG. E-mail: karine.cunha@sou.unifal-mg.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0546-8350>

2. Enfermeira. Especialização em Administração Hospitalar e Serviços Públicos de Saúde Pública pela Fundação de Ensino Superior de Passos, Universidade do Estado de Minas Gerais- FESP UEMG. Aluna Especial do Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL- MG. E-mail: queila.rita@sou.unifal-mg.edu.br ORCID: <https://ORCID.org/0009-0002-2301-9276>

3. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG. E-mail: roberta.sanches@unifal-mg.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7557-5560>

4. Enfermeira. Doutora em Ciência. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG. E-mail: simone.silva@unifal-mg.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2725-8832>

5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG. E-mail: zelia.resck@unifal-mg.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3752-8381>

ABSTRACT

The objective was to reflect on the safety of elderly patients in the work process of nurses in Primary Health Care. This is a theoretical-reflective study based on discussions that took place in a stricto sensu Nursing Postgraduate course, in the critical analysis of scientific literature and in the authors' professional experience. We observed that patient safety should be a priority for people of any age group; however, the elderly are particularly prone to suffer harm resulting from adverse events. In Primary Health Care, although little discussed, adverse events such as failures in clinical decision-making, administering medication, falls, infections, among others, also occur, and, in this sense, the nurses' work process includes actions that give them a leading role in the promotion of qualified and safe primary care. Thus, the articulation of actions in the dimensions of assisting, administering, educating, researching, and being politically active gives nurses the possibility of contributing to the safety of elderly patients and, consequently, to the health conditions of this growing portion of the population.

RESUMEN

Se objetivó reflexionar acerca de la seguridad de pacientes mayores de trabajo del enfermero en la Atención Primaria a la Salud. Se trata de estudio teórico-reflexivo basado en discusiones transcurridas en una asignatura de Posgrado stricto sensu en Enfermería, en el análisis crítico de literatura científica y en la vivencia profesional de las autoras. Se observó que la seguridad del paciente deba ser prioridad para personas en cualquier grupo de edad, aunque los ancianos están particularmente propensos a daños resultantes de eventos adversos. En la Atención Primaria a la Salud, aunque poco discutidos, los eventos adversos como fallas en la toma de decisión clínica, en la administración de medicamentos, caídas, infecciones, entre otros, también ocurren, y, en ese sentido, el proceso de trabajo del enfermero incluye acciones que le confieren un papel protagónico para la promoción de cuidados primarios calificados y seguros. De esta manera, la articulación de acciones en las dimensiones asistir, administrar, educar, investigar y participar políticamente, confiere al enfermero la posibilidad de contribuir para la seguridad del paciente anciano y, por consiguiente, para las condiciones de salud de esa parcela creciente de la población.

.....

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade vivenciada mundialmente e decorre principalmente do aumento da expectativa de vida e da diminuição da taxa de fecundidade. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontam que, em 2021, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais saltou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, são 31,2 milhões de idosos no Brasil, um crescimento de 39,8% nos últimos dez anos¹.

Esse cenário produz impacto na saúde pública, uma vez que o avanço da idade está associado à maior ocorrência de problemas crônicos de saúde que, frequentemente, tornam as pessoas idosas dependentes de cuidados. Assim, os sistemas de saúde defrontam-se com o desafio de consolidarem linhas de cuidados e redes de atenção cada vez mais resolutivas².

De acordo com o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 75% dos idosos utilizam exclusivamente o Sistema Único de

Saúde (SUS), demandando diversos tipos de ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)³. Ademais, acrescenta-se que a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou as Unidades Básicas de Saúde como o estabelecimento que os brasileiros mais frequentemente procuram quando necessitam de atendimento de saúde⁴.

Nesse contexto, destaca-se o importante papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na estruturação da atenção à saúde no SUS, atuando como ordenadora e coordenadora do cuidado, visando garantir a continuidade e a longitudinalidade das ações de saúde, além de contribuir para a organização dos pontos de atenção, com ampliação e qualificação do acesso⁵.

Destarte, cuidados primários feitos de forma insegura ou ineficaz podem aumentar a morbidade e a mortalidade evitável, além de levar ao uso desnecessário de recursos da atenção secundária⁶. A esse respeito, a segurança do paciente se refere às atividades que visam promover culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e

ambientes, com vistas à redução nos riscos de erros e de eventos adversos associados aos cuidados de saúde⁷.

Reflexões sobre segurança do paciente ganharam impulso a partir da década de 90, quando foi mundialmente evidenciada a problemática dos erros e eventos adversos nos cuidados em saúde⁸. Assim, a temática passou a ser um foco central para a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a proposição de inúmeras iniciativas em todo o mundo. No Brasil, em consonância com as ações mundiais, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde⁸. Embora a segurança do paciente deva ser prioridade no cuidado das pessoas, independentemente de sua faixa etária, para a pessoa idosa, o tópico requer particular atenção, seja pelas vulnerabilidades decorrentes do processo de envelhecimento, como também pela maior utilização de recursos de saúde por essa clientela^{9,10}.

Estudo realizado em hospitais americanos identificou que os idosos estão mais propensos a eventos adversos evitáveis, provavelmente pela maior complexidade de sua condição clínica, destacando-se a ocorrência de eventos relacionados a medicamentos, quedas e complicações operatórias¹¹. Contudo, embora a segurança do paciente seja mais amplamente discutida no cenário hospitalar, a APS não está isenta da ocorrência de eventos adversos, incluindo aqueles ocorridos com a população idosa. Nesse contexto, um estudo brasileiro realizado em Unidades Básicas de Saúde do estado do Rio de Janeiro também identificou maior ocorrência de eventos adversos entre pessoas com maior idade e com doenças crônicas¹². Dentre os profissionais de saúde atuantes na APS, os enfermeiros articulam ações nas dimensões assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente¹³. São reconhecidos por desempenharem um papel relevante para a promoção da segurança do paciente. Diante do exposto, este estudo pretende refletir sobre a segurança do paciente idoso no processo de trabalho do enfermeiro na APS.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo teórico-reflexivo, embasado em discussões transcorridas na disciplina "Processo de trabalho na área da saúde", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal

de Alfenas-MG, na vivência profissional das autoras e na análise crítica de literatura científica. Para tanto, foram realizadas buscas não sistematizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), sem recorte temporal, utilizando os seguintes descritores, conforme consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Idoso e suas correspondentes na língua inglesa, quando aplicável, combinadas entre si por meio do operador booleano "and".

Para a apresentação da reflexão, estruturou-se o estudo em dois eixos: "Particularidades da segurança do paciente idoso na Atenção Primária à Saúde" e "A segurança do paciente idoso no processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde".

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Particularidades da segurança do paciente idoso na Atenção Primária à Saúde

A assistência qualificada e segura deve ser prioridade em todos os estabelecimentos de saúde, independentemente das especificidades da população atendida. Contudo, a literatura aponta que os idosos são particularmente suscetíveis à ocorrência de eventos adversos, ou seja, de sofrer danos associados aos cuidados em saúde¹⁴.

Isso porque no processo natural de envelhecimento, modificações biológicas progressivas e irreversíveis acontecem, comprometendo os principais sistemas fisiológicos, decorrentes do declínio geral da capacidade intrínseca do indivíduo¹⁵. Esse processo, associado a fatores cognitivos, sociais, econômicos e ambientais, torna o organismo da pessoa idosa mais fragilizado e suscetível às agressões internas e externas e a maiores comprometimentos da capacidade físico-funcional¹⁶.

Um estudo que utilizou um banco de dados de incidentes de segurança do paciente, da Inglaterra e do país de Gales, especificamente com pessoas com 65 anos ou mais e em cuidados primários, identificou que as três principais fontes de danos aos idosos relacionaram-se aos medicamentos (falhas na prescrição, distribuição, administração e monitoramento de drogas), às falhas de comunicação (informações incompletas, intempestivas ou

ausentes) e aos incidentes relativos à tomada de decisão clínica (erros de diagnóstico, avaliação e tratamento)¹⁷.

Concernente aos medicamentos, evidências apontam que há uma relação entre o avanço da idade e a quantidade de medicamentos prescritos para o paciente. Assim, um estudo realizado com idosos cobertos pela APS, em um município do estado de Minas Gerais, identificou a ocorrência de polimedicação e de uso de medicamentos potencialmente inapropriados¹⁸.

Complementa-se que pode ocorrer dificuldade dos pacientes idosos para lembrar ou pronunciar os nomes de seus medicamentos, diferenciando-os pela forma, tamanho e cor. Isso pode resultar em prejuízos na comunicação com os profissionais de saúde e, ainda, predispor a erros caso haja alteração na apresentação dos medicamentos utilizados¹⁴.

Ressalta-se que a comunicação é uma habilidade requerida dos profissionais de saúde e particularmente importante no cuidado à pessoa idosa, haja vista que cerca de um quinto da população brasileira com mais de 65 anos apresenta incapacidade comunicativa¹⁹. Dessa forma, na comunicação com o idoso, os profissionais de saúde devem primar por uma linguagem acessível, coerente e desenvolver estratégias de comunicação verbal e não-verbal, a fim de envolver o paciente no seu tratamento, evitando erros na tomada de decisões clínicas e facilitando a adesão aos tratamentos propostos²⁰.

Acrescenta-se que não apenas a comunicação ineficaz entre o idoso e os profissionais de saúde, como também as falhas de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde que compõem a equipe, podem comprometer a assistência e incorrer em riscos ao paciente.

Outro aspecto relevante sobre a segurança do paciente idoso é o risco de quedas, observado tanto para aqueles em atendimento nos serviços hospitalares, como no cenário da APS⁹. Autores discorrem sobre os fatores de risco para quedas, sendo os mais citados aqueles relacionados a fatores intrínsecos, como idade avançada, sexo, terapia medicamentosa, comorbidades neurológicas e cardiovasculares, alterações vesicais ou intestinais, medo de cair, déficit cognitivo, mobilidade prejudicada, hipotensão ortostática e história prévia de quedas²¹. Esses fatores, somados aos fatores extrínsecos, relacionados às condições ambientais como tapetes soltos, baixa iluminação, pisos escorregadios e desnivelados, explicam o

elevado número de incidentes de quedas em idosos²². Destaca-se que as quedas podem resultar em graves consequências à saúde dessa população, incluindo lesões e óbito, além de aumentar os custos com os cuidados de saúde, sendo os cuidados com a mobilidade e locomoção, bem como com a estrutura física dos estabelecimentos de saúde, indispensáveis para a prevenção⁹.

A esse respeito, pondera-se que, frequentemente, as unidades da APS funcionam em estruturas físicas adaptadas, o que requer um olhar atento quanto ao risco de queda dos usuários e, particularmente, dos idosos.

Por fim, aponta-se que a imunossenescência, um processo natural de declínio do organismo das pessoas idosas, também acomete o sistema imune, provocando baixa responsividade e, conseqüentemente, um maior risco de infecção e de prognósticos mais graves²³. Destarte, embora os cuidados realizados na APS se caracterizem por menor complexidade quando comparados ao âmbito hospitalar, o risco de infecção também está presente e, igualmente, deve ser uma preocupação.

A segurança do paciente idoso no processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

A APS é um modelo de atenção e estruturação da assistência à saúde no SUS, atuando como orquestradora do cuidado, com vistas a garantir a integralidade e a longitudinalidade. Na atenção à saúde do idoso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) implementa ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos²⁴.

Nesse cenário, o primeiro passo para o cuidado seguro à pessoa idosa na APS é o acolhimento e a vinculação por meio do cadastramento a uma equipe de ESF, seguido pela realização de avaliação multidimensional pelo enfermeiro, que permite identificar as necessidades de saúde, as situações de vulnerabilidades, violências, riscos e a identificação da capacidade de autocuidado²⁵.

A partir de então, deve ser realizado o planejamento de ações e intervenções específicas, voltadas a cada pessoa, de acordo com suas necessidades, com destaque para a população idosa frágil ou em processo de fragilização²⁵. Esse planejamento deve ser compartilhado com os elementos da equipe

multiprofissional e, ocasionalmente, articulado com os demais níveis de atenção, haja vista que os idosos podem necessitar de cuidados de nível secundário e terciário²⁵.

Apesar disso, ainda se observa em muitos serviços de saúde a ineficiência de um modelo de atenção caracterizado pelas desigualdades de acesso, divisão entre ações de prevenção e reabilitação, fragmentação do cuidado, falta de recursos humanos e morosidade na implementação de serviços, o que pode comprometer a segurança do paciente.

A esse respeito, reconhece-se, na literatura, que os eventos adversos ocorrem na APS, embora a segurança do paciente seja mais discutida em âmbito hospitalar, e, ainda, que os idosos estão particularmente mais suscetíveis a eles^{14,16}.

Frente ao exposto, a Enfermagem tem desempenhado um papel significativo na promoção da segurança do paciente dentro das instituições de saúde. Especificamente na APS, o enfermeiro desenvolve atuação central, articulando ações assistenciais e gerenciais com a equipe de saúde e, por conseguinte, pode contribuir para a promoção e para o envolvimento da equipe nas questões relativas à segurança do paciente.

O cuidado à pessoa idosa está associado a diversos tipos de dependência, como as sociais, físicas ou emocionais, o que exige dos profissionais atitudes que determinem padrões assistenciais eficazes e que promovam saúde e qualidade de vida aos idosos e seus familiares².

A exemplo, apontam-se os diagnósticos de enfermagem: síndrome do idoso frágil, comunicação verbal prejudicada, riscos de queda, de infecção, de integridade da pele prejudicada, entre outros²⁶.

Assim, em seu processo de trabalho, ao realizar o planejamento das ações de cuidado, os enfermeiros encontram um momento privilegiado para também avaliar os riscos aos quais os idosos podem estar expostos e implementar ações para a prevenção.

Vale ressaltar que a assistência planejada ao idoso é executada pelo enfermeiro e equipe da ESF, sendo esse processo coordenado pelo primeiro, que, por meio da dimensão administrar/gerenciar, atua sobre as pessoas e os recursos, proporcionando condições para que a assistência segura se efetive¹³.

Nesse contexto, ressalta-se a relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem, seja pela implantação do Processo de Enfermagem, como também pela organização do serviço de enfermagem por meio de protocolos, procedimentos operacionais

padrão, dimensionamento de pessoal, entre outros, os quais possibilitam a assistência qualificada, segura e embasada nas melhores evidências científicas²⁷.

No entanto, apesar da reconhecida contribuição para a assistência segura, aponta-se a existência de lacunas na sistematização dos cuidados aos idosos tanto no hospital quanto na APS, o que reflete a necessidade de se avançar para um modelo de atenção integrativa e sistematizada, alicerçado na segurança⁹.

Ainda no que diz respeito à sistematização, o enfermeiro também pode atuar com a equipe multidisciplinar na elaboração de protocolos específicos voltados à segurança do paciente, contemplando temáticas como infecções relacionadas à assistência à saúde; administração segura de medicamentos; processos de identificação de pacientes; prevenção de quedas; prevenção de lesões por pressão, entre outros, considerando as particularidades da unidade de saúde em que estão inseridos e em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁸.

Outra competência relevante para a assistência ao idoso e que integra o processo de trabalho do enfermeiro é a educação¹³. Nesse contexto, a Educação em Saúde é uma estratégia que potencializa o cuidado de enfermagem, pois, ao desenvolver atividades educativas, em grupos ou individuais, o enfermeiro fortalece o vínculo com o paciente e a família, orientando e induzindo mudanças nas práticas cotidianas para a prevenção de riscos e promoção da saúde²⁸.

Para além disso, a implantação das medidas para a segurança do paciente requer o oferecimento de ações educativas para os profissionais envolvidos, nas quais o enfermeiro, por sua visão abrangente e papel articulador junto à equipe multiprofissional, pode exercer o protagonismo²⁹.

Acrescenta-se que as parcerias com instituições formadoras e universidades podem contribuir para a proposição de ações de capacitação e formação e, ainda, incentivar o desenvolvimento de pesquisas, sendo que essas também integram o processo de trabalho do enfermeiro. Destaca-se que as pesquisas são consideradas pela Organização Mundial da Saúde como uma prioridade, pois seus resultados podem ser aplicados nos cenários de prática, com vistas à segurança do paciente⁷.

Contudo, reflete-se que o incentivo à pesquisa e à capacitação não é uma realidade em todas as instituições de saúde, o que indica a necessidade

de sensibilização, principalmente dos gestores, no sentido de reconhecer que o conhecimento reflete em melhores práticas assistenciais.

Complementa-se que, enquanto gerente da equipe de enfermagem, o enfermeiro deve buscar condições que possibilitem o aperfeiçoamento contínuo do pessoal. Destarte, a busca por estímulo à qualificação, assim como por melhores condições de trabalho, perpassa a participação política do enfermeiro, que não pressupõe a filiação a partidos ou órgãos de classe, mas sim o posicionamento com vistas à transformação da realidade¹³.

Vale ressaltar que essa dimensão do processo de trabalho do enfermeiro articula-se às demais e possibilita-lhe contribuir para a melhoria das condições de vida da população e para o desenvolvimento de um trabalho seguro e de qualidade³⁰.

Por fim, com a articulação de atividades assistenciais, administrativas, de educação, pesquisa e participação política, o enfermeiro pode cooperar para desmistificar a visão estereotipada da velhice e, por meio de cuidados primários qualificados e seguros, contribuir para as condições de saúde dessa parcela crescente da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que as discussões sobre a segurança do paciente na APS ainda são incipientes e que, na prática, a menor densidade tecnológica pode, erroneamente, ser associada à ausência de riscos. Este estudo abordou aspectos relevantes sobre a segurança do paciente idoso na APS sem, contudo, esgotar o tema, que ainda é pouco explorado nesse contexto específico.

Este artigo possibilitou refletir sobre as particularidades relativas à segurança do paciente idoso, que, em decorrência de alterações características do próprio processo de envelhecimento, está particularmente propenso a danos decorrentes de eventos adversos.

Embora a temática da segurança do paciente seja mais explorada no cenário hospitalar, eventos adversos como falhas na tomada de decisão clínica, na administração de medicamentos, quedas, infecções, entre outros, também ocorrem na APS, e, nesse sentido, o enfermeiro é reconhecido como um profissional protagonista para a promoção da segurança do paciente.

A articulação de ações nas dimensões assistir,

administrar, educar, pesquisar e participar politicamente confere ao enfermeiro a possibilidade de contribuir para o cuidado qualificado e seguro na APS e, por conseguinte, para as condições de saúde dessa parcela crescente da população.

Apresentam-se como limitações do estudo o fato de incluir um recorte restrito da literatura, uma vez que as referências utilizadas foram selecionadas por meio de buscas não sistematizadas e, também, o fato de as reflexões se basearem na vivência profissional das autoras, contemplando o objeto de estudo apenas de maneira parcial.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Karine Cristina Siqueira Cunha contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e redação do manuscrito. **Queila dos Santos Rita** contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Roberta Seron Sanches** contribuiu com o delineamento da pesquisa, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. **Simone Albino da Silva** contribuiu com o delineamento da pesquisa e revisão crítica do manuscrito. **Zélia Marilda Rodrigues Resck** contribuiu com o delineamento da pesquisa, a revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuo [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>
2. Silva RM, Brasil CCP, Bezerra IC, Figueiredo MLF, Santos MCL, Gonçalves JL, et al. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado do idoso dependente. Cien Saude Colet [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 19];26(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>
3. Lima-Costa, MF. Aging and public health: the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). Rev Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde – 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação

[Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>

5. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária À Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2015.

6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

7. Organização Mundial da Saúde. Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente Organização Mundial da Saúde. Tradutor: Fernando Alves Esbérard Leite. Leme: Mizuno. 2021.

8. Brasil. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014.

9. Silva LAA, Leite MT, Hildebrandt LM, Giovenardi TR, Kolvaski AP. Práticas de enfermagem relativas à segurança no cuidado a idosos em serviços de saúde. Ciênc Saúde [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 13];12(3). Available from: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2019.3.33147>

10. Tofoletto MC, Oliveira EM, Andolhe R, Barbosa RL, Padilha KG. Comparison between patient severity and nursing workload before and after the occurrence of adverse events in elderly in critical care. Texto contexto enferm [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 13];27(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003780016>

11. Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. BMJ British Med J [Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 17];320:741-4. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.741>

12. Marchon SG, Mendes Júnior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 13];31(11). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>

13. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília [Internet]. 2007 [cited 2023 Feb 01];60(2):221-4. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>

14. Hays R, Daker-White G, Esmail A, Barlow W, Menor B, Brown B, et al. Threats to patient safety in primary care reported by older people with multimorbidity: baseline findings from a longitudinal qualitative

study and implications for intervention. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 13];17. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2727-9>

15. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2008 [cited 2023 Jan 12];13(4):1107-11. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400002>

16. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, Habbig AK, Scafoglieri A, Jansen B, et al. Gerontopole Brussels Study group. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2016 [cited 2023 Feb 1];17(12):1163.e1-1163.e17. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.010>

17. Cooper A, Edwards A, Williams H, Evans HP, Avery A, Hibbert P, et al. Sources of unsafe primary care for older adults: a mixed-methods analysis of patient safety incident reports. Age Ageing [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 1];46(5):833-9. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx044>

18. Araujo LU, Santos DF, Bodevan EC, Cruz HL, Souza J, Silva-Barcellos NM. Patient safety in primary health care and polypharmacy: cross sectional survey among patients with chronic diseases. Rev Latino-Am. Enferm [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 1];27:e3217. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3123.3217>

19. Moraes EM, Pereira AMVB, Azevedo RS, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. Secretaria de estado da saúde do Paraná [Internet]. Curitiba: SESA, 2018 [cited 2023 Feb 1]. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultidoidoso_2018_atualiz.pdf

20. Deon RG, Goldim JR. Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Estud interdiscip envelhec [Internet]. 2016 [cited 2023 Feb 5];21(1). Available from: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.54047>

21. Pimentel WRT, Pagotto V, Stopa SR, Hoffmann MCCL, Bof FA, Souza-Junior PRB, et al. Quedas entre idosos brasileiros residentes em áreas urbanas: ELSI-Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000635>

22. Chaves BJP, Oliveira JS, Rodrigues MMP, Falcão RMM, Souza SVO, Carvalho EAS, et al. Fatores extrínsecos para risco de quedas de idosos hospitalizados. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 18];12(7):1835-40. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231271p1835-1840-2018>

23. Esquenazi, D A. Imunossenescência: as alterações do sistema imunológico provocadas pelo envelhecimento. Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet]. 2008 [cited 2023 Jan 10];7:38-45. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28948>

24. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, See More PRS, et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção básica. Rev saúde pública [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>

25. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2023 Feb 05]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf

26. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed. 2018.

27. Santos GLA, Santana RF, Sousa AR, Valadares GV,. Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. Enferm Foco [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 10];12(1):168-73. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3993>

28. Costa DAC, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a Educação em Saúde. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago” [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 10];6(3). Available from: <https://www.revista.esap.gov.br/index.php/resap/article/view/>

29. Dalla Nora, Carlise R, Beghetto, Mariur G. Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 10];73(5). Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MPr8vr6mc9zXWTyXbbmRWrG/?lang=en>

30. Kalinowski CE, Cunha ICKO. Reflections on the working process in nurse participation in political activities. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 03]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0627>

TECNOLOGIAS ASSOCIADAS À DECANULAÇÃO PEDIÁTRICA: REVISÃO DE ESCOPO

TECHNOLOGIES ASSOCIATED WITH PEDIATRIC DECANULATION: SCOPE REVIEW
TECNOLOGÍAS ASOCIADAS A LA DECANULACIÓN PEDIATRICA: REVISIÓN DEL ESCOPO

Marinisi Sales Aragão Santos ¹

Ana Paula Agostinho Alencar ²

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho ³

Como Citar:

Santos MSA, Alencar APA, Carvalho REFL. Tecnologias associadas à decanulação pediátrica: revisão de escopo. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Traqueostomia; Decanulação; tecnologia biomédica; Protocolos; criança.

Descriptors:

Tracheostomy; Decannulation; biomedical technology; Protocol; child.

Descriptores:

Traqueostomía; Decanulación; tecnología biomédica; Protocolos; niños.

Submetido:

01/10/2021

Aprovado:

15/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Marinisi Sales Aragão Santos
Rua Paulo Firmeza, 760, São João do
Tauape, Fortaleza, Ceará,
CEP: 60130-420
E-mail: marinisales@gmail.com

RESUMO

Neste estudo, objetivou-se mapear, na literatura, as tecnologias associadas à decanulação de crianças traqueostomizadas. Utilizou-se, como método, a revisão de escopo, elaborada conforme as recomendações do The Institute Joanna Briggs, nas bases de dados MEDLINE/PubMed, CINAHL, Embase e Web of Science, entre os meses de agosto a outubro de 2020. Os estudos foram selecionados por meio de diagramas de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e apresentados em um quadro. Foram selecionados 19 estudos publicados entre os anos de 1997 a 2020, mapeando-se que as tecnologias voltadas para a decanulação de crianças traqueostomizadas são protocolos institucionais desenvolvidos a partir de experiências clínicas. Os protocolos institucionais baseados em experiências clínicas de especialistas, características clínicas dos pacientes e da instituição de saúde, estão como as tecnologias existentes para a decanulação em crianças traqueostomizadas, visto que são uma população complexa e heterogênea.

1. Fonoaudióloga. Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pós-graduada em Voz pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) e em Disfagia Neonatal e Pediátrica pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde (INCISA). Fonoaudióloga do Hospital Infantil Albert Sabin. Fortaleza, Ceará. E-mail: marinisales@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7696-2212>

2. Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC Paulista (FMABC). Membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), núcleo Fortaleza. E-mail: anapaulaagostinho0@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6262-4279>

3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da graduação em Enfermagem e dos programas de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e em Cuidados Clínicos em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Ceará, e da Sociedade Brasileira de Segurança do Paciente (SOBRASP). E-mail: rhannalima@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3406-9685>

ABSTRACT

In this study, the objective was to map, in literature, the technologies associated with the decannulation of tracheostomized children. Scope review was used as a method, prepared according to the recommendations of The Institute Joanna Briggs, in the databases MEDLINE/PubMed, CINAHL, Embase and Web of Science, carried out from August to October 2020. The studies were selected using flow diagrams Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) and presented on a chart. Nineteen studies published between 1997 and 2020 were selected, and we mapped that the technologies aimed at decannulation of tracheostomized children are institutional protocols developed from clinical experiences. Institutional protocols based on clinical experiences of experts, clinical characteristics of patients, and characteristics of the health institution, are the existing technologies for decannulation of tracheostomized children, as they are a complex and heterogeneous population.

RESUMEN

En este artículo, se objetivó mapear, en la literatura, las tecnologías asociadas a la decanulación de niños traqueostomizados. Se utilizó, como método, la revisión de escopo, elaborada de acuerdo a las recomendaciones del The Institute Joanna Briggs, en las bases de datos MEDLINE/PubMed, CINAHL, Embase y Web of Science, entre los meses de agosto hasta octubre de 2020. Los estudios fueron seleccionados por medio de diagramas de flujo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) y presentados en un cuadro. Fueron seleccionados 19 estudios publicados entre los años de 1997 a 2020, mapeándose que las tecnologías dirigidas a la decanulación de niños con traqueostomía son protocolos institucionales desarrollados a partir de experiencias clínicas. Los protocolos institucionales basados en experiencias clínicas de expertos, características clínicas de los pacientes y de la institución de salud, están como las tecnologías existentes para la decanulación en niños traqueostomizados, ya que son una población compleja y heterogénea.

.....

INTRODUÇÃO

Os avanços na área da saúde e o crescimento da tecnologia têm ajudado a salvar vidas. Muitas crianças estão sobrevivendo com doenças crônicas graças aos avanços da tecnologia, incluindo tratamento de traqueostomia com cuidados domiciliares¹, tecnologias de medicações, dos equipamentos de terapia intensiva e do aprimoramento técnico dos profissionais de saúde².

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que consiste na abertura da traqueia, comunicando-a com o meio externo, por meio da colocação de uma cânula, permitindo a passagem do ar de modo alternativo, artificial, seguro e mantendo uma via aérea pérvia³.

Nos Estados Unidos, de acordo com um estudo para investigar as variações nacionais e regionais nas taxas de traqueostomia pediátrica, a incidência em menores de 18 anos foi de 6,0/100.000 crianças, em 2012⁴. No Brasil, em 2020, 13.857 traqueostomias foram realizadas em hospitais públicos, contudo, não há dados específicos da população pediátrica⁵. Os principais motivos de indicação nessa população são a ventilação mecânica prolongada por intubação endotraqueal e a obstrução de vias aéreas superiores⁶.

Apesar da traqueostomia ser uma tecnologia que salva vidas, as complicações e comorbidades em crianças variam de leves a fatais, sendo as causas de morte mais comuns a obstrução do tubo e a decanulação acidental⁷. Na presença de uma traqueostomia, a decanulação é o objetivo principal logo após a resolução do fator causal, e o paciente deve ser avaliado quanto à segurança dessa tomada de decisão⁸.

Em 2017, o primeiro consenso clínico e recomendações nacionais para crianças traqueostomizadas visou estabelecer diretrizes nacionais de condutas e cuidados médicos voltados para essa população, desde a indicação até a decanulação⁹, que é o processo de retirada da cânula de traqueostomia.

O processo de decanulação varia entre os serviços e não tem um consenso na literatura quanto aos critérios de indicação de prontidão. A literatura relata uma taxa de decanulação bem-sucedida com alcance de 28% a 94% dos pacientes e taxas de falhas variando de 6,5% a 21,4%⁷.

O consenso internacional da Academia Americana de Otorrinolaringologia-Cirurgia de Cabeça e Pescoço, de 2013, listou alguns pré-requisitos que devem ser atendidos para que a decanulação em crianças

seja considerada, dentre eles: não necessitar de suporte ventilatório pelo menos três meses antes da decanulação, ausência de eventos de aspiração ou estagnação de secreções, via aérea patente e tubo de traqueostomia tampado durante o dia em crianças a partir de dois anos de idade¹⁰.

O uso de tecnologias assistenciais conduz os profissionais na tomada de decisões voltadas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os protocolos e a abordagem multidisciplinar têm impactos positivos na qualidade de vida, na redução da morbimortalidade e na decanulação¹⁰. Assim, buscou-se conhecer na literatura a existência de tecnologias voltadas ao processo de decanulação, sendo objetivo comum entre a família, paciente e profissionais.

Nessa perspectiva, destaca-se a relevância de estudos de revisões científicas direcionadas a tecnologias associadas à decanulação na pediatria de uma forma segura para o paciente, com ênfase na saúde, qualidade de vida e desenvolvimento das crianças que necessitam de uma traqueostomia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo e seguiu rigorosamente a estratégia metodológica do Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões de escopo, a qual permite mapear os principais conceitos, esclarecer áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento¹¹. Por se tratar de um estudo de revisão, foi dispensada a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Procedimento metodológico

Para a formulação da pergunta norteadora do estudo: quais são as tecnologias associadas à decanulação de crianças traqueostomizadas disponíveis na literatura? Foi utilizado o mnemônico Population, Concept e Context (PCC), em que P: crianças traqueostomizadas, C: tecnologia assistencial, e C: decanulação da traqueostomia.

Os critérios de inclusão foram: artigos primários disponíveis nos idiomas inglês, português ou espanhol, com enfoque nas tecnologias para a decanulação da traqueostomia em crianças, sem recorte temporal. Foram excluídos os estudos que abordassem apenas técnicas cirúrgicas, indicações

e complicações, assim como aqueles que abordavam decanulação da traqueostomia, porém não discorriam sobre a tecnologia utilizada.

Coleta e organização dos dados

O levantamento dos dados foi realizado durante os meses de agosto a outubro de 2020 nas bases MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*), CINAHL *with Full Text* (EBSCO), Embase e Web of Science.

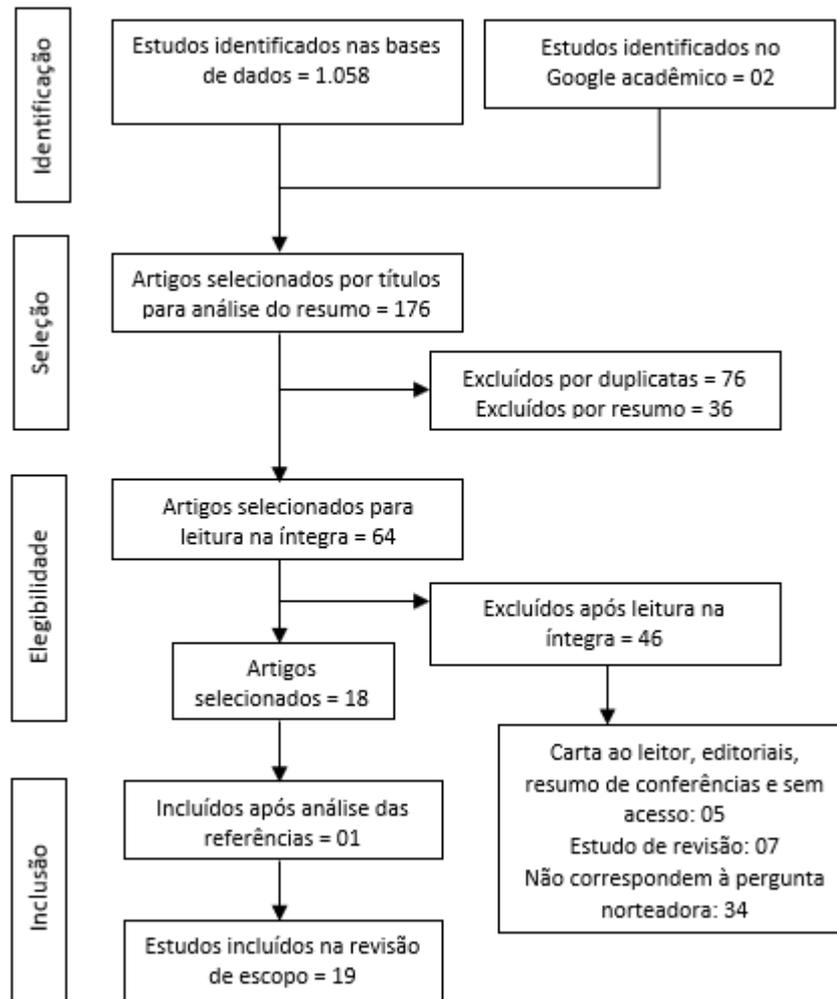
Na primeira etapa, foi realizada uma consulta genérica nas bases de dados eletrônicas, MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*) e CINAHL *with Full Text* (EBSCO), seguida da identificação das palavras-chave/descriptores, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus equivalentes no idioma inglês, no *Medical Subject Headings (Mesh)*: traqueostomia/tracheostomy, criança/child, lactente/infant, tecnologia biomédica/biomedical technology, protocolo/protocol, guia/guidelines, respectivamente, assim como também os descritores próprios da base de dados Embase, por meio do *Emtree*: decannulation, tracheostomy, tracheostomy decannulation, biomedical technology, protocol, guideline, child, infant.

Na segunda etapa, os descritores foram combinados entre si com os conectores booleanos OR e AND, juntamente aos termos da estratégia PCC, compondo assim a equação de busca empregada nas bases de dados Embase e Web of Science (*decannulation tracheostomy OR decannulation OR tracheostomy*) AND (*Biomedical Technology OR protocol OR guidelines*) AND (*children OR child OR infant*).

A terceira etapa consistiu dos estudos selecionados para a leitura na íntegra com suas referências examinadas, no intuito de constatar estudos a serem incluídos na revisão de escopo. A ferramenta Google Scholar também foi verificada.

Para uma melhor organização dos estudos selecionados, eles receberam códigos sequenciais de identificação (letra A e número), e optou-se pela metodologia PRISMA¹². A seleção dos artigos está apresentada no fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA. Fortaleza, CE, Brasil, 2020.



Fonte: Elaboração das autoras.

Análise dos dados

Os dados extraídos foram apresentados em tabelas contendo as características e resultados dos estudos. A classificação dos estudos quanto ao nível de evidência foi determinada da seguinte forma: Nível 1a) Revisão sistemática de ensaio clínico randomizado; Nível 1b) Ensaio clínico randomizado individual; Nível 2a) Revisão sistemática de estudos de coorte; Nível 2b) Estudo de coorte individual; Nível 3a) Revisão sistemática de estudos de caso-controle; Nível 3b) Estudo de caso-controle individual; Nível 4) Série de casos; e, Nível 5) Opinião especializada ou pesquisa de laboratório¹³.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados totalizou 1.060 publicações, das quais, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para a amostra desta revisão 18 artigos. Por meio da busca manual, foi incluída mais uma publicação, totalizando a amostra final com 19 artigos.

Destes, destaca-se que 26% (5) foram publicados no ano de 2016; 16% (3) em 2017 e a mesma correspondência em 2019; 11% (2) no ano de 2020; enquanto para 1997, 1998, 2004, 2006, 2013 e 2015, observa-se uma publicação para cada ano com uma equivalência de 5% ao ano.

No que concerne ao local de desenvolvimento dos estudos, 17 foram publicações internacionais de língua

inglesa, e dois estudos nacionais, publicados em inglês e em português. Quanto ao país de origem das pesquisas, os Estados Unidos se sobressaíram com 47% (9) de um total de 19 publicações, seguidos pelo Reino Unido e Brasil, 16% (3) e 11% (2), respectivamente; os restantes foram oriundos da Itália, França, Grécia, Austrália e Nova Zelândia, com 5% (1) em cada país.

Em relação ao periódico, o maior número (n = 6) de publicações sobre a temática durante o período analisado foi no *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, um periódico da área médica abrangendo pediatria e otorrinolaringologia. Consecutivamente, estão: *Pediatric Pulmonology* (n = 4), *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* (n = 3), *The Journal of Laryngology & Otology*, *American Academy of Pediatrics*, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* e *European Annals of Otorhinolaryngology-Head and Neck diseases, B-ENT e The Laryngoscope*, com uma publicação em cada, tendo área de abrangência em pediatria, otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço e áreas afins.

Em referência ao desenho dos estudos, prevaleceu a abordagem observacional retrospectiva com 13 estudos. O Quadro 1 mostra os dados dos estudos no qual se identificam algumas características, como: autor, ano, país, periódico, título, desenho do estudo e nível de evidência.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos.

Estudo/autor	Ano/país/periódico	Título	Tipo de estudo/nível de evidência
A1 Waddell et al. ¹⁴	1997 Reino Unido <i>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology</i>	The Great Ormond Street protocol for ward decannulation of children with tracheostomy: increasing safety and decreasing cost	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A2 Gray et al. ¹⁵	1998 Estados Unidos <i>The Laryngoscope</i>	<i>Tracheostomy decannulation in children: approaches and techniques</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A3 Kubba, Cooke, Hartley. ¹⁶	2004 Reino Unido <i>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology</i>	<i>Can we develop a protocol for the safe decannulation of tracheostomies in children less than 18 months old?</i>	Série de caso Nível 4
A4 Kontzoglou et al. ¹⁷	2006 Grécia <i>B-ENT</i>	Decannulation in children after long-term tracheostomy	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A5 Mitchell et al. ¹⁰	2013 Estados Unidos <i>Otolaryngology Head and Neck Surgery</i>	<i>Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care</i>	Opinião de Especialista Nível 5
A6 Nassif et al. ¹⁸	2015 França <i>European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases</i>	<i>Tracheotomy in children: A series of 57 consecutive cases</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b

A7 Beaton et al. ¹⁹	2016 Reino Unido <i>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology</i>	<i>Tracheostomy decannulation at the Royal Hospital for Sick Children in Glasgow: Predictors of success and failure</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A8 Cristea et al. ²⁰	2016 Estados Unidos Pediatric Pulmonology	<i>Use of Polysomnography to Assess Safe Decannulation in Children</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A9 Abode et al. ²¹	2016 Estados Unidos <i>American Academy of Pediatrics</i>	<i>A Multidisciplinary Children's Airway Center: Impact on the Care of Patients With Tracheostomy</i>	Coorte Prospectivo Nível 2b
A10 Wirtz et al. ²²	2016 Estados Unidos <i>Otolaryngology Head and Neck Surgery</i>	<i>A Pediatric Decannulation Protocol: Outcomes of a 10-Year Experience</i>	Série de casos Nível 4
A11 Lee et al. ²³	2016 Austrália <i>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology</i>	<i>The role of polysomnography in tracheostomy decannulation of the pediatric patient</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A12 Maslan, Feehs, Kirse. ²⁴	2017 Estados Unidos <i>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology</i>	<i>Considerations for the successful decannulation of the pediatric patient: A singlesurgeon's experience</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A13 Pozzi et al. ²⁵	2017 Itália <i>Pediatric Pulmonology</i>	<i>Performance of a tracheostomy removal protocol for pediatric patients in rehabilitation after acquired brain injury: Factors associated with timing and possibility of Decannulation.</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A14 Avelino et al. ⁹	2017 Brasil <i>Brazilian Journal of Otorhinolaryngology</i>	<i>First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology. (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP)</i>	Opinião de Especialistas Nível 5
A15 Morrow et al. ²⁶	2019 Estados Unidos <i>Pediatric Pulmonology</i>	<i>The role of polysomnography in decannulation of children with brain and spinal cord injuries.</i>	Coorte Retrospectivo Nível 2b

A16 Seligman, Liming, Smith. ²⁷	2019 Estados Unidos <i>Otolaryngology Head and Neck Surgery</i>	Pediatric Tracheostomy Decannulation: 11-Year Experience.	Série de casos Nível 4
A17 Quinlan et al. ²⁸	2019 Estados Unidos <i>Pediatric Pulmonology</i>	The role of polysomnography in tracheostomy decannulation of children with bronchopulmonary dysplasia.	Coorte Retrospectivo Nível 2b
A18 Schweiger et al. ²⁹	2020 Brasil <i>The Journal of Laryngology & Otology</i>	Determinants of successful tracheostomy decanulation in children: a multicentric cohort study	Coorte Multicêntrico Retrospectivo Nível 2b
A19 Canning, Mills, Mahadevan. ³⁰	2020 Nova Zelândia <i>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology</i>	Performed safely outside of the intensive care setting? A 10 year review from a single tertiary otolaryngology service.	Coorte Retrospectivo Nível 2b

Fonte: Elaboração das autoras.

Dos 19 estudos, quatro tinham como objetivo principal avaliar a tecnologia institucional voltada para a decanulação da traqueostomia e os restantes estavam relacionados com os diversos propósitos envolvidos nos pacientes em uso de dispositivos de traqueostomias, tais como: especificar indicações, complicações, características e técnica cirúrgica, determinar tempo mínimo de internação, preditores, taxas de sucesso e falhas da decanulação, orientar melhorias no cuidado de pacientes com traqueostomias, assim como recomendações. No entanto, todos abordavam a tecnologia utilizada para o processo de decanulação nas respectivas instituições, com exceção de dois estudos, um internacional, que traz opiniões e sugestões de especialistas, e o outro nacional, com recomendações consensuais por especialistas quanto aos cuidados gerais e sobre o processo de decanulação da traqueostomia.

No que tange às tecnologias utilizadas, observou-se a existência apenas de protocolos institucionais desenvolvidos a partir de experiências clínicas de médicos e consensos institucionais de cuidados para determinar a prontidão para a decanulação. Os exames objetivos para a avaliação da anatomofisiologia das vias aéreas, como laringobroncoscopias, fazem parte dos primeiros passos em direção à tentativa de retirada da cânula. Esses exames confirmam a patência adequada das vias aéreas em todos os

níveis, superior e inferior,¹⁰ e encontram-se presentes em todos os protocolos institucionais dos estudos revisados como a etapa inicial desse processo, com exceção de um estudo²⁵ que só realiza conforme a necessidade. Todavia, esse estudo foi o único que referiu a realização de exame objetivo da deglutição por meio da avaliação endoscópica e a avaliação da tosse²⁵.

O exame de polissonografia também compõe os protocolos, sendo evidenciado em seis dos estudos revisados, com o objetivo de avaliar a perviedade das vias aéreas e a estabilidade destas durante o estado de alerta e no sono²⁰.

A redução do calibre da cânula de traqueostomia foi outro ponto observado na maioria dos algoritmos relatados, assim como a oclusão/tamponamento, com alguns protocolos utilizando válvula fonatória e de deglutição para iniciar a oclusão. O tempo de oclusão sofre variação entre os protocolos.

Para a observação quanto aos padrões respiratórios depois de realizadas as técnicas de obstrução da passagem aérea, seja por redução de calibre da cânula ou por tamponamento, percebe-se que a oximetria transcutânea é o método mais utilizado, variando quanto ao modo e duração, podendo ser contínua ou alternada, e de 24 a 48 horas.

Também é divergente o local para o procedimento de retirada da cânula, podendo acontecer na enfermaria, no ambulatório do sono, na unidade de

terapia intensiva ou até mesmo no centro cirúrgico. Quanto à permanência da internação para a observação após a decanulação, também nota-se uma variação de período dentre as tecnologias encontradas, sendo de, no máximo, 48 horas, com exceção de crianças menores de dois anos, que, de acordo com o consenso brasileiro, devem permanecer em observação por 72 horas⁹.

O acompanhamento pós-alta com a decanulação realizada foi mencionado em apenas dois estudos^{21,27}. Em um deles²¹, há retorno depois de seis semanas para gerenciamento, e no outro²⁷, de três a quatro semanas.

A participação de uma equipe multidisciplinar, irrefutavelmente, pôde ser constatada, em que especialidades variadas como otorrinolaringologia, cirurgia de cabeça e pescoço, pediatria, pneumologia, endoscopistas, medicina do sono, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e psicologia são necessárias para os cuidados do paciente com traqueostomia, em especial, para a avaliação e tomada de decisão da decanulação.

A avaliação psicológica como parte do processo de decanulação foi mencionada em dois estudos^{14,23} já que aspectos emocionais como a ansiedade dos pais e transferência para a criança interferem nesse processo, impedindo-o ou retardando-o.

O Quadro 2 apresenta algumas características e os resultados dos estudos.

Quadro 2 – Amostra dos estudos: objetivo, instituição, tecnologia e resultados.

Estudo	Objetivo/Instituição	Resultados
A1	Identificar pacientes prováveis candidatos à decanulação, os fatores de falhas e determinar a duração mínima da internação para o processo de decanulação seguro. Great Ormond Street Hospital Children	Tecnologia: Protocolo institucional Avaliação endoscópica das vias aéreas, observação para tolerância a exercícios, ansiedade e aumento das secreções. Dia 1: redução do diâmetro interno da cânula para 3mm. Dia 2: oclusão da TQT por 12 horas diurnas, iniciando às 8 horas da manhã. Dia 3: oclusão do tubo por 24 horas iniciando pela manhã. Dia 4: retirada da TQT e cobertura do óstio com curativo impermeável. Dias 5, 6 e 7: observação na enfermaria. Dia 8: observação fora da enfermaria. Dia 9: alta hospitalar. Obs.: em crianças maiores, a redução do diâmetro acontece de modo gradativo, dia após dia, devido ao tamanho da cânula, podendo a internação durar cerca de 11 dias. Obs.: Avaliação psicológica. POPULAÇÃO: 84 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 79%
A2	Avaliar a decanulação em crianças atendidas em um hospital infantil universitário Egleston Children's Hospital na Emory University	Tecnologia: Protocolo institucional Endoscopia das vias aéreas (rígida e flexível), redução do tamanho da cânula, tamponamento, decanula. Monitoração por oximetria de pulso, às vezes por polissonografia. POPULAÇÃO: 177 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 16,9%

A3	<p>Descrever problemas particulares dessa faixa etária e sugestões para a decanulação segura.</p> <p>Great Ormod Street Hospital Children</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Avaliação endoscópica das vias aéreas.</p> <p>Dia 1: admissão. Redução do diâmetro interno da cânula para 3mm.</p> <p>Dia 2: oclusão da cânula por 12 horas. Se bem-sucedido, segue por mais 12 horas (noite).</p> <p>Dia 3: decanula. Realiza curativo oclusivo no óstio, observa na enfermaria.</p> <p>Dia 4: observa fora da enfermaria.</p> <p>Dia 5: alta hospitalar.</p> <p>Crianças < de 13 meses: Protocolo Modificado</p> <p>Obs. 1: inicialmente, redução do diâmetro interno para 2,5mm. Se tolerado por 24 horas, oclui e segue o protocolo padrão.</p> <p>Obs. 2: caso não haja tolerância com o diâmetro interno de 2,5mm, realizar decanulação direta com supervisão médica por meia hora, devendo o médico estar disponível durante todo o restante do dia.</p> <p>POPULAÇÃO: 04 crianças</p> <p>TAXA DE DECANULAÇÃO: sem referência.</p>
A4	<p>Esclarecer a decanulação pediátrica através do relato de experiência de um departamento institucional durante um período de 6 anos (1998 – 2003)</p> <p>Hippokratio General Hospital</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Videolaringoscopia rígida com avaliação da traqueostomia com a presença e ausência da cânula no momento do exame. Exame favorável segue com redução do diâmetro interno até o alcance de 3mm. Monitoramento por oximetria. Havendo tolerância por alguns minutos, oclusão da TQT com válvula fonatória. Observação noturna com decanulação no dia seguinte. Curativo oclusivo. Monitoramento por 48 horas na UTIP.</p> <p>Obs.: A redução do diâmetro é gradual, iniciando com diâmetro de 5mm menor e a cada dois dias, reduzindo 0,5mm.</p> <p>POPULAÇÃO: 07 crianças</p> <p>TAXA DE DECANULAÇÃO: 86%</p>

A5	<p>Melhorar o atendimento a pacientes pediátricos e adultos com tubos de traqueostomia</p> <p>American Academy of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery</p>	<p>Tecnologia: Consenso clínico internacional, recomendações</p> <p>Crianças ≥ de 2 anos: avaliação das vias aéreas com e laringoscopia flexível e broncoscopia, oclusão da TQT diurna por várias semanas, realização de PSG ou teste de exercício com oclusão da cânula ou teste noturno em ambiente hospitalar com TQT tampada de modo optativo.</p> <p>Crianças abaixo de dois anos: exames objetivos de avaliação das vias aéreas, e demais etapas a depender da criança (protocolo individualizado, já que o tamponamento pode não ser suportado).</p> <p>POPULAÇÃO: sem referência</p> <p>TAXA DE DECANULAÇÃO: sem referência</p>
A6	<p>Especificar as indicações e complicações da TQT em crianças < 18 anos</p> <p>Hôpital Robert-Debré</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Endoscopia com fibra óptica laringotraqueal, redução do calibre da cânula (um número abaixo ou diâmetro interno 0,5mm menor), oclusão, vigilância hospitalar por 48 horas consecutivas. Decanula caso a criança tolere.</p> <p>POPULAÇÃO: 57 crianças</p> <p>TAXA DE DECANULAÇÃO: 47%</p>
A7	<p>Avaliar o protocolo institucional. Determinar a taxa de sucesso de decanulação</p> <p>Royal Hospital for Sick Children</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Avaliação endoscópica das vias aéreas sob anestesia geral (Microlaringoscopia e broncoscopia).</p> <p>Dia 1: redução de calibre da cânula para diâmetro interno de 3mm - Observação por 24 horas.</p> <p>Dia 2: oclusão da cânula por 24 horas com monitoramento por PSG durante a noite.</p> <p>Dia 3: remoção da TQT e oclusão do estoma com fita adesiva impermeável.</p> <p>Observação por 48 horas na enfermaria, seguida de alta hospitalar.</p> <p>POPULAÇÃO: 45 crianças</p> <p>TAXA DE DECANULAÇÃO: 58%</p>

A8	<p>Avaliar a segurança e eficácia de um protocolo institucional que utiliza estudo do sono</p> <p>Riley Hospital for Children</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Avaliação endoscópica das vias aéreas por broncoscopia rígida ou flexível sob anestesia, devendo tolerar a decanulação durante o exame por 1 min. Polissonografia diurna (média 4hs) decanulada com o estoma coberto por curativo oclusivo, se resultados adequados, interna na enfermaria e segue PSG noturna. (Avaliar parâmetros respiratórios acordado e dormindo). Alta hospitalar no dia seguinte se resultado favorável.</p> <p>POPULAÇÃO: 189 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 98%</p>
A9	<p>Melhorias no cuidado com crianças traqueostomizadas.</p> <p>Children's Airway Center</p>	<p>Tecnologia: Consenso, protocolo institucional, diretrizes</p> <p>Endoscopia rígida e/ou flexível das VA em respiração espontânea e com sedação mínima, monitoramento FC, FR, SpO2 por 1 hora. Mantendo os parâmetros adequados em ar ambiente ou suplemento mínimo de O₂ por máscara nasal, retirada TQT. Segue com internação hospitalar de 24 a 48 horas com monitoramento por oximetria, na enfermaria. Alta com enfermagem domiciliar, oximetria de pulso e/ou monitoramento de apneia. Avaliação ambulatorial dentro de 06 semanas com pneumologista ou otorrino/cirurgião cabeça e pescoço.</p> <p>POPULAÇÃO: 142 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 86%</p>
A10	<p>Descrever um protocolo institucional para a decanulação de crianças traqueostomizadas há longa data, e discutir a segurança do mesmo quanto às falhas e sucesso da decanulação.</p> <p>Children's Hospital Institutional Review Board</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Laringoscopia cirúrgica e broncoscopia com sedação e respiração espontânea. Remoção da cânula no momento do procedimento ou no pós-operatório imediato (dentro de 24h). Se necessidade de procedimento operatório. O estoma é coberto com gaze temporariamente ou deixado descoberto. Observação noturna monitorada em UTIP com alta no dia seguinte.</p> <p>POPULAÇÃO: 35 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 94%</p>

A11	<p>Demonstrar a utilidade da polissonografia, com TQT ocluída, como exame complementar e como preditor objetivo do resultado da decanulação.</p> <p>Sydney Children's Hospitals Network</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Estado clínico adequado, preparação psicológica, avaliação das vias aéreas por endoscopia, redução progressiva do calibre da cânula para 3mm, oclusão com válvula fonatória com criança acordada; se tolerado, segue com oclusão formal da TQT com monitoramento de SpO₂. Segue para PSG "tampada" durante a noite, teste de decanulação.</p> <p>POPULAÇÃO: 30 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 87%</p>
A12	<p>Fornecer orientações quanto às etapas necessárias para a decanulação eficiente e segura a partir da experiência da instituição.</p> <p>Wake Forest University School of Medicine</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Uso de válvula fonatória diurna e oclusão da cânula (ideal) por 3 a 4 semanas sem presença de desconforto respiratório ou dessaturação.</p> <p>Polissonografia ocluída e endoscopia rígida das vias aéreas, decanulação e observação por 24 horas na enfermaria com oximetria.</p> <p>Exames adicionais podem ser realizados como a endoscopia do sono e laringoscopia.</p> <p>POPULAÇÃO: 46 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 98%</p>
A13	<p>Avaliar o desempenho de um protocolo de decanulação de traqueostomia pediátrica privilegiando a segurança.</p> <p>Luigi Sacco University Hospital</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Atendidos os pré-requisitos, inicia-se com a redução de calibre ou cânula sem <i>cuff</i>, oclusão da cânula por 3 a 7 dias com monitoramento de oximetria 24 horas, por dois dias não consecutivos, avaliação da deglutição por videoendoscopia e do reflexo de tosse. Retirada a cânula, mantém oximetria contínua por 24 horas em dois dias não consecutivos, avalia a tosse.</p> <p>Obs.: polissonografia e broncoscopia utilizadas apenas na presença de dificuldades respiratórias.</p> <p>POPULAÇÃO: 123 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 68,3%</p>

A14	<p>Gerar recomendações nacionais sobre os cuidados à criança traqueostomizada.</p> <p>Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPe) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)</p>	<p>Tecnologia: Consenso clínico nacional, recomendações, diretrizes</p> <p>Crianças >2 anos: avaliação endoscópica das vias aéreas, acordada e sedada, redução progressiva do tamanho da cânula, oclusão diurna domiciliar, oclusão noturna hospitalar. Decanulação em UTIP e observação por 24 horas na presença de comorbidades, seguindo observação hospitalar por 48 horas após decanulação.</p> <p>Crianças <2 anos: avaliação endoscópica das vias aéreas, não indicada oclusão da cânula, observação por 24 horas em UTIP independente de comorbidades, seguindo com observação hospitalar pós-decanulação por 72 horas.</p> <p>POPULAÇÃO: sem referência TAXA DE DECANULAÇÃO: sem referência</p>
A15	<p>Determinar a utilidade da polissonografia na decanulação de pacientes com lesões cerebrais e medulares.</p> <p>Kennedy Krieger Institute</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Pacientes internados para reabilitação Avaliação endoscópica das vias aéreas, oclusão com válvula fonatória, redução de diâmetro da cânula, criança em alerta inicia teste de tamponamento seguindo com oclusão contínua 24 horas, polissonografia com TQT ocluída. Decanula após avaliação multidisciplinar de consentimento (médico responsável, pneumologia, ORL, fonoaudiologia, medicina do sono). Observação na unidade por no mínimo 24 horas.</p> <p>POPULAÇÃO: 46 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 83%</p>
A16	<p>Reavaliar a eficácia de um protocolo para prever decanulação bem-sucedida de crianças com idade menor ou igual a 5 anos.</p> <p>Division of Pediatric Otolaryngology at the University of Iowa</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Endoscopia rígida das vias aéreas sob anestesia geral, colocação de cânula fenestrada, oclusão da cânula, observação de 12 a 24 horas com oximetria de pulso contínua, retirada da TQT. Realizado curativo oclusivo e observação por mais 12 horas monitorada por oximetria. Na ausência de sinais de obstrução, alta hospitalar. Acompanhamento ambulatorial pós-alta de 3 a 4 semanas após a decanulação.</p> <p>POPULAÇÃO: 23 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 85%</p>

A17	<p>Testar a hipótese de que crianças dependentes de traqueostomia com DBP em decanulação que realizaram PSG pré-decanulação têm uma taxa de sucesso de decanulação maior do que aquelas sem PSG pré-decanulação.</p> <p>Children's Hospital of Philadelphia</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Microlaringoscopia/broncoscopia rígida, às vezes endoscopia flexível das vias aéreas, redução de calibre da cânula, oclusão da TQT com observação domiciliar de 3 a 4 semanas durante vigília. Se tolerado, internação com TQT ocluída durante a noite em monitoramento, decanula e segue em observação de 24 a 48 horas na UTIP.</p> <p>Obs.: PSG realizada conforme médico sênior ou comorbidades subjacentes.</p> <p>POPULAÇÃO: 125 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 95% (com PSG)/92% (sem PSG).</p>
A18	<p>Avaliar as características de uma coorte pediátrica multicêntrica de pacientes traqueostomizados e identificar os fatores de sucesso da decanulação.</p> <p>Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre, RS), Hospital da Criança Santo Antônio (Porto Alegre, RS), Hospital Estadual de Sumaré (São Paulo, SP) e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Goiânia, GO)</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Avaliação endoscópica das vias aéreas, redução de calibre da cânula, oclusão sem período determinado. Havendo tolerância com padrão respiratório adequado, decanula. Observação de 24 a 48 horas após a retirada da traqueostomia.</p> <p>Exceção ao protocolo: Decanulação direta: diante da necessidade de procedimento cirúrgico para a reconstrução laringotraqueal em estágio único; e crianças pequenas que não suportam redução de diâmetro.</p> <p>POPULAÇÃO: 160 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 22,5%</p>
A19	<p>Determinar os fatores preditivos para uma decanulação segura fora de uma unidade de terapia intensiva.</p> <p>Starship Children's Hospital</p>	<p>Tecnologia: Protocolo institucional</p> <p>Exame objetivo de laringobroncoscopia, avaliação endoscópica das VA estática e dinâmica sob anestesia geral, com remoção da cânula e oclusão do estoma para avaliação dinâmica. Na enfermaria: desinsuflação do <i>cuff</i>, redução de calibre da cânula, válvula fonatória, oclusão seguindo com decanulação, em geral na UTIP.</p> <p>POPULAÇÃO: 131 crianças TAXA DE DECANULAÇÃO: 83,5%</p>

Fonte: Elaboração das autoras.

Legenda: TQT – traqueostomia; UTIP – unidade de terapia intensiva pediátrica; PNM – pneumonia; PSG – polissonografia; SPO2 – saturação de oxigênio no sangue; ORL – otorrinolaringologia; VA – vias aéreas.

DISCUSSÃO

A prontidão para a decanulação leva em conta as características individuais de cada paciente e o processo depende de condições clínicas essenciais para que se considere o paciente possivelmente decanulável. A primeira e principal consideração exige a resolução da indicação inicial da traqueostomia, sendo consonante entre todos os estudos revisados, assim como a patência das vias aéreas^{7,10}.

Outros critérios também importantes são referidos: a não dependência de ventilação mecânica^{7,20,27}; comorbidades cardíaca, pulmonar ou condições neurológicas devem estar melhoradas ou resolvidas^{7,15}; a necessidade de traqueostomia para toailete pulmonar^{9,10}; a ausência de eventos de aspiração e estagnações de secreção^{10,25,27}; a necessidade da traqueostomia contínua nos casos de planejamento cirúrgico que possa afetar as vias aéreas¹⁵; e ganho de peso e crescimento adequados²⁰. A necessidade de oxigênio suplementar via máscara nasal não deve ser considerada impeditiva se via aérea adequada^{7,15,20,23}.

A literatura disponível apresenta protocolos desde a década de 80. O protocolo do Great Ormond Street Hospital¹⁴ teve seu início no ano de 1983. No seu algoritmo, observada a patência das vias aéreas satisfatória seguia com o método de redução de calibre e oclusão da cânula¹⁴.

A utilização desse método de reduzir e tamponar a traqueostomia favorece a aclimação das vias aéreas, funcionando como testagem da reserva aérea da criança e predizendo o sucesso da decanulação¹⁶. Essa estratégia é compartilhada por vários protocolos^{9,15,18,25}, embora não seja universal⁷.

Com opinião contrária, Wirtz et al.²² acreditam que o exame endoscópico operatório, laringobroncoscopia direta, com o paciente em respiração espontânea, é uma avaliação superior para a decisão de decanular, e que a oclusão da cânula não tem representação fisiológica das vias aéreas. Desse modo, adotam um método de decanulação direta, se vias aéreas estiverem adequadas.

Apesar de defender o método de redução de calibre e oclusão da cânula, Kubba et al.¹⁶ sugerem a decanulação direta para crianças menores de 13 meses de idade, caso não haja tolerância com uma cânula de diâmetro interno de 2,5 mm.

A declaração de consenso clínico internacional da Academia Americana de Otorrinolaringologia-Cirurgia de Cabeça e Pescoço¹⁰ refere que crianças muito pequenas, podem não tolerar a oclusão da cânula, antes da decanulação, devido ao tamanho da traqueia. Nesses casos, deve-se individualizar o protocolo. A manutenção do tubo de traqueostomia ocluído por várias semanas durante o dia, com a tampa retirada à noite é válida para a faixa etária pediátrica a partir de dois anos de idade¹⁰.

O consenso nacional da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica e Sociedade Brasileira de Pediatria (ABOPe-SBP) compartilha da

mesma abordagem, e recomenda a observação por 72 horas pós-decanulação, em unidade de terapia intensiva, para crianças menores de dois anos⁹.

Seligman et al.²⁷ reavaliaram um método que difere dos demais, ao usar uma cânula fenestrada ocluída a partir da modificação do modelo original, ou seja, personalizada e de acordo com a anatomia da criança, uma vez que tubos fenestrados não estão disponíveis para essa população⁷. Como crianças pequenas apresentam vias aéreas de pequeno calibre, a cânula fenestrada permite um teste de oclusão²⁷. Porém, a presença de riscos como a fratura do tubo, granulações entrando no tubo e direcionamento incorreto dos cateteres de aspiração foram mencionados¹⁶.

Associados ao método de redução de calibre e/ou oclusão do tubo de traqueostomia, alguns protocolos^{17,23,24,26,30} apontam o uso de válvula fonatória e de deglutição como a escolha inicial para retorno gradativo da fisiologia das vias aéreas, principalmente a nível laríngeo. Esta, permite fluxo expiratório sobre as pregas vocais, facilitando a fonação e restabelecendo a pressão aérea subglótica, implicando na melhoria da habilidade de deglutição^{7,9,10}.

O descarte de risco de pneumonia aspirativa, assim como o de acúmulo de secreção em região faringolaríngea, são pré-requisitos para a decanulação^{7,10,25} e estão associados diretamente a distúrbios de deglutição. A avaliação da presença da disfagia por profissional especializado, fonoaudiólogo, assume papel relevante no processo de decanulação.

No estudo de Pozzi et al.²⁵, com uma amostra composta de 123 crianças traqueostomizadas, 116 (93,5%) eram disfágicas. Em outro estudo²⁴, os autores relataram que 50% dos pacientes incluídos na amostra necessitaram de sonda de gastrostomia devido à presença de aspiração laringotraqueal. Exames objetivos de endoscopia da deglutição apareceram de modo limitado nos estudos revisados.

Os exames objetivos para a avaliação da anatomia e funcionalidade das vias aéreas são de extrema importância na investigação da condição para a decanulação. A avaliação formal por laringobroncoscopia direta sob anestesia geral é incontestável, pois além de diagnóstica, permite o tratamento terapêutico das vias aéreas^{7,22,29}. A ausência desse exame é considerada fator de contraindicação à decanulação, de acordo com o consenso da ABOPe-SBP⁹. Essa avaliação é requerida

para verificar qualquer colapso ou obstrução na via aérea e tecidos de granulação supraestomal, se presentes, devem ser removidos^{7,9,10,15,22}.

Outro exame objetivo também incluído nos protocolos é a polissonografia com a traqueostomia ocluída (estudo do sono limitado), com a finalidade de confirmação da perviabilidade da via aérea, principalmente durante o sono noturno. A permeabilidade das vias aéreas superiores é mantida pelo tônus muscular da faringe e, durante o sono, há um significativo relaxamento da musculatura, principalmente nos períodos da fase REM, o que pode levar a um colapso parcial combinado com malícia ou estenose no local da traqueostomia²³.

Nesse exame, os parâmetros de índices de apneia-hipopneia (IAH), de oxigenação e de hipoventilação devem ser levados em consideração para que se alcance uma decanulação bem-sucedida²⁰. Esses índices foram preditores-chave no estudo de Lee et al.²³ para o resultado da decanulação, identificando os pacientes propícios a falhas e aqueles que se beneficiariam com a suplementação de O₂ por máscara nasal após decanulados.

Contudo, o uso da polissonografia permanece discutível, pois tem custo elevado e não estar disponível em todos os centros pediátricos^{1,7,23,27,28}. Assim, observa-se a oximetria de pulso contínua como a opção mais rotineira nos protocolos dos estudos revisados para a observação do padrão respiratório. Além de ser uma alternativa mais econômica, também detecta eventos de dessaturação e episódios de apneia-hipopneia²⁷.

A internação do paciente para a retirada da traqueostomia e observação após o procedimento é divergente quanto ao tempo e ao local adequado, variando de 24 a 48 horas, desde as enfermarias até as unidades de terapia intensiva (UTI). Vários estudos enfatizam a importância da internação na UTI devido a um melhor monitoramento e presença de médicos e enfermeiros experientes no gerenciamento das vias aéreas pediátricas^{9,17,22,28,30}, porém, devido aos recursos mais elevados, isso pode resultar em atrasos para a decanulação das crianças que já estejam prontas³⁰.

Aponta-se a importância de equipe multidisciplinar para os cuidados com o paciente traqueostomizado, de modo especial, na avaliação para a prontidão da decanulação. A equipe multidisciplinar permite a tomada de decisão por consenso e evita atrasos associados a várias avaliações²¹.

CONCLUSÃO

As tecnologias existentes para a decanulação de crianças são protocolos institucionais desenvolvidos a partir da experiência clínica de especialistas, do perfil das instituições e das características clínicas dos pacientes, já que crianças com traqueostomia compõem uma população complexa e heterogênea.

Apesar da variação das práticas entre as instituições, os exames endoscópicos, a redução do diâmetro da cânula e testes de oclusão, são comuns, e a polissonografia, mesmo tendo um papel importante, e complementar os exames endoscópicos, nem sempre é viável.

A presença de uma equipe multidisciplinar experiente no manejo do paciente traqueostomizado, assim como protocolos padronizados, são fatores fundamentais para melhorar a qualidade do atendimento e prever o sucesso da decanulação de forma segura.

As limitações desta revisão são devidas aos tipos de estudos incluídos, limitando-se a séries de casos, revisões retrospectivas e opiniões de especialistas, com as evidências não sistematizadas e construção das tecnologias baseadas em recomendações. Há necessidade de pesquisas futuras com estudos randomizados para melhores evidências desta temática.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Marinisi Sales Aragão Santos contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo, a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Ana Paula Agostinho Alencar** contribuiu com a concepção, delineamento do estudo e revisão crítica do manuscrito. **Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho** contribuiu com a orientação, delineamento do estudo, a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Flanagan F, Healy F. Tracheostomy decision making: From placement to decannulation. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2019;101037. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.101037>
2. Itamoto CH, Lima BT, Sato J, Fujita RR. Indicações e complicações de traqueostomia em crianças. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(3):326-31. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000300010>

3. Ricz HMA, Filho FV de M, Freitas LCC de, Mamede RCCM. Traqueostomia. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2011;44(1):63-9. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v44i1p63-69>
4. Muller RG, Mamidala MP, Smith SH, Smith A, Sheyn A. Incidence, Epidemiology, and Outcomes of Pediatric Tracheostomy in the United States from 2000 to 2012. *Otolaryngol head neck surg.* 2018;160(2):332-8. <https://doi.org/10.1177/0194599818803598>
5. Brasil. Informações de Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Pesquisa em banco de dados TABNET [document on the Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 May 21]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br>
6. Roberts J, Powell J, Begbie J, Siou G, McLarnon C, Welch A, et al. Pediatric tracheostomy: A large single-center experience. *Laryngoscope*. 2019;5(5):130. <https://doi.org/10.1002/lary.28160>
7. Watters KF. Tracheostomy in Infants and Children. *Resp Care*. 2017;62(6):799-825. <https://doi.org/10.4187/respcare.05366>
8. Pandian V, Miller CR, Schiavi AJ, Yarmus L, Contractor A, Haut ER, et al. Utilization of a standardized tracheostomy capping and decannulation protocol to improve patient safety. *Laryngoscope*. 2014;124(8):1794-800. <https://doi.org/10.1002/lary.24625>
9. Avelino MAG, Maunsell R, Valera FCP, Lubianca Neto JF, Schweiger C, Miura CS, et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017;83(5):498-506. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.06.002>
10. Mitchell RB, Hussey HM, Setzen G, Jacobs IN, Nussenbaum B, Dawson C, et al. Clinical Consensus Statement. *Otolaryngol head neck surg.* 2012;148(1):6-20. <https://doi.org/10.1177/0194599812460376>
11. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Trico A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. *JBI evid synth*; 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
12. Galvão TF, Pansani TSA. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 13];24(2):335-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335
13. Esteitie, R. Fundamentos de pesquisa clínica. Porto Alegre: AMGH Editora; 2015.
14. Waddell A, Appleford R, Dunning C, Papsin BC, Bailey C. The Great Ormond Street protocol for ward decannulation of children with tracheostomy: increasing safety and decreasing cost. *1997;39(2):111-8*. [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(96\)01473-5](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(96)01473-5)
15. Gray RF, Todd NW, Jacobs IN. Tracheostomy Decannulation in Children: Approaches and Techniques. *Laryngoscope*. 1998;108(1):8-12. <https://doi.org/10.1097/00005537-199801000-00002>
16. Kubba H, Cooke J, Hartley B. Can we develop a protocol for the safe decannulation of tracheostomies in children less than 18 months old? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004;68(7):935-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2004.02.009>
17. Kontzoglou G, Petropoulos I, Noussios G, Skouras A, Benis N, Karagiannidis K. Decannulation in children after long-term tracheostomy. *B-ENT* [Internet]. 2006 [cited 2021 Jul 23];2(1):13-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16676841/>
18. Nassif C, Zielinski M, Francois M, van den Abbeele T. Tracheotomy in children: A series of 57 consecutive cases. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2015;132(6):321-5. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.08.035>
19. Beaton F, Baird TA, Clement WA, Kubba H. Tracheostomy decannulation at the Royal Hospital for Sick Children in Glasgow: Predictors of success and failure. *International J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016;90:204-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.07.013>
20. Cristea AI, Jalou HE, Givan DC, Davis SD, Slaven JE, Ackerman VL. Use of polysomnography to assess safe decannulation in children. *Pediatr Pulmonol*. 2016;51(8):796-802. <https://doi.org/10.1002/ppul.23395>
21. Abode KA, Drake AF, Zdanski CJ, Retsch-Bogart GZ, Gee AB, Noah TL. A Multidisciplinary Children's Airway Center: Impact on the Care of Patients With Tracheostomy. *Pediatrics*. 2016;137(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0455>
22. Wirtz N, Tibesar RJ, Lander T, Sidman J. A Pediatric Decannulation Protocol. *Otolaryngol head neck surg.* 2016;154(4):731-4. <https://doi.org/10.1177/0194599816628522>
23. Lee J, Soma M, Teng A, Ganesh Thambipillay, Waters KA, Cheng A. The role of polysomnography in tracheostomy decannulation of the paediatric patient. 2016;83:132-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.01.034>

24. Maslan JT, Feehs KR, Kirse DJ. Considerations for the successful decannulation of the pediatric patient: A single surgeon's experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017;98:116-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2017.04.038>

25. Pozzi M, Galbiati S, Locatelli F, Clementi E, Strazzer S. Performance of a tracheostomy removal protocol for pediatric patients in rehabilitation after acquired brain injury: Factors associated with timing and possibility of decannulation. *Pediatr Pulmonol.* 2017;52(11):1509-17. <https://doi.org/10.1002/ppul.23832>

26. Morrow AK, Tunkel DE, Collaco JM, McGrath Morrow SA, Lam JC, Accardo JA, et al. The role of polysomnography in decannulation of children with brain and spinal cord injuries. *Pediatr Pulmonol.* 2018;54(3):333-41. <https://doi.org/10.1002/ppul.24208>

27. Seligman KL, Liming BJ, Smith RJH. Pediatric Tracheostomy Decannulation: 11-Year Experience. *Otolaryngol head neck surg.* 2019;161(3):499-506. <https://doi.org/10.1177/0194599819842164>

28. Quinlan C, Piccione J, Kim JH, Beck SE, Brooks LM, Chandy Patel R, et al. The role of polysomnography in tracheostomy decannulation of children with bronchopulmonary dysplasia. *Pediatr Pulmonol.* 2019;1;54(11):1676-83. <https://doi.org/10.1002/ppul.24474>

29. Schweiger C, Manica D, Lubianca Neto JF, Sekine L, Krumenauer R, Caixeta JA, et al. Determinants of successful tracheostomy decannulation in children: a multicentric cohort study. *J Laryngol Otol.* 2020;134(1):63-7. <https://doi.org/10.1017/S0022215119002573>

30. Canning J, Mills N, Mahadevan M. Pediatric Tracheostomy Decannulation: When can decannulation be performed safely outside of the intensive care setting? A 10 year review from a single tertiary otolaryngology service. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;109986. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.109986>

FATORES INTERVENIENTES NA ACESSIBILIDADE DE PRETOS E PARDOS AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

INTERVENING FACTORS IN THE ACCESSIBILITY OF BLACK AND BROWN PEOPLE TO PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW
FACTORES INTERVINIENTES EN LA ACCESIBILIDAD DE NEGROS Y PARDOS A LOS CUIDADOS PRIMARIOS A LA SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA

Maria Tereza Leite Mariano ¹

Esther Alves Fernandes ²

Marcelo Costa Fernandes ³

Como Citar:

Mariano MTL, Fernandes EA, Fernandes MC. Fatores intervenientes na acessibilidade de pretos e pardos aos cuidados primários à saúde: revisão integrativa. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; População Negra; Saúde Pública.

Descriptors:

Access to Health Services; Primary Health Care; Black Population; Public Health.

Descriptores:

Acceso a los Servicios de Salud; Atención Primaria a la Salud; Población Negra; Salud Pública.

Submetido:

02/06/2021

Aprovado:

22/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Maria Tereza Leite Mariano
Rua Manoel Araújo, n.º 1334,
São José de Piranhas, PB
CEP: 58940000
E-mail: terezamleitemariano@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou analisar os fatores intervenientes na acessibilidade da população negra na Atenção Primária à Saúde com base na literatura científica. Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa, a qual utilizou as bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SCOPUS, Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Os critérios de inclusão foram: tratar-se de artigo original; publicações dos últimos cinco anos; nos idiomas português, inglês e espanhol; disponível na íntegra; e responder à pergunta norteadora. Incluíram-se nove artigos na amostra e a análise dos resultados ocorreu de forma descritiva. Os resultados apontaram para questões intervenientes na acessibilidade, dispostas em quatro categorias: crenças e costumes; conhecimentos relacionados à saúde; fatores socioeconômicos; e barreiras institucionais. É fato que a população negra continua enfrentando consequências do racismo, discriminação e desigualdade, o que revela a importância do amparo dos mecanismos provenientes de gestores. Dessa forma, o presente estudo reuniu pesquisas que espelham as atuais demandas da população supracitada, como a necessidade da formação de profissionais mais capacitados culturalmente, de alicerces para o alcance da equidade e de mecanismos eficientes que combatam o racismo institucional.

1. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (LATICS). E-mail: terezamleitemariano@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3835-2285>

2. Graduanda em Enfermagem pela UFCG. Membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde. E-mail: alvesesther632@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8053-4683>

3. Enfermeiro pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Docente da UFCG. Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (LATICS). E-mail: celo_cf@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1626-3043>

ABSTRACT

This study aimed to analyze the intervening factors in the Primary Health Care accessibility of the black population based on the scientific literature. This is an integrative review with a qualitative approach, which used the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SCOPUS, Web of Science and Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. The inclusion criteria were: original article; publications during the last five years; in Portuguese, English, and Spanish; available in full text; and that answered the guiding question. Nine articles were included in the sample and the result analysis was descriptive. The results pointed to intervening issues in accessibility, arranged in four categories: beliefs and customs; health-related knowledge; socioeconomic factors; and institutional barriers. It is a fact that the black population continues to face the consequences of racism, discrimination, and inequality, revealing the importance of supporting mechanisms from managers. Thus, the present study gathered research that mirrors the current demands of the aforementioned population, such as the need of training more culturally qualified professionals, foundations for achieving equity, and efficient mechanisms to fight institutional racism.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar los factores intervinientes en la accesibilidad de la población negra en la Atención Primaria a la Salud basado en la literatura científica. Se trata de una revisión integrativa de abordaje cualitativa, la cual utilizó las bases de datos Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, SCOPUS, Web of Science y Literatura Latinoamericana y de Caribe en Ciencias de la Salud. Los criterios de inclusión fueron: tratarse de artículos originales; publicaciones de los últimos cinco años; en el idioma portugués, inglés y español; disponibles en la íntegra; y responder a la pregunta que orienta. Se incluyeron nueve artículos en la muestra y el análisis de los resultados ocurrió de forma descriptiva. Los resultados llevaron hacia cuestiones intervinientes en la accesibilidad, dispuestas en cuatro categorías: creencias y costumbres; conocimientos relacionados a la salud; factores socioeconómicos; y barreras institucionales. Es cierto que la población negra sigue enfrentando consecuencias del racismo, discriminación y desigualdad, lo que revela la importancia del amparo de los mecanismos que provienen de gestores. De esa forma, el presente estudio reunió investigaciones que espejan las actuales demandas de la población mencionada, como la necesidad de la formación de profesionales más capacitados culturalmente, de pilares para lograrse la equidad y mecanismos eficaces que combatan el racismo institucional.

INTRODUÇÃO

Historicamente a população preta e parda vivenciou e continua vivenciando diversos impasses e obstáculos diante dos direitos sociais garantidos aos cidadãos de uma nação. Porém, o fato de ideias racistas permanecerem na sociedade e serem transpassadas para as instituições de saúde, somado à ausência de serviços oferecidos pelo Estado, corrobora para que esse segmento populacional continue enfrentando barreiras no acesso à rede de atenção à saúde.

Cuidados primários dizem respeito aos serviços e intervenções indispensáveis de primeiro nível e ambulatoriais destinados às populações menos favorecidas. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se ao primeiro contato do sujeito com o Sistema Único de Saúde (SUS), é uma ferramenta do sistema público de saúde para complementar o combate às iniquidades, o que a torna fundamental e de grande importância, uma vez que é onde o cuidado

se inicia, além de assegurar sua continuidade vinculada às equipes de saúde da família¹.

No cenário brasileiro, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), os pretos representavam cerca de 9,1% da população em 2021, os pardos 47% e os brancos 43%². Outros países do continente americano também contam com a presença considerável dessa população, a exemplo dos Estados Unidos da América (EUA), em que o número de pretos ultrapassava 46,9 milhões em 2020³. Embora represente um grande contingente nesses países e no mundo, esse segmento populacional ainda enfrenta cenários excludentes.

No contexto da atenção à saúde, ainda se perpetua o racismo institucional, que é definido como a incapacidade de instituições e organizações em promoverem um serviço de qualidade ou igualitário em virtude de fatores associados à cor, raça ou etnia; sendo assim, apresenta-se como outro empecilho no acesso à saúde, divergindo do contexto de acessibilidade defendido por lei⁴.

Apesar da criação de algumas políticas e programas que visam diminuir as iniquidades, a discrepância nos determinantes de saúde entre a população preta e a branca ainda é uma realidade. Na pandemia, por exemplo, esse recorte populacional apresentava a maior taxa de mortalidade por covid-19 nos EUA, além de constituir maior percentil sem plano de saúde e de crianças com baixo peso ao nascer⁵.

Acredita-se que identificar os fatores intervenientes na acessibilidade da população negra possa contribuir para o direcionamento de ações estratégicas que partem de uma ótica equânime, gerar evidências para sensibilizar e aperfeiçoar profissionais em práticas voltadas ao cuidado em saúde, bem como abordar novos temas potenciais a serem aprofundados em outras pesquisas. Dessa forma, o referido público teria significativas melhorias no âmbito do acesso aos serviços de saúde, o que pode refletir na inclusão, qualidade da saúde e, conseqüentemente, de vida. Para fins desta pesquisa, os dados quantitativos foram expressos de forma a separar a população preta e parda, mas, para fins de nomenclatura, considera-se o termo “negro”.

Para tanto, o objetivo da pesquisa é analisar os fatores intervenientes na acessibilidade dos pretos e pardos aos cuidados primários à saúde, com base na literatura científica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa e cunho descritivo, método fundamental no campo da saúde. Embora existam variáveis na estrutura da revisão integrativa, o presente estudo optou por seguir os seguintes passos⁶:

I) Identificação da Questão de Pesquisa: o estudo teve como pergunta norteadora: “Quais os fatores intervenientes na acessibilidade da população negra na Atenção Primária à Saúde, com base na literatura científica?”

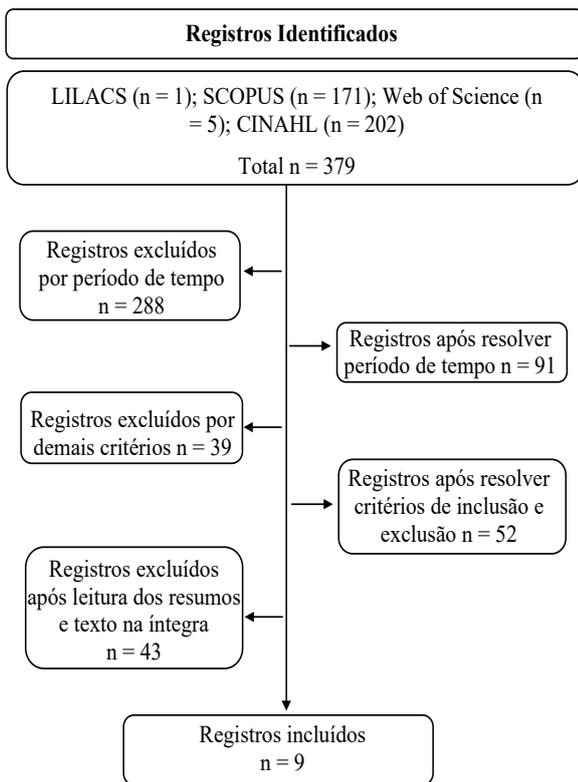
II) Busca na Literatura: a busca foi realizada no mês de agosto de 2020, nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Com a intenção de obter a maior abrangência possível de resultados, utilizaram-se palavras-chave cadastradas no Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português, espanhol e inglês, agrupadas pelo operador booleano AND. A estratégia

de investigação se deu da seguinte forma: nas bases CINAHL, SCOPUS e Web of Science, utilizou-se o entrecruzamento das palavras-chave “Primary Health Care” AND “African Continental Ancestry Group”. No LILACS, mesclaram-se os seguintes descritores, nos idiomas português e inglês: “Atenção Primária à Saúde” AND “Grupo com Ancestrais do Continente Africano”; “Primary Health Care” AND “African Continental Ancestry Group”; “Atención Primaria de Salud” AND “Grupo de Ascendência Continental Africana”. Como critérios de elegibilidade foram considerados os artigos originais, terem sido publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês e espanhol; estarem disponíveis na íntegra, abordarem a temática do estudo e oferecerem evidências para responder à pergunta norteadora. Foram desconsiderados artigos duplicados e aqueles que abordavam a população negra na Atenção Primária à Saúde, mas não especificam os elementos que favorecem ou contribuem no acesso a esse cenário de atenção.

III) Definição das Informações a Serem Extraídas dos Estudos Selecionados: para melhor análise e aprofundamento dos estudos selecionados foi utilizado um instrumento contendo as seguintes informações: identificação; tipo de publicação (área); características metodológicas; tratamento dos dados; intervenções realizadas; resultados; implicações; e nível de evidência. Ressalta-se que a literatura aponta diferentes direcionamentos quanto ao desenvolvimento de etapas na revisão de literatura, todavia é importante manter uma sistematização metodológica para que seja possível estabelecer rigor metodológico⁷.

O nível de evidência foi considerado de acordo com a classificação hierárquica elencada pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁸. Os caminhos percorridos nas bases anteriormente citadas e os motivos das exclusões encontram-se representados na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma demonstrativo da seleção da amostra



Fonte: Elaborado pelos autores.

IV) Interpretação dos Resultados: as informações contidas nos artigos foram elencadas em quatro tópicos: crenças e costumes; conhecimento relacionado à saúde; fatores socioeconômicos; e barreiras institucionais. As diferentes abordagens e origens dos estudos permitiram a observação em um recorte amplo, no que diz respeito às informações obtidas e seus contextos. Esta também se torna importante para o direcionamento da discussão, uma vez que é necessário que se faça a busca de artigos relacionados ao tema⁹.

V) Apresentação da Revisão: foi possível reunir, analisar, comparar e discutir a respeito dos fatores intervenientes na acessibilidade da população negra na Atenção Primária à Saúde de maneira esclarecedora.

RESULTADOS

Os países de origem dos estudos estavam distribuídos da seguinte forma: Estados Unidos da América, sete artigos, equivalente a 77,8%¹⁰⁻¹⁶; Brasil, um artigo, correspondendo a 11,1%¹⁷; e Reino Unido também com um artigo, representando

11,1%¹⁸. Quanto ao nível de evidência dos artigos selecionados, 22,2% são de nível 3^{10,18}, enquanto 55,5% são de nível 4^{11,12,15-17} e 22,2% são de nível 5^{13,14}.

Após a leitura dos artigos selecionados neste estudo, observaram-se as seguintes temáticas mais recorrentes acerca da acessibilidade da população negra na Atenção Primária à Saúde: conhecimento relacionado à saúde^{10-12,18}; custos com os serviços de saúde¹¹⁻¹³; questões linguísticas^{10,12,18}; discriminação^{12,14,15}; não possuir seguro de saúde^{10,12,16}; baixa renda^{11,13} cultura e religião^{17,18}; desconfiança na relação médico-paciente^{11,13}; dificuldades de acesso a transportes^{11,17}; desemprego¹²; problemas estruturais nos serviços de saúde¹⁷. A partir de tais temáticas, foram criadas quatro categorias de discussão, as quais serão melhor detalhadas: crenças e costumes; conhecimentos relacionados à saúde; fatores socioeconômicos; e barreiras institucionais. O Quadro 1 ilustra a caracterização dos artigos selecionados para a amostra.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados para compor a amostra quanto ao autor principal e principais resultados.

Autor principal	Principais resultados
Ahad et al. ¹⁰	Em comparação com mulheres afro-americanas semelhantes, os imigrantes africanos tinham 73% menos probabilidade de ter provedores de saúde regulares.
Martinez et al. ¹¹	Os médicos de serviços primários são apontados como um recurso confiável para os pacientes receberem tratamento, mas lamentam a falta de um mecanismo para obter informações sobre o tratamento.
Ndikum-Moffor et al. ¹²	Falta de trabalho, despesas médicas, barreiras linguísticas, discriminação e creche são os principais problemas sociais enfrentados pelas participantes. A proporção de participantes (40%) que fizeram mamografia nos primeiros dois anos foi inferior à média nacional (73,2%) para as mulheres afro-americanas.

Arnett et al. ¹³	Em comparação com os brancos, os afro-americanos são mais propensos a usar o departamento de emergência e departamentos ambulatoriais de hospitais, em vez de cuidados primários. Ainda existem diferenças raciais na utilização de departamento ambulatorio hospitalar.
Squires et al. ¹⁴	A análise de regressão logística não encontrou impacto direto de discriminação ou identidade racial nos resultados.
Wisniewski et al. ¹⁵	No modelo ajustado, os negros têm 44% mais probabilidade de serem questionados sobre seu <i>status</i> de seguro do que os brancos. Os negros e hispânicos tiveram seus compromissos marcados para mais tarde do que os brancos.
Levy et al. ¹⁶	Em comparação com aqueles que visitaram instituições médicas primárias (53%) e unidades de cuidados agudos (44%), 60% acessaram clínicas comunitárias, 21% acessaram cuidados primários e 36% em cuidados intensivos.
Rezende ¹⁷	Os resultados revelaram questões estruturais e territoriais que constituem obstáculos para a efetivação de encontros entre os profissionais e os usuários, assim como para as práticas profissionais.
Alexakis et al. ¹⁸	Foi identificada a dificuldade do caminho para um diagnóstico formal e o impacto da Doença Inflamatória Intestinal (DII) na educação. Os jovens também experimentaram tensões entre estratégias eficazes de autogestão e normas e práticas culturais relacionadas à alimentação.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A partir da análise da amostra emergiram quatro categorias, já mencionadas anteriormente, e que incluíram os diversos impasses na acessibilidade e cuidados na Atenção Primária à Saúde constatados e consideraram as temáticas recorrentes apontadas anteriormente.

Crenças e costumes

No tocante às crenças e costumes, encontrou-se a necessidade de gerar capacitações voltadas ao cuidado em saúde culturalmente competente para um atendimento sensível às especificidades da população negra e de minorias étnicas. Em uma investigação com jovens negros com diagnósticos de Doença Inflamatória Intestinal, na qual a prevalência entre os negros tem sido ampliada, os usuários enfrentaram tensões em virtude da tomada de decisão ocorrer sem considerar as associações entre a alimentação e as práticas culturais e religiosas. Além disso, essa necessidade afetou a aptidão da família em fornecer apoio aos jovens, pelo fato de não receberem dos profissionais informações suficientes do ponto de vista cultural para corresponderem às necessidades do grupo familiar¹⁸.

Nesse sentido, em um estudo com a população quilombola no Brasil, identificou-se que os enfermeiros consideraram como principal obstáculo para o atendimento equânime a dificuldade em estarem aptos a reconhecerem as crenças religiosas e valores culturais do indivíduo e, assim, efetivar ações de cuidado respeitando as especificidades e particularidades apropriadas para aquela população¹⁷.

Um estudo realizado no Brasil com o objetivo de relatar a experiência no atendimento prestado aos imigrantes haitianos no contexto da APS evidenciou entre as potencialidades percebidas pelos profissionais a facilidade de formar vínculos, baixo absenteísmo e busca pelo atendimento. Já no que tange aos desafios, foram relatadas dificuldades para comunicação por diferenças linguísticas, bem como a atuação diante de especificidades culturais. Um exemplo citado quanto às diferenças culturais é o costume que os casais possuem de manter abstinência sexual após a chegada dos filhos, o que fez com que a oferta de métodos contraceptivos nesse período tenha sido vista com estranhamento¹⁹.

Conhecimento Relacionado à saúde

Outra questão levantada é a falta de conhecimento relacionado à saúde. Mulheres negras imigrantes africanas apresentam um nível menor de instrução em saúde quando comparadas a negras não imigrantes. Não obstante, essa barreira dificulta a adesão ao tratamento em alguns casos, principalmente quando o vínculo com o profissional se encontra fragilizado ou inexistente¹⁰. Considerando tal condição, a amostra aponta para a importância da informação culturalmente moldada, levando em consideração fatores como idioma, religião e costumes¹⁸.

Um estudo realizado no âmbito da APS no Brasil objetivou investigar fatores relacionados à percepção de saúde de uma população quilombola da região Sul. Os resultados mostraram que havia uma percepção distorcida acerca dos conceitos de saúde/doença, como polos opostos, sendo a doença vista como barreira incapacitante ao trabalho. Outrossim, o autocuidado foi visto pelos entrevistados como algo intimamente ligado aos recursos biomédicos, como medicamentos, exames e consultas, estando ligado mais ao profissional de saúde do que à responsabilidade do usuário. As falas demonstraram que os indivíduos reconhecem a influência da cultura e do ambiente no qual se inserem sobre sua saúde, bem como a existência de discriminação por parte da população local motivada por questões culturais²⁰.

Vale citar, como instrumento que interliga a comunidade, em grande parte negra, com espaços de informação e educação em saúde, os terreiros de Umbanda. Nesses locais existe vínculo e acolhimento da população, fazendo com que aqueles que os buscam se sintam mais esperançosos e alicerçados. Há diálogos, orientações e tratamentos, que podem incluir chás, ervas e diversos mecanismos que, muitas vezes, são usados em complemento com o tratamento médico, funcionando como potenciais práticas integrativas; outras, são usadas com exclusividade. Desse modo, destaca-se a importância da comunicação entre lideranças umbandistas e profissionais de saúde para a troca de saberes e promoção da interculturalidade em saúde²¹.

Fatores socioeconômicos

Fatores socioeconômicos estiveram ligados diretamente à acessibilidade do grupo em questão; os estudos evidenciam fatores inerentes à problemática perceptíveis nas diversas nações, autores trouxeram

o fator baixa renda como possível barreira^{11,13}.

No Brasil, apesar do Sistema Único de Saúde, a literatura aponta para iniquidades de acesso à população mais vulnerável. Entre os achados, demonstra-se que residir nas regiões Norte e Nordeste e não possuir plano privado de saúde são fatores associados significativamente com o acesso precário aos serviços de saúde²².

Aprofundando-se no tema, é nítido que a população preta e parda constitui a maior parcela de trabalhadores no Brasil, o que em 2018 representava cerca de 57,7 milhões de pessoas. No entanto, o número de pessoas inseridas no mercado de trabalho informal, quando comparadas as raças, é indiscutivelmente maior no grupo supramencionado. Além disso, a renda mensal também apresenta discrepâncias quando analisadas por recorte de raça; nesse sentido, pessoas brancas, em 2018, possuíam um salário 73,9% superior ao das pretas ou pardas, o que explicita a desigualdade salarial no Brasil e pode explicar o grande número de pessoas negras com menor *status* socioeconômico²³. Infere-se, nesse âmbito, que a realidade econômica da população negra reflete na sua saúde.

A dificuldade de acesso é influenciada por diferentes fatores em diferentes populações, um exemplo do contexto brasileiro é a população ribeirinha, a qual os cuidados primários chegam por meio de Unidades de Saúde na modalidade fluvial, por meio de barcos como transporte e estrutura de atendimento. Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde fluvial no Amazonas evidenciou que a população para a qual são direcionadas tais estratégias é carente e, muitas vezes, encontra-se em situações de saneamento básico precário e pobreza, tornando ainda mais urgente a necessidade de políticas e ações equânimes. Na referida experiência, apesar da disponibilidade de um barco para aproximar-se dos locais onde instalam-se as comunidades, algumas pessoas mais distantes precisam deslocar-se em barcos ou pegar carona com vizinhos²⁴.

Logo, problemas de acesso ao transporte também foram associados aos impasses no acesso^{11,17}. Podendo ou não estar relacionada com baixa renda, essa problemática pode estar presente em cenários rurais, como nas comunidades quilombolas, envolvendo tanto os usuários de serviços como os próprios profissionais¹⁷. Outros autores apontaram o transporte como fator importante no acesso à APS, bem como a presença de barreiras geográficas,

ambos em cenários urbanos e rurais²⁵. Dificuldades socioeconômicas, em tese, deveriam ser minimizadas em países como o Brasil, que difere no modelo de saúde em comparação a outros países, como os EUA. A assistência gratuita e universal deve aproximar as pessoas de diversos benefícios no que diz respeito à assistência e qualidade de vida²⁶.

Barreiras institucionais

Outra barreira encontrada na adesão aos serviços na Atenção Primária foi a desconfiança na relação profissional-usuário. As interações entre paciente e profissional são fundamentais e afetam enormemente o engajamento nas ações do cuidado, como demonstrado em uma pesquisa que constatou diálogos permeados de ceticismo, o que foi um fator agravante de tal maneira que dificultou a participação de determinados indivíduos no tratamento de câncer¹¹. De maneira similar, a desconfiança nos serviços de saúde foi identificada como o fator responsável pela menor adesão dos afro-americanos aos cuidados primários e, conseqüentemente, maior procura ao departamento de emergência e departamento ambulatorial hospitalar, em comparação aos brancos¹³.

Em um estudo em que houve a simulação de agendamento de consultas na atenção primária para identificar se existiam disparidades raciais e étnicas na acessibilidade, encontrou-se que embora os negros e hispânicos não tenham se deparado com discriminações para agendar, eram mais propensos a serem questionados sobre o *status* de seguro; e, na consulta, esperaram mais do que os brancos, mostrando a existência de discrepâncias na acessibilidade¹⁵.

CONCLUSÃO

A pesquisa reuniu diversas questões que se apresentaram como fatores intervenientes na acessibilidade da população negra na APS, foram elas: conhecimento relacionado à saúde; custos com os serviços de saúde; questões linguísticas; discriminação; baixa renda; cultura e religião; desconfiança na relação médico-paciente; dificuldades de acesso a transportes; não possuir seguro de saúde; desemprego e problemas estruturais nos serviços de saúde.

A população negra, portanto, experimenta ainda impasses provocados por discriminação, desigualdade,

além de questões culturais e religiosas que afetam desde a acessibilidade até a adesão aos tratamentos, refletindo na qualidade de vida e colocando-a em situação desfavorável de vulnerabilidade.

Ressalta-se a importância da interculturalidade em saúde, bem como da promoção da equidade nos serviços, na tentativa de compensar tal realidade. Para tanto, torna-se evidente a necessidade de incluir o estudo de saúde integral dessas populações na formação dos profissionais de saúde para que possam ser capacitados e ter informações culturalmente pertinentes.

Entre as limitações, está a amostra reduzida que foi adotada neste estudo, o que ocorreu em decorrência do pequeno número de artigos disponíveis nesse recorte temático e temporal. A pequena quantidade de artigos nacionais foi outra fragilidade, tendo em vista a divergência da dinâmica da saúde nacional e internacional. No mais, o fato de apenas três idiomas serem considerados acarretou a exclusão de outras pesquisas acessíveis nos bancos de dados.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Maria Tereza Leite Mariano contribuiu na idealização, concepção, delineamento do trabalho, realização da pesquisa, participação da discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo. **Esther Alves Fernandes** contribuiu na concepção, delineamento do trabalho, realização da pesquisa, participação da discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo. **Marcelo Costa Fernandes** contribuiu na participação da discussão dos resultados, revisão crítica do seu conteúdo, orientações e aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e Opas querem conhecer as experiências da APS no enfrentamento da Covid-19 [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde; 2020 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <https://www.conass.org.br/ministerio-da-saude-e-opas-querem-conhecer-as-experiencias-da-aps-no-enfrentamento-da-covid-19/>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral [Internet]. Brasília: IBGE; 2021 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403>

3. Census Bureau (United States). Research/Program: American Community Research [Internet]. 2020 Census Illuminates Racial and Ethnic Composition of the Country. United States; 2021 [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.census.gov/library/stories/2021/08/improved-race-ethnicity-measures-reveal-united-states-population-much-more-multiracial.html>
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Pessoas afrodescendentes nos países latino-americanos vivem em condições totalmente desiguais que afetam saúde e bem-estar, mostra estudo da OPAS [Internet]. 2021 [cited 2023 May 18]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/3-12-2021-pessoas-afrodescendentes-nos-paises-latino-americanos-vivem-em-condicoes>
5. Dalsania AK, Fastiggi MJ, Kahlam A, Shah R, Patel K, Shiao S, et al. The relationship between social determinants of health and racial disparities in COVID-19 mortality. J Racial Ethn Health Disparities [Internet]. 2021 [cited 2023 May 18];5:1-8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-020-00952-y>
6. Mendes KDS, Silveira RC CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm [Internet]. 2008 [cited 2022 Apr 10];17(4):758-64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
7. Dantas HLL, Costa CRB, Costa LMC, Lúcio IML, Comasseto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. Recien [Internet] 2022 [cited 2022 Apr 10]; 12(37):334-45. Available from: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>
8. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res [Internet]. 1998 [cited 2022 Apr 10];11(4):195-206. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0897189798803297>
9. Gonçalves, JR. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. Rev JRG [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 10];2(5):29-55. Available from: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/122/201>
10. Ahad FB, Zick CD, Simonsen SE, Mukundente V, Davis FA, Digre K. Assessing the Likelihood of Having a Regular Health Care Provider among African American and African Immigrant Women. Ethn Dis [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 10];29(2):253-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6478046/#:~:text=Slightly%20more%20than%2080%25%20of,of%20the%20African%20immigrant%20women>
11. Martinez LS, Freeman ER, Winkfield KM. Perceptions of Cancer Care and Clinical Trials in the Black Community: Implications for Care Coordination Between Oncology and Primary Care Teams. Oncologist [Internet]. 2017 Sep [cited 2022 Jun 10];22(9):1094-101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28706009/>
12. Ndikum-Moffor FM, Faseru B, Filippi MK, Wei H, Kimberly K. Health status among black African-born women in Kansas City: a preliminary assessment. BMC Res Notes [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 10];8(540). Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1469-118>
13. Arnett MJ, Thorpe Junior RJ, Gaskin DJ, Bowie JV, LaVeist TA. Race, Medical Mistrust, and Segregation in Primary Care as Usual Source of Care: Findings from the Exploring Health Disparities in Integrated Communities Study. J Urban Health [Internet]. 2016 Jun [cited 2022 Jun 10];93(3):456-67. Available from: <http://search.ebscohost.com.ez292.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=115995659&lang=pt-br&site=ehost-live>
14. Squires LE, Palfai TP, Davies-Allensworth D, Cheng DM, Bernstein J, Kresin N, et al. Perceived discrimination, racial identity, and health behaviors among black primary-care patients who use drugs. J Ethn Subst Abuse [Internet]. 2018 Mar [cited 2022 Jun 10];17(4):460-77. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15332640.2017.1288189>
15. Wisniewski JM, Walker B. Association of Simulated Patient Race/Ethnicity With Scheduling of Primary Care Appointments. JAMA Netw Open [Internet]. 2019 Jan [cited 2022 Jun 10];3(1). Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2759761>
16. Levy ME, Watson CC, Glick SN, Kuo I, Wilton L, Brewer RA, et al. Receipt of HIV prevention interventions is more common in community-based clinics than in primary care or acute care settings for Black men who have sex with men in the District of Columbia. AIDS Care [Internet]. 2016 Dec [cited 2022 Jun 10];28(5):660-4. Available from: <http://search.ebscohost.com.ez292.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=114264487&lang=pt-br&site=ehost-live>
17. Rezende LC, Caram CS, Caçador BS, Brito MJM. Nurses' Practice in Quilombola Communities: an interface between cultural and political competence. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 Jul [cited 2022 Jun 10];73(5). Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7Tb7X43Yxg8YCSsPXvPsqrx/?format=pdf&lang=en>
18. Alexakis C, Nash A, Lloyd M, Brooks FM. Inflammatory bowel disease in young patients:

Challenges faced by black and minority ethnic communities in the UK. Health Soc Care Community [Internet]. 2015 Feb [cited 2022 Jun 10];23(6):665-72. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12188>

19.Vieira ILS, Fonseca F, Rodrigues LV, Carrijo AP, Deusdara R. Abordagem integral a imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde do Guara, Distrito Federal: relato de experiência. Interagir [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 10];(32):96-104. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/58870>

20.Rosa LG, Araujo MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. Aletheia [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 10];53(1). Available from: <http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/aletheia/article/view/5990>

21.Rocha MBD, Severo AKDS, Silva AVF. Nos batuques dos quintais: as compreensões dos povos de Umbanda sobre saúde, adoecimento e cuidado. Physis [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 10];29(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290312>

22.Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. Rev bras epidemiol [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 10];24:e210004. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>

23.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou raça no Brasil [Internet]. Brasil: IBGE; 2019 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>

24.Ribeiro LG, Murta T. Vivências em Unidade Básica de Saúde Fluvial no Rio Negro, um relato de experiência. APS em revista [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 15];4(1):19-26. Available from: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/190>

25.Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 Jan [cited 2022 Jul 15]; 35(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>

26.Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde debate [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 15];43(spe5):15-28. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>



VISITA DOMICILIAR: FERRAMENTA DE APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES DE MEDICINA E DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR

HOME VISIT: A LEARNING TOOL FOR MEDICINE AND FAMILY GUIDANCE STUDENTS

VISITA DOMICILIARIA: UNA HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE PARA ALUMNOS DE MEDICINA Y ORIENTACIÓN FAMILIAR

Ana Tereza Galdino Saraiva ¹

Milena Silva Costa ²

Pedro Garcia Dias de Barros ³

Pedro Lucas Gomes Moreira de Meneses ⁴

Como Citar:

Saraiva ATG, Costa MS, Barros PGD, Meneses PLGM. Visita domiciliar: ferramenta de aprendizagem de estudantes de medicina e de orientação familiar. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Visita Domiciliar; Educação Médica; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors:

House Calls; Medical Education; Primary Health Care.

Descriptores:

Visita Domiciliar; Educación Médica; Atención Primaria de Salud.

Submetido:

05/01/2023

Aprovado:

24/05/2023

Autor(a) para Correspondência:

Pedro Garcia Dias de Barros
Rua José de Sá Barreto
Bairro Conjunto NS de Fátima
Barbalha, Ceará
CEP: 63180-000
E-mail: pedro.garcia@aluno.ufca.edu.br

RESUMO

Visitas domiciliares são modalidades de atenção à saúde que permitem os profissionais atuantes conhecer o contexto de vida dos usuários na comunidade e é considerada como uma ferramenta de ensino e aprendizagem. O objetivo deste estudo é relatar a vivência de estudantes de medicina que realizaram visita domiciliar como ferramenta de aprendizagem e de orientação a famílias em tempos de pandemia da Covid-19. Relato de experiência que aconteceu em julho de 2022 durante as aulas de medicina de uma universidade federal pública, situada no Ceará, Brasil. A visita domiciliar aconteceu em uma casa onde moravam duas mulheres que apresentavam sequelas decorrentes da Covid-19 e que precisavam de tratamento e acompanhamento médico, mas que no início negavam a vacinação como forma preventiva devido à fake news. Os estudantes aprenderam a forma de abordar as condições de saúde das famílias, planejar e implementar condutas que pudessem contribuir para a saúde dessas pessoas, além de aprofundar assuntos que foram dialogados durante a vivência. Conclui-se que a visita domiciliar configura como uma ação que contribui para a formação médica, saúde coletiva, promoção da educação em saúde e prevenção de agravos à saúde da comunidade.

1. Graduanda do curso de medicina. Universidade Federal do Cariri. E-mail: ana.galdino@aluno.ufca.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0009000488888696>

2. Docente do curso de medicina no módulo de assistência básica à saúde. Universidade Federal do Cariri. E-mail: milena.costa@ufca.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000000340943903>

3. Graduando do curso de medicina. Universidade Federal do Cariri. E-mail: pedro.garcia@aluno.ufca.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000000157673810>

4. Graduando do curso de medicina. Universidade Federal do Cariri. E-mail: pedro.meneses@aluno.ufca.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/000000030883239X>

ABSTRACT

Home visits are health care modalities that allow health professionals to know the life context of users in the community and are considered a teaching and learning tool. The objective of this study is to report the experience of medical students who carried out home visits as a learning and guidance tool for families in times of the Covid-19 pandemic. Experience report that took place in July 2022 during medical classes at a public federal university, located in Ceará, Brazil. The home visit took place in a house where two women lived who had sequelae resulting from Covid-19 and who needed medical treatment and follow-up, but who initially denied vaccination as a preventive measure due to fake news. Students learned how to address the health conditions of families, plan and implement behaviors that could contribute to the health of these people, in addition to deepening the issues that were discussed during the experience. It is concluded that the home visit is an action that contributes to medical training, collective health, promotion of health education and prevention of health problems in the community.

RESUMEN

Las visitas domiciliarias son modalidades de atención en salud que permiten a los profesionales de la salud conocer el contexto de vida de los usuarios en la comunidad y son consideradas una herramienta de enseñanza y aprendizaje. El objetivo de este estudio es relatar la experiencia de estudiantes de medicina que realizaron visitas domiciliarias como herramienta de aprendizaje y orientación a las familias en tiempos de la pandemia del Covid-19. Relato de experiencia ocurrida en julio de 2022 durante clases de medicina en una universidad pública federal, ubicada en Ceará, Brasil. La visita domiciliar se realizó en una casa donde vivían dos mujeres que presentaban secuelas producto del Covid-19 y que necesitaban tratamiento y seguimiento médico, pero que inicialmente negaron la vacunación como medida preventiva por fake news. Los estudiantes aprendieron a abordar las condiciones de salud de las familias, planificar e implementar conductas que puedan contribuir a la salud de estas personas, además de profundizar en los temas tratados durante la experiencia. Se concluye que la visita domiciliar es una acción que contribuye a la formación médica, la salud colectiva, la promoción de la educación para la salud y la prevención de problemas de salud en la comunidad.

INTRODUÇÃO

A visita domiciliar é uma das atividades desenvolvidas pela equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetiva ofertar condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, em seu espaço domiciliar¹. Prevista pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ela pode ser classificada em visita chamada, periódica, preventiva e ainda, para busca ativa, internação domiciliar e cadastramento familiar². Encontra-se prevista também nas Diretrizes Curriculares dos cursos de medicina no Brasil como uma das formas de ensino que possibilitam aos estudantes adquirirem as competências e habilidades voltadas para ações da Atenção Primária à Saúde (APS)³.

É considerada como uma atividade da formação do estudante de medicina que fortalece a parceria entre a universidade, o serviço e a comunidade, possibilita a aprendizagem dos estudantes, contribui para a melhoria da prática profissional das equipes e apoia na identificação e na proposta de solução dos

problemas vivenciados pelas pessoas adscritas nos territórios da ESF.

No início da pandemia da Covid-19, a visita domiciliar precisou ser modificada em seu formato para atender às recomendações da Organização Mundial da Saúde e das demais agências de saúde que orientavam sobre as medidas preventivas e protetivas contra o novo coronavírus. Com o cenário epidemiológico crescente da doença e a orientação sobre o isolamento social, a visita realizada pela equipe de ESF passou a acontecer de forma peridomiciliar para a maioria das famílias e de forma intradomiciliar para aqueles usuários que necessitavam de continuidade assistencial⁴.

Houve também situações em que famílias ficaram descobertas das visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por estarem afastados das atividades laborais devido apresentarem comorbidades que os colocavam em situação de risco, caso fossem contaminados pelo novo coronavírus. Como resultado dessas situações, houve uma redução na cobertura das visitas domiciliares na APS, deixando usuários em situações de cuidados

fragmentados⁵.

Com o declínio e o controle dos casos de Covid-19, as atividades de ensino dos cursos de Medicina e as ações realizadas pelas equipes de ESF retornaram sua rotina anterior à pandemia, porém, com os cuidados preventivos recomendados. Nesse ínterim, aqueles usuários que estiveram expostos a lacunas na atenção à saúde, voltaram a receber assistência e novos problemas foram identificados.

Como exemplo: surgiram desinformações em saúde geradas por notícias falsas (*fake news*) durante o auge da pandemia por pessoas que desconheciam e desconfiavam das medidas preventivas da doença, como foi o caso da vacinação contra Covid-19, que se tornou polêmica e ocasionou hesitação em muitas pessoas que duvidavam sobre sua eficácia, deixando-as expostas ao vírus⁶.

Essa hesitação foi evidenciada também entre uma pequena parcela (14%) de estudantes de medicina brasileiros que participaram de um estudo sobre esse assunto e eles destacaram como razão para esse comportamento o fato de terem lido informações fornecidas por governos, indústrias farmacêuticas e imprensa que retratavam a vacina como uma medida que não garantia segurança e proteção às pessoas, por não ter havido tempo suficiente para avaliação de sua eficácia⁷.

Essa e outras informações errôneas foram disseminadas, em especial, pelas redes sociais, uma vez que a internet passou a ser mais frequentemente utilizada pelas pessoas durante o início da pandemia, por estarem sempre em busca de notícias sobre a nova doença⁸.

Com o cenário instalado das *fake news* sobre a pandemia foi necessário que as equipes de ESF avaliassem os impactos e traçassem metas para conscientizar a população sobre a importância da vacinação e da continuidade das medidas protetivas para prevenir novos casos de Covid-19. Como estratégia, inseriram os estudantes de medicina nas ações, após a redução dos casos.

Nessa nova etapa, eles voltaram a ter a oportunidade de dialogar de forma presencial com as pessoas para orientá-las sobre todos os tipos de medidas preventivas à Covid-19 e de realizarem visitas domiciliares para detectar pessoas desinformadas, expostas e/ou com sequelas ocasionadas pelo novo coronavírus, por estas não terem recebido a atenção e orientações adequadas pelas equipes de saúde da ESF durante os picos da doença, devido ao isolamento social⁹.

Relatos de atividades formativas que geram conhecimento para a comunidade e para estudantes de medicina são relevantes e precisam ser disseminados, por possibilitar a realização de cuidados preventivos contra uma doença que continua sendo investigada pelos pesquisadores e por proporcionar aprendizado na formação médica. Com essa justificativa, o presente estudo objetiva relatar a vivência de estudantes de medicina que realizaram visita domiciliar como ferramenta de aprendizagem e de orientação às famílias em tempos de pandemia da Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de visitas domiciliares que aconteceram durante as aulas práticas de um módulo de saúde coletiva, ofertado no segundo semestre do curso de medicina de uma universidade federal pública, situada no interior do estado do Ceará, Brasil.

As visitas domiciliares ocorreram no mês de julho de 2022, no território das equipes de ESF do município que sedia o referido curso e contou com a participação de estudantes de medicina e de ACS, sob supervisão docente. A turma composta por 42 estudantes foi dividida em nove grupos, formados por até cinco estudantes.

Antes das visitas domiciliares, os estudantes tiveram aulas em sala da universidade, com o uso de metodologias ativas, para aprenderem sobre os objetivos, vantagens, grupos prioritários, limitações, aspectos éticos e legais da visita domiciliar realizada pela equipe de ESF. Foram orientados quanto às visitas que realizariam e receberam os instrumentos que seriam aplicados às pessoas dos domicílios, elaborados a partir das fichas de cadastro individual e domiciliar do Ministério da Saúde.

Os instrumentos elaborados continham perguntas sobre os dados sociodemográficos dos integrantes das famílias, o histórico familiar e pessoal de suas condições de saúde, perguntas sobre os padrões funcionais como alimentação, hidratação, eliminações, sono, repouso, higiene corporal, lazer, espiritualidade, e as formas de manutenção da saúde, como frequência aos serviços de saúde, realização de consulta médica, de enfermagem e odontológica, uso de medicamentos e vacinação.

Para a aplicação dos instrumentos, houve o agendamento prévio com os ACS e com as famílias selecionadas, após anuência da Secretaria Municipal

de Saúde.

A escolha das famílias visitadas aconteceu com base aos seguintes aspectos: membros que apresentavam condições de saúde de risco, com histórico ou não de diagnóstico de Covid-19, em situação de vulnerabilidade social, econômica e cultural, residir em longa distância da Unidade Básica de Saúde e que se disponibilizassem receber os estudantes de medicina.

Ao adentrar os domicílios, os estudantes foram acolhidos pelas famílias, apresentaram-se nominalmente e explicaram os motivos daquele encontro. Aplicaram as ferramentas através de uma entrevista, que durou um tempo médio de 20 minutos. Ao final, os estudantes compartilharam as informações coletadas com os ACS, os quais repassaram para os demais colegas de equipe de ESF.

Após as visitas, os estudantes de medicina apresentaram em sala de aula os resultados encontrados em cada família e selecionaram uma delas para descreverem em formato científico. Assim sendo, o relato a seguir, foi o mais bem avaliado entre a turma por se tratar de mulheres que apresentavam sequelas decorrentes à Covid-19 na época em que o quadro epidemiológico da pandemia estava bem acentuado no país.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A visita domiciliar escolhida pela turma para relatar a experiência de aprendizado aconteceu em uma casa que moravam duas mulheres, sendo mãe e filha, que apresentavam sequelas decorrentes da Covid-19 e que precisavam de tratamento e acompanhamento médico. A casa era alugada, situada na área urbana, provida de energia elétrica e água encanada, sendo mantida com uma renda mensal de quatro salários-mínimos.

Elas informaram que as manifestações clínicas causadas pelo vírus Sars-CoV-2 foram moderadas na mãe e de forma grave na filha, condicionando-a para internação hospitalar e intubação orotraqueal por seis meses até a recuperação. Os dados coletados referentes às condições de saúde da filha revelaram que ela tinha diabetes, úlceras por pressão e síndrome do pânico desenvolvida durante o isolamento hospitalar.

As comorbidades apresentadas pela filha são consideradas fatores de risco para o agravamento do quadro clínico da Covid-19, as quais foram reveladas também em um estudo que encontrou a hipertensão

(59,4%), diabetes mellitus (35,8%) e obesidade (30,7%) entre 1.296 pacientes com Covid-19 internados na unidade de terapia intensiva de um hospital brasileiro, além da úlcera por pressão, que é esperado acontecer pelo prolongamento da internação¹⁰.

Apesar de ter sido comprovado que o novo coronavírus pode infectar pessoas de idades e condições de saúde diferentes, foi evidenciado ao longo da pandemia, uma prevalência de complicações entre as pessoas com idade mais avançada e em aquelas que apresentam comorbidades preexistentes¹¹, como foi o caso das mulheres visitadas.

Elas relataram que, previamente à doença da Covid-19, negavam a vacinação, mesmo acompanhando as notícias na televisão, acessando a internet e buscando informações pelas redes sociais para se apropriar do assunto. Considera-se que, nessa mesma época, elas informaram que as campanhas de vacinação já estavam em andamento em todo o país e que havia divulgações sobre as metas satisfatórias das referidas campanhas.

Segundo a filha, era comum receber mensagens em suas redes sociais de conteúdos duvidosos que desqualificavam a vacina contra Covid-19 e legitimavam métodos terapêuticos sem embasamento científico suficiente, o que fez convencê-la a não acreditar na eficácia da vacina e influenciar sua mãe na decisão de não a receber, como uma forma preventiva. Nesse momento, os estudantes perceberam a necessidade de orientá-las sobre a importância da vacinação para proteger as pessoas e controlar a doença, bem como de conversar e explicar sobre as *fake news* que estavam surgindo para causar hesitação vacinal entre as pessoas.

Esse cenário de notícias falsas e de hesitação vacinal mostrou-se desafiador para a manutenção da educação em saúde prevista pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde em um momento que as pessoas desconheciam sobre a Covid-19 e questionavam todas as recomendações preventivas contra a doença, incluindo a eficácia da vacina¹².

A filha relatou que durante as recomendações para a recuperação pós-hospitalar, o médico explicou de forma detalhada o cenário epidemiológico da Covid-19, sugeriu a vacinação e outras medidas preventivas, e explicou sobre as sequelas, os cuidados e as formas de tratamento para sua recuperação. Apesar das sequelas psíquicas e motoras causadas pelo vírus Sars-CoV-2, a explicação médica ajudou na compreensão delas quanto a importância da vacina,

proporcionou segurança e aceitação pela filha e mãe, e fez com que elas procurassem o serviço de saúde para iniciar o esquema vacinal.

A segurança e a abordagem do médico a essas mulheres foram condutas que chamaram atenção e subsidiaram o aprendizado do grupo de estudantes, por ele ter demonstrado de que quando o profissional realiza o acompanhamento e esclarece as dúvidas acerca da saúde, com linguagem acessível e compreensível e há criação de vínculo entre usuário e profissional de saúde, é possível informar, orientar, educar e contribuir para a melhoria das condições de vida das pessoas assistidas.

Diante dos relatos das mulheres visitadas, o grupo de estudantes aprendeu que a orientação médica, enquanto habilidade e competência do profissional e atividade prerrogativa da ESF, representou uma ação decisiva no processo de educação em saúde dessas mulheres e configurou como um instrumento de formação acadêmica para os discentes que desenvolvem suas atividades na APS e nos demais serviços de saúde¹³.

Salienta-se que no início da pandemia, devido às determinações ministeriais para o controle da transmissão do vírus da Covid-19 e o aumento expressivo e acelerado dos casos, houve uma redução de acompanhamento às famílias nos territórios de atuação das equipes de ESF, por meio de visita domiciliar, o que resultou no desconhecimento dos profissionais da equipe de ESF sobre a evolução do quadro clínico das duas mulheres, que são adscritas no território.

Esse contexto de afastamento social e dos serviços de saúde contribuiu para a descontinuidade da atenção ofertada pela ESF nesse período, sobretudo das ações de acompanhamento de doenças crônicas nas visitas domiciliares, deixando, por exemplo, as duas mulheres entrevistadas sem apoio da equipe da ESF em um período crítico da pandemia.

Durante os picos elevados da pandemia, as equipes de atenção primária, conforme citado anteriormente, precisaram adequar seu processo de trabalho para enfrentar, controlar os casos nos territórios e ao mesmo tempo, assegurar a manutenção dos cuidados aos usuários com condições de saúde consideradas como prioritárias para evitar o risco de agravamento dos quadros clínicos e mortalidades por outras causas. Associado a este fato, haviam usuários que se mantiveram no processo de isolamento domiciliar, como forma preventiva e não procuravam a UBS para os cuidados primários. Como resultado, pacientes

que tinham uma condição de saúde mais controlada, ficaram sem a continuidade da assistência dos profissionais da APS, o que resultou no avanço das condições clínicas prévias¹⁴.

Ademais, o grupo de estudantes constatou a importância da visita domiciliar como uma estratégia que possibilita o aprendizado acadêmico, o trabalho de todos os membros da equipe de ESF, a criação de vínculos estabelecida entre profissionais, usuários e estudantes da saúde, bem como a relevância de conhecer as condições e contexto de vida das famílias adscritas nos territórios.

Acrescenta-se que os estudantes tiveram a oportunidade de aprender e vivenciar a forma de abordar as condições de saúde das famílias, planejar e implementar condutas que pudessem contribuir, em especial, para a saúde dessas pessoas, além de aprofundar os assuntos que foram dialogados durante a vivência.

A integração ensino-serviço que acontece na APS é considerada como uma possibilidade para a aprendizagem significativa, por ela ser um espaço que demanda o desenvolvimento de diferentes habilidades do estudante de medicina e por permitir a aplicação das competências adquiridas em sala de aula, ao exercer os cuidados necessários para atender as condições de saúde da população¹⁵.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou desvelar a visita domiciliar realizada no território da APS como uma ferramenta importante para o processo de ensino e aprendizagem de estudantes de medicina e que deve estar presente em suas atividades desde os anos iniciais da formação acadêmica. A visita domiciliar foi essencial também para o acompanhamento e para educação em saúde das mulheres assistidas.

As limitações do estudo se relacionam ao fato de que não foi possível apresentar a realidade vivenciada por outras famílias do mesmo território e de diferentes territórios de abrangência da APS, o que poderia ter tido resultados distintos desses aqui apresentados. Porém, o estudo foi relevante, pois confirmou que a visita domiciliar é uma estratégia importante para a formação do estudante de medicina, para a integração do ensino-serviço e, em especial, para as pessoas que são assistidas em seus territórios adscritos.

Com esses pilares, confirma-se que essa é uma ação que contribui para a saúde coletiva dos

participes e de pessoas que tenham interesse pela temática. Portanto, recomenda-se a continuidade de estudos científicos e práticas acadêmicas nesses territórios, para que os benefícios sejam múltiplos e que as novas experiências sejam subsídios para diferentes formas de aprendizados.

Conclui-se que a realização da visita domiciliar nos territórios da APS é necessária para esclarecer possíveis dúvidas, promover educação em saúde e fortalecer o vínculo da comunidade com a ESF.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Pedro Lucas Gomes Moreira de Meneses contribuiu na ida ao campo, na elaboração da metodologia, dos resultados/discussão e na revisão completa do artigo. **Pedro Garcia Dias de Barros** contribuiu na ida ao campo, na elaboração da conclusão, dos resultados/discussão e na revisão completa do artigo. **Ana Tereza Galdino Saraiva** contribuiu na elaboração da introdução, da conclusão e na revisão completa do artigo. **Milena Silva Costa** contribuiu com a revisão completa do artigo e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Kessler M, Thumé E, Facchini LA, Tomasi E. Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Dez 08]; 27(11):4253–63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.17072021>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde de Atenção Básica. [Internet]. 2017. [cited 2022 Dez 10]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [Internet]. 2014. [cited 2022 Dez 10]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS. [Internet]. 2020. [cited 2022 Dec 29]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes_ACS_COVID_19.pdf
5. Vieira-Meyer APGF, Morais APP, Campelo ILB, Guimarães JMX. Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da Covid-19. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2021. [cited 2021 Dez

23]; 26:657–68. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MhZNVSpqns8H7Kkxh5p7W5Q/abstract/?lang=pt>

6. Galhardi CP, Freire NP, Fagundes MCM, Minayo MC de S, Cunha ICKO. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2022 [cited 2021 Dez 23]; 27(5):1849–58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202275.24092021>
7. Chaves ÍE de S, Brito PRP, Rodrigues JGB de A, Costa MS, Cândido EL, Moreira MRC. Hesitation regarding the Covid-19 vaccine among medical students in Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2021 [cited 2021 Dez 23]; 67(10):1397–402. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210379>
8. Pereira Neto A, Ferreira E de C, Domingos RLAMT, Barbosa L, Vilharba BL de A, Dorneles F de S, et al. Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news. *Saúde em Debate* [Internet]. 2022. [cited 2022 Dez 23]; 46:30–46. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213202>
9. Ferreira LC, Amorim RS, Campos FMM, Cipolotti R. Lições da pandemia de Covid-19: um estudo qualitativo com estudantes de Medicina e médicos recém-formados. *Rev Bras Educ Med*. [Internet]. 2022. [cited 2022 Dez 20]; 46(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210379>
10. Corrêa TD, Midega TD, Timenetsky KT, Cordioli RL, Barbas CS, Silva Júnior M, et al. Características clínicas e desfechos de pacientes com COVID-19 admitidos em unidade de terapia intensiva durante o primeiro ano de pandemia no Brasil: um estudo de coorte retrospectivo em centro único. *Einstein (São Paulo)*. [Internet]. 2021. [cited 2022 Dez 20]; 19:eA06739. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021A06739
11. Souza BR, Mazzuco EK, Layse W. Doenças Crônicas Progressas e sua Relação com a Infecção por COVID-19. *Arq Bras de Cardiol* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 02]; 119(2):361-362. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210859>
12. Maciel E, Fernandez M, Calife K, Garrett D, Domingues C, Kerr L, et al. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 02]; 11:27:951–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202273.21822021>
13. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2005 [cited 2023 Jan 02]; 26(2):147-53. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23558>.
14. Santana MM, Medeiros KR, Monken M. Processo de

trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 04]; 20:e00154167. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>.

15. Fassina V, Mendes R, Pezzato LM. Formação médica na atenção primária à saúde: percepção de estudantes. Rev Bras Educ Med. [Internet]. 2021[cited 2023 Jan 04]; 45(3):e141. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200480>.



TECENDO O CUIDADO: A ATIVIDADE DE TÉCNICO DE REFERÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

WEAVING CARE: THE ACTIVITY OF A REFERENCE TECHNICIAN IN MENTAL HEALTH SERVICES
TEJIENDO CUIDADOS: LA ACTIVIDAD DE TECNICO DE REFERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Bárbara Lobo Paz ¹

Ana Maria Moura Silva ²

Como Citar:

Paz BL, Silva AMM. Tecendo o cuidado: a atividade de técnico de referência em serviços de saúde mental. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Integralidade em Saúde; Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental.

Descriptors:

Integrity in Health; Mental Health; Community Mental Health Services.

Descriptores:

Integralidad en Salud; Salud Mental; Servicios Comunitarios de Salud Mental.

Submetido:

12/07/2022

Aprovado:

07/06/2023

Autor(a) para Correspondência:

Bárbara Lobo Paz
Rua Delmiro Gouveia, 364, Centro,
Santa Quitéria, Ceará, CEP: 62280-000
E-mail: barbaralpez@gmail.com

RESUMO

Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência, objetivando sistematizar e discutir a atividade de técnico de referência (TR) a partir das vivências do processo de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) na cidade de Sobral, Ceará. Os residentes de saúde mental realizaram, no ano de 2022, atividades como técnicos de referência de alguns usuários dos serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial. Com isso, o compartilhamento de práticas com potencial de transformação abre espaço para a construção de novos caminhos e ações terapêuticas. Observaram-se práticas exitosas e potentes para o cuidado em saúde mental, que abarcam conceitos como Reforma Psiquiátrica, tecnologias leves do cuidado em saúde e Clínica Peripatética. A RMSM oportuniza experiências que contribuem para o fortalecimento do campo da saúde, como a atividade de TR, que se mostrou ser definida como atividade de articulação do cuidado junto ao usuário, atuando em vários fatores sociais, familiares, relacionais e territoriais que interferem no processo saúde. E, desse modo, possibilitou mudanças e a tecitura, em conjunto, de novos modos de vida dos sujeitos inseridos nos serviços de saúde mental.

1. Psicóloga com especialização em caráter de residência em Saúde Mental. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS). E-mail: barbaralpez@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3701-9552>

2. Assistente social com especialização em caráter de residência em Saúde da Família. Hospital Municipal Estevam Ponte. E-mail: ana_mariamourasilva@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/000-0001-9202-3717>

ABSTRACT

This study is characterized as an experience report, aiming to systematize and discuss the activity of a reference technician based on the experiences of the Multiprofessional Residency in Mental Health (Residência Multiprofissional em Saúde Mental, RMSM) process in the city of Sobral, Ceará. In 2022, mental health residents carried out activities as reference technicians for some users of mental health services, such as Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial). That resulted in the sharing of potentially transforming practices making room for the construction of new paths and therapeutic actions. Successful and powerful practices for mental health care were observed encompassing concepts such as Psychiatric Reform, light health care technologies, and Peripatetic Clinic. The RMSM offers experiences that contribute to strengthen the health field, as the activity of a reference technician, which proved to be defined as an articulate care activity along with the user, acting on various social, family, relational, and territorial factors that interfere in the health process. Therefore enabling changes and weaving, together, new ways of life for subjects inserted in mental health services.

RESUMEN

Este estudio se caracteriza como un relato de experiencia, objetivando sistematizar y discutir la actividad de técnico de referencia a partir de las vivencias del proceso de Residencia Multiprofesional en Salud Mental (RMSM) en la ciudad de Sobral, Ceará. Los residentes de salud mental realizaron, el año de 2022, actividades como técnicos de referencia de algunos usuarios de los servicios de salud mental, como los Centros de Atención Psicossocial. Con eso, el intercambio de prácticas con potencial de transformación abre espacio para la construcción de nuevos caminos y acciones terapéuticas. Se observaron prácticas exitosas y potentes para el cuidado en salud mental que abarca conceptos como Reforma Psiquiátrica, tecnologías leves del cuidado en salud y Clínica Peripatética. La RMSM – ofrece la oportunidad de experiencias que contribuyen para el fortalecimiento del campo de la salud, como la actividad de técnico de referencia, que se mostró ser definida como actividad de articulación del cuidado junto al usuario, actuando en varios factores sociales, familiares, relacionales y territoriales que interfieren en el proceso salud. Y, de ese modo, se permitió cambios y textura, en conjunto, de nuevos modos de vida de sujetos incorporados en los servicios de salud mental.

.....

INTRODUÇÃO

Dentro do cenário da saúde mental muitas atividades e possibilidades de cuidados são apresentadas, dentre elas encontram-se os atendimentos de referência como modo de articulação de terapêuticas e cuidados, integrando-se às propostas de Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento que se iniciou nas décadas de 70 e 80, inspirado no movimento italiano e na figura de Franco Basaglia, que estruturava a transformação dos modelos de atenção à saúde mental na superação da lógica hospitalocêntrica, mecanicista e biológica. O movimento preconizava serviços de base territorial através do processo de desinstitucionalização¹.

A desinstitucionalização, uma das diretrizes-base do processo de Reforma Psiquiátrica, conceitua-se como um processo de retirada das pessoas com transtornos mentais de hospitais psiquiátricos de longa permanência para ofertar o cuidado no meio social, promovendo liberdade e convívio

sociofamiliar¹. Dessa forma, entende-se que o aparato manicomial de segregação e exclusão não significa cuidado, pois não dá conta de ofertar possibilidades terapêuticas, mas sim a tutela do sujeito, deixando-o em estado de passividade quanto à sua própria vida e possibilidades de transformação de seu sofrimento¹.

Com o advento da Lei n.º 10.216 de 2001, foram elencados direitos para o tratamento humanizado em ambiente terapêutico por meios menos invasivos possíveis, visando à recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, como também resguardada a proposta de cuidado em saúde mental em serviços de base comunitária².

O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ampliou o cuidado no território de vida das pessoas com sofrimento psíquico intenso, por meio de oferta de acompanhamento multiprofissional, reinserção social, reabilitação psicossocial e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Nesse contexto, entende-se o território como um espaço para além de geográfico, mas como espaço afetivo e de construção de vínculos e histórias, um

local privilegiado de desenvolvimento do cuidado em saúde mental³.

Dito isso, o CAPS é um serviço aberto e referencial para o cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial, caracterizando um conjunto articulado e integrado de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³. O cuidado em rede com pontos de atenção à saúde mental exige integração entre serviços, recursos terapêuticos, acesso a fatores determinantes e condicionantes de saúde e bem-estar, como moradia, lazer, transporte, recursos econômicos, dentre outros⁴.

Esse escopo de ações e práticas em saúde mental norteia-se pela atenção psicossocial, modelo de atenção à saúde que se baseia na integralidade das práticas com ênfase territorial, com relações horizontais, saberes interdisciplinares, concepção da singularidade do sujeito em sofrimento e intersectorialidade no desenvolvimento das práticas em saúde mental⁵.

Nesse sentido, um dos dispositivos clínicos utilizados no cuidado em saúde mental são os atendimentos de referência, que se centram no arcabouço da atenção psicossocial, em ênfase territorial e biopsicossocial. Esses atendimentos estruturam-se a partir da figura do técnico de referência (TR), ator designado dentre os profissionais do serviço que fará a articulação do cuidado do usuário e o acompanhará de forma longitudinal⁶.

Diante do exposto, este artigo busca relatar a experiência da prática de técnico de referência durante o processo formativo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, na cidade de Sobral, Ceará, sistematizando os desafios dessa atividade na rede de atenção psicossocial e seu uso como potente instrumento de cuidado em saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, subsidiado pelas propostas de sistematização de experiências orientadas por Holliday⁶. Esse método compreende as experiências como processos sociais dinâmicos, em constante movimento, que são passíveis de interpretações críticas e carregam elementos singulares capazes de produzir conhecimentos,

ensinamentos e informações pertinentes.

Com isso, a sistematização da experiência sugere a interpretação e reflexão crítica dos processos vivenciados, objetivando gerar conhecimentos coerentes com as vivências inerentes a um dado tema, procurando retomar de maneira ordenada a experiência, com novos olhares e significados, entendendo o campo como espaço em constante transformação.

Portanto, o cerne deste estudo se baseia na experiência vivida pelo pesquisador, em campo, baseado em determinada temática, expondo e estruturando de forma crítica processos vivenciados, de modo a ter uma compreensão mais profunda das práticas em saúde. Diante disso, utilizou-se como instrumento de coleta e organização de dados o diário de campo, ferramenta importante para o pesquisador, que permite o registro de informações e experiências empíricas no campo⁷.

Os campos da experiência foram os Centros de Atenção Psicossocial do município de Sobral, durante os anos de 2021 e 2022, onde se realizou o processo de técnico de referência, atividade ligada ao itinerário formativo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia.

As informações coletadas e aprendidas sobre a experiência seguiram o método de análise, que consiste no roteiro de ordenação da experiência; este proporciona organizar e articular o registro das informações-chave do processo de experiência, reconstituindo precisamente diferentes componentes que se interligam. O roteiro de ordenação foi construído segundo o caminho cronológico de práticas realizadas na atividade de técnico de referência e trouxe como pontos norteadores os elementos primordiais dessa prática. Dessa forma, seguiu o seguinte fluxo de marcadores textuais-chave: Conceituação da prática; Projeto Terapêutico Singular e Articulação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A práxis em saúde mental apresenta operadores clínicos concernentes à organização do processo de cuidado e arranjo de trabalho, destacamos o técnico de referência como um modo de operar na produção do cuidado que envolve tecnologias leves em saúde.

Assim, estratégias de cuidado podem ser compreendidas através de tecnologias relacionadas à saúde. Merhy⁸ conceitua tecnologias leves

como modos de trabalho e cuidado que envolvem, principalmente, as relações entre sujeitos (usuários e profissional), permeadas por subjetividade, integração e afetos. Dessa forma, baseia-se no acolhimento, na responsabilização e nos processos de escuta.

A personalização dos processos de cuidado em saúde remete à aproximação e quebra de barreiras e hierarquias entre trabalhador e usuário, permite a horizontalidade das relações, que ganham contornos mais terapêuticos, quando comparadas a relações hierarquizadas e enrijecidas, respeitando a dinâmica inerente do processo saúde-doença⁹.

Sendo assim, a experiência como técnico de referência é prescindida de princípios orientadores das relações terapêuticas, como a horizontalidade, o acolhimento, o respeito e a responsabilização. Esses fatores permitem a aproximação com o sujeito e reverberam em um processo de cuidado mais implicado e eficiente.

Portanto, os atendimentos de referência se utilizam principalmente de tecnologias leves, em movimentos que possibilitam a clínica do encontro e da dinamicidade. Esses contornos se aproximam do conceito de Clínica Peripatética, proposto por Lancetti¹⁰, em que a escuta privilegia o lugar da singularidade do sujeito, preservando os modos de ser, de expressar-se e defendendo o espaço de multiplicidade e diversidade inerente à saúde mental.

Essa Clínica se constitui pela saída de espaços institucionais e fechados para o movimento clínico no contexto de vida dos sujeitos, no ambiente em que a própria vida do sujeito acontece, considerando que as relações terapêuticas se enriquecem se estiverem acontecendo no território e na comunidade¹¹.

O ser técnico de referência em uma clínica em movimento se dá pela abertura para o posicionamento do sujeito como condutor ativo de suas questões e pelos direcionamentos *in loco*, que remetem aos manejos do trabalho. Dessa forma, o TR acompanha o usuário em seus movimentos de vida, e a doença, mais uma vez, é retida em parênteses.

As experiências como técnico de referência apontam para uma clínica do encontro com o outro. As dinâmicas do usuário e seu processo de vida nos convocam ao movimento, a estarmos ultrapassando os muros, paredes e espaços fechados, e estarmos presentes nos espaços de vida e de encontro.

Além disso, um dos elementos-chave do processo de cuidado que envolve TR e usuário é o Projeto

Terapêutico Singular (PTS). É uma estratégia composta por ações planejadas e pactuadas que compreendem equipe de saúde, usuário e família¹².

O PTS envolve uma estruturação no modelo de atenção, que prioriza a singularidade, a autonomia, a corresponsabilização e o protagonismo dos usuários e das famílias no processo de cuidado. É um arranjo organizacional que se pauta no compartilhamento de saberes e condutas de modo interdisciplinar e interprofissional¹².

Na realidade dos serviços, o PTS tem sido o fio condutor das ações em saúde mental, responsável por guiar o caminho terapêutico que o usuário irá percorrer e, como tal, deve contemplar a dinamicidade e a complexidade dos processos de adoecimento psíquico.

Justamente ao deparar-se com a complexidade do adoecimento psíquico, observa-se que as demandas de saúde são socialmente produzidas, vinculadas ao contexto no qual os usuários estão inseridos, e, para muitos casos, esse contexto envolve vulnerabilidades sociais¹³.

Isso faz com que se pense o cuidado para além da compreensão de que os espaços sociais e sua materialidade marcam a vida dos seus habitantes, importa-nos compreender a construção dos territórios, espaços subjetivos, vividos e significados pela experiência do sujeito singular.

O território se faz presente na clínica, ao sair dos muros do CAPS. Desbravar a vida externa às instituições também provoca questionamentos acerca da radicalidade da aposta no cuidado em liberdade. Por esse ângulo, a prática do cuidado como técnico de referência em serviços de saúde mental de base territorial requer a primazia ao desejo e à história de cada sujeito¹⁴.

Para tanto, os PTS abrangeram questões sociais e territoriais compartilhadas com outros serviços, em especial os de assistência social, como o Centro de Referência de Assistência Social e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social, tendo em vista que, na construção dos PTS, o TR faz interface com outros serviços que garantem o cuidado e atendimento integral dos usuários.

Também faz parte das atividades desenvolvidas nos PTS a construção do Genograma e do Ecomapa, instrumentos importantes para a compreensão do processo de adoecimento interligado às relações, principalmente familiares. Conhecer as circunstâncias, o contexto dos membros familiares e as relações que o usuário tece, não apenas dentro

da família, mas também com as pessoas com quem convive, permite ao TR estabelecer suas redes de apoio.

O PTS precisa responder às demandas e às necessidades que compõem o adoecimento do usuário e seus projetos de vida, contendo metas claras que possam oferecer respostas às problemáticas objetivas e subjetivas dos sujeitos¹⁵.

Em nossas práticas, percebemos que o que sustenta o processo de cuidado interligado aos Projetos Terapêuticos é um elemento muito caro às práticas de saúde: o vínculo. É por meio do vínculo, do processo de envolvimento e de aproximações afetivas, que o cuidado se efetiva, é como uma linha invisível que envolve os atores e sem ela não se encontram possibilidades de operar.

O processo de saúde, acima de tudo, é um processo de relações humanas, que prescinde de trocas, afetações e aproximações¹⁵. O técnico de referência nos ensina que o cuidado possui sentido quando é permeado pelo vínculo entre usuário e profissional, esse elemento detém um peso que, muitas vezes, é subestimado.

Ao sermos técnicos de referência estamos pondo em prática uma clínica implicada e afetiva, que substitui o modelo de relações em saúde pautado na doença, nos distanciamentos e nas fragmentações. O vínculo é entendido como um recurso que liga pessoas e permite trocas de afetos, saberes e experiências que promovem a confiança, o respeito e o diálogo, os quais se transformam no canal das intervenções^{15,16}.

Assim, observa-se a potência do cuidado em ambientes abertos e não tão convencionais como as salas de atendimento, mas, principalmente, a aposta que consiste no vínculo produzido com o usuário, esse tem sido o motor das ações e do cuidado.

Diante das articulações e ações desenvolvidas como TR, algumas das experiências dos acompanhamentos foram em espaços abertos da cidade, pois percebeu-se que alguns usuários faltavam com frequência aos atendimentos agendados no CAPS, mas participavam assiduamente das atividades de convivência nos grupos facilitados pelos profissionais do serviço, então, optou-se por acompanhá-los algumas vezes nesses grupos e a articular seu cuidado nesses espaços.

Um dos grandes desafios também enfrentados na experiência de TR, para acompanhamento e cuidado em saúde mental, foi a questão socioeconômica. Muitos usuários têm dificuldade de acessar os serviços especializados por não terem subsídios

financeiros para transporte. Em meio a essa dificuldade, nosso papel como técnicos de referência foi tecer ligações de cuidado no campo territorial dos sujeitos. Percebeu-se que o território é cenário vivo, palco das relações e operador de interação comunitária e desenvolvimento de vínculos afetivos. Por isso, todas as questões territoriais eram sempre discutidas e analisadas, pois traziam tanto potencial terapêutico como também de adoecimento para os usuários acompanhados¹⁷.

Dessa forma, o percurso como técnico de referência abarca articulações principalmente com a Atenção Básica. A equipe dos Centros de Saúde da Família foi a parceira mais ativa do cuidado, já que observamos que o cuidado em saúde mental abrange principalmente o território do sujeito e as relações ali desenvolvidas.

O TR pode ser definido como profissional responsável pelo acompanhamento do usuário, por garantir a assistência e a continuidade da atenção, sendo a figura central de vinculação do usuário no serviço¹⁸. É um dispositivo de superação do modelo hospitalocêntrico e atende às prerrogativas da clínica psicossocial e da Reforma Psiquiátrica¹⁸.

A experiência aponta que o técnico de referência é um articulador do cuidado, alguém que tece uma teia de ligações entre profissionais, serviços e setores, para garantir o cuidado efetivo e ações que impactem na qualidade de vida do usuário, para além de seu adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental mostrou-se ser um cenário fértil para o desenvolvimento de atividades de cuidado que corroboram o processo formativo que interliga ação-reflexão-ação, possuem, como ponto de partida, realidades concretas que proporcionam transformação dos processos de trabalho que abrangem a produção e assistência em saúde mental.

Para isso, as discussões coletivas dos casos, as contribuições da equipe do serviço, o apoio da tutoria e preceptoria nos impulsiona a sermos criativos nas práticas, a visualizarmos novas possibilidades de intervenção e articulação em rede.

As experiências em saúde mental compartilhadas mostram o potencial de cuidado e transformação de sujeitos quando nos propomos à produção de vida e restringimos a doença a apenas um dos vários aspectos que compõem a vida do sujeito. Assim,

ampliamos o nosso olhar e percebemos que produzir saúde mental é atuar em vários fatores sociais, familiares, relacionais, territoriais, dentre outros.

Percebemos que ser técnico de referência é buscar desenvolver protagonismo, autonomia e emancipação do sujeito na construção de um projeto terapêutico que inclua proximidades com o território e participação cidadã. Essa experiência nos provoca a refletir sobre as ações e práticas de saúde e revela que o cuidado não se faz para o usuário, o cuidado se realiza com o usuário e é estando com ele que se consegue provocar mudanças e tecer novos modos de vida e transformação.

As práticas de saúde com o usuário nos direcionam a olhar os anseios do coletivo, a construir intervenções que estejam alinhadas às necessidades básicas de saúde da população, o que contribui para a consolidação da Saúde Coletiva em microespaços e alinhada à saúde mental. Assim como pontua-se a necessidade de aprimorar o campo da intersectorialidade e intrasectorialidade em saúde e suas articulações e diálogos, para que cada vez mais o fazer saúde seja produzido em conjunto por diversos atores e serviços.

Por fim, as atividades que abrangem o técnico de referência propiciaram a qualificação do olhar à singularidade do sujeito e de suas questões, pôs em movimentos práticas instituídas e solidificadas e abriu espaço para novas possibilidades de construção que envolvam saídas dos “muros”.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Todas as autoras participaram do delineamento, da produção dos dados, da escrita científica do manuscrito e da revisão final.

REFERÊNCIAS

- Amarante P, Nunes MDO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cien Saude Colet*. 2018; 3(1):2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab Edu Saúde*. 2021;25:200-67. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Ferro LF, Mariotti MC, Holanda AF, Nimitz MA. Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. *Rev Aborg Gest*. 2018; 24(1):66-74. <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n1.7>
- Godinho DM, Peixoto CA. Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico. *Fractal [Internet]*. 2019 [cited 2022 May 1];31(3):320-27. Available from: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/YJDXGzqPqvwtqDvtcfDDBjv/?format=pdf&lang=pt>
- Santos EO, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Andrade APM, Esalabão AD. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. *Rev Pesqui Prat Psicossoc [internet]*. 2018 [cited 2022 May 1];13(1):1-13. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100002
- Holliday OJ. Para Sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: MMA; 2006.
- Minayo MCO. Desafio do conhecimento. *Pesq Quali Saúde*. São Paulo: Hucites/Abrasco; 2010.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Franco TB, Magalhães Jr HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE (org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-134.
- Lancetti A. Clínica Peripatética. Hucitec: São Paulo; 2006.
- Baptista JÁ, Camatta MW, Filippou PG, Schneider JF. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2020 [cited 2022 May 24]; 73(2):1-10. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BCtyHwC4h9TFqfNKVtfTKLw/?lang=pt&format=pdf>
- Oliveira CA, Fonseca FCA, Carmo JC, Braga KKL, Lima MF, Mamed MC, et al. Projeto terapêutico singular (PTS): instrumento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. *Rev Eletr Acer Saúde [Internet]*. 2021 [cited 2022 Jun 15];13(2):5709-5709. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5709>
- Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSCD. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde debate [Internet]*. 2018 [cited 2022 Jun 20];42:175-186. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Y36fDqvZL5Js4nnWpXrYpBb/abstract/?lang=pt>
- Carvalho Neto FJ, Ramos MDGS, Guimarães MR, Sousa AR, Costa APC, Silva RDRL, Rocha GST. Projeto terapêutico singular: ferramenta de superação do gap terapêutico em saúde mental. *Enferm Foco [Internet]*. 2020 [cited 2022 May 13];11(4):313-23. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3372>

15. Dias JVD, Amarante, PD. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. Saúde Debate [Internet]. 2022 [cited 2022 May 14];46(1):188-99. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sN8NWvCCgYzhM9ZPNkbtSG/>

16. Silva PMDC, Costa NFD, Barros DRR, Silva Júnior JAD, Silva JRLD, Brito TDS. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. Rev Cuidart [Internet]. 2019 [cited 2022 May 28];10(1):1-14. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1043564>

17. Santos Araújo FE, Vasconcelos Aragão GK, Sousa Teixeira JS, Coelho Albuquerque LV, Pereira Aguiar, T, Dias Quinderê PH. Práticas esportivas como ferramenta de integração entre os jovens e a estratégia saúde da família. Sanare [Internet]. 2022 [cited 2022 May 13]; 21(1):126-33. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1483>

18. Portal PSC, Santos TDOCG, Guimarães SDS, Barreiros M, Pinto RB, Dias CH, Mendonça XMG. As equipes multidisciplinares como dispositivos "técnicos de referência" em saúde mental nos caps e a gestão do cuidado: uma revisão integrativa de literatura. Res Soc Develop [Internet]. 2021 [cited 2022 May 24];10(6):508-24. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15747>



IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA ESCOLARES SOBRE FATORES DE RISCO CEREBROVASCULARES

IMPLEMENTATION OF EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR SCHOOL STUDENTS ON CEREBROVASCULAR RISK FACTORS
IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS PARA ESCOLARES SOBRE FACTORES DE RIESGO CEREBROVASCULARES

Tahissa Frota Cavalcante ¹

José Erivelton de Souza Maciel Ferreira ²

Osmar Rodrigues Paixão Neto ³

João Cruz Neto ⁴

Rafaella Pessoa Moreira ⁵

Daniel Freitas Oliveira Damasceno ⁶

Como Citar:

Cavalcante TF, Ferreira JESM, Paixão Neto OR, Cruz Neto J, Moreira RP, Damasceno DFO. Implementação de atividades educativas para escolares sobre fatores de risco cerebrovasculares. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Educação em Saúde; Tecnologia Educacional; Fatores de risco; Doenças cardiovasculares; Enfermagem.

Descriptors:

Health Education; Educational technology; Risk factors; Cardiovascular diseases; Nursing.

Descriptores:

Educación en Salud; Tecnología Educacional; Factores de Riesgo; Enfermedades cardiovasculares; Enfermería.

Submetido:

06/09/2022

Aprovado:

12/06/2023

Autor(a) para Correspondência:

Tahissa Frota Cavalcante
Rua José Franco de Oliveira,
Redenção, Ceará, Brasil.
CEP: 62.790-970
E-mail: tahissa@unilab.edu.br

RESUMO

Relatar a experiência do processo ensino-aprendizagem de escolares após a implementação de um jogo educativo sobre os principais fatores de risco cerebrovasculares. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido com escolares da rede municipal e particular de uma cidade cearense. Os dados foram coletados entre fevereiro e março de 2020, em dez sessões. Foi implementada uma tecnologia educativa lúdica do tipo jogo educativo, construída e validada em estudo anterior para conduzir os momentos interativos. O jogo foi implementado a 138 escolares, com avaliações pré e pós-teste. Os achados revelaram que o nível de conhecimento aumentou durante as sessões educativas, de 6,5 para 9,0 pontos, entre os escolares da rede pública, e de 7,5 para 9,2 pontos, entre os escolares da rede privada. A estratégia permitiu identificar a eficácia do jogo educativo como alternativa passível de implementação a infantes, favorecendo o reconhecimento precoce do Acidente Vascular Cerebral.

1. Enfermeira. Doutora e Pós-doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: tahissa@unilab.edu.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2594-2323>
2. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: eriveltonsmf@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2668-7587>
3. Enfermeiro. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: osmar_paixao15@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4183-6018>
4. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: enfjncruz@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0972-2988>
5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2341-7936>
6. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. E-mail: danielfreitas17@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9664-6660>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. Revisão de texto: Karina Maria M. Machado. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

ABSTRACT

To report the teaching-learning process experience of schoolchildren after implementing an educational game on the main cerebrovascular risk factors. This is a descriptive study, an experience report, developed with students from the municipal and private school network of a city in Ceará. Data were collected between February and March 2020, during ten sessions. An educational game type ludic educational technology, built and validated in a previous study, was implemented to conduct the interactive moments. The game was implemented in 138 students with pre- and post-test evaluations. The findings show that the level of knowledge increased during the educational sessions from 6.5 to 9.0 points among public school students, and from 7.5 to 9.2 points among private school students. The strategy made it possible to identify the effectiveness of the educational game as an alternative that could be implemented for school students, favoring the early recognition of a stroke.

RESUMEN

Relatar la experiencia del proceso de enseñanza-aprendizaje de los escolares tras la implementación de un juego educativo sobre los principales factores de riesgo cerebrovascular. Se trata de un estudio descriptivo, relato de experiencia, desarrollado con los escolares de la red municipal y la particular de una ciudad cearense. Los datos fueron recogidos entre febrero y marzo de 2020, en diez sesiones. Fue implementada una tecnología educativa lúdica del tipo juego educativo, construida y validada en estudio anterior para conducir los momentos interactivos. El juego fue implementado a 138 escolares con evaluaciones pre y pos-test. Lo que se encontró revela que el nivel de conocimiento aumentó durante las sesiones educativas, de 6,5 para 9,0 puntos, entre los escolares de la red pública, y de 7,5 para 9,2 puntos, entre los escolares de la red privada. La estrategia permitió identificar la eficacia del juego educativo como alternativa pasible de implementación a escolares, favoreciendo el reconocimiento precoz del accidente vascular cerebral.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) se caracteriza como um problema de saúde coletiva, tendo em vista que é a segunda maior causa de morte no mundo, com aproximadamente 6,7 milhões de óbitos em 2016¹. Estimativas apontam que a tendência desse panorama, para o ano de 2030, será cerca de 12,2% dos óbitos mundiais previstos¹.

No Brasil, o impacto do AVC é maior do que a prevalência global, pois ele se caracteriza como a principal causa de morte no país e, embora atinja com mais frequência indivíduos acima de 60 anos, pode ocorrer em qualquer idade, até mesmo nas crianças. Os casos de AVC vêm aumentando cada vez mais entre os jovens, originando-se em 10% de pessoas com menos de 55 anos².

Alguns fatores agravantes para AVC estão relacionados à falta de conhecimento sobre os fatores de risco, identificação, tratamento e prevenção³. Por isso, as ações de promoção da saúde visam estimular, na população em geral, métodos de auxílio na prevenção contra a doença e a identificação precoce de sinais e sintomas, além de evitar complicações e sequelas⁴.

Sendo assim, o uso de tecnologias educativas

aplicadas na educação em saúde sobre AVC torna-se um recurso didático importante, por fornecer informações, sensibilizar as pessoas quanto à mudança de comportamento no que diz respeito ao estilo de vida, controle dos fatores de risco modificáveis e contribuir na adesão ao tratamento medicamentoso³.

No público escolar, as intervenções educativas são um desafio para o processo ensino-aprendizagem, por deterem dificuldades inerentes à faixa etária e ao nível de conhecimento sobre as doenças⁵. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas em instituições públicas de ensino infantil desenvolvem o processo lúdico do infante-juvenil ao utilizar cores, formas, telas, pinturas, cartazes, contos e jogos⁶. Não obstante, atividades relacionadas à promoção da saúde cardiovascular e sensibilização dos fatores de risco ainda são pouco exploradas⁶.

O profissional de enfermagem vem assumindo um papel decisivo e proativo nesse campo do ensino, especialmente no que se refere à identificação das necessidades do cuidado da população juvenil, além da promoção e prevenção da saúde do indivíduo, família e coletividade⁷. Nesse sentido, faz-se necessário empreender o conhecimento acerca dos fatores de riscos cardiovasculares em escolares,

tendo em vista a importância de alertar sobre as doenças relacionadas e sua forma de prevenção.

Além disso, destaca-se que atividades dessa natureza corroboram o processo ensino-aprendizagem, favorecendo o empoderamento infantil na busca de hábitos saudáveis e identificação de riscos cardiovasculares^{6,7}. Por isso, o objetivo do estudo foi relatar a experiência do processo ensino-aprendizagem de escolares após a implementação de um jogo educativo sobre os principais fatores de risco cerebrovascular.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A pesquisa teve como pressuposto uma atividade educativa em saúde cerebrovascular, por meio da avaliação de um jogo educativo realizado por acadêmicos da área da saúde de uma universidade pública do interior do Ceará. As atividades foram realizadas entre fevereiro e março de 2020.

O jogo, construído e validado, denominado Campo Minado – Cuidado com o AVC⁸, foi adaptado para escolares. Ele consiste em um campo de minas que devem ser exploradas e reveladas pelos jogadores de modo que as bombas não sejam detonadas; sua finalidade é identificar os sinais de Acidente Vascular Cerebral, bem como seus fatores de risco. Deve ser desenvolvido por até dez pessoas e possui duas imagens que representam o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, duas com o número 192, quatro com AVC e 12 com bombas. A equipe que chegar ao “fim de jogo” primeiro, vence⁸.

Após a escolha do jogo, a Secretaria de Educação de um município do sertão central cearense foi contatada, com o intuito de solicitar permissão para a implementação do jogo educativo com escolares de 8 a 12 anos da rede pública municipal. Foram selecionadas duas escolas públicas e uma particular, de ensino fundamental I e II, respectivamente. Para a escolha das escolas obedeceu-se ao critério da localização geográfica (sede do município) e disponibilização de espaço para a aplicação do jogo educativo, tendo em vista o período da covid-19. Após a formalização da declaração para a implementação da atividade, montou-se um cronograma para que fosse possível a sua implementação.

Para a realização da atividade foram aplicados dois testes com vistas a compreender o conhecimento do público sobre o tema, bem como mensurar os resultados da ação educativa. Houve um pré-teste

para avaliar o conhecimento prévio dos escolares sobre a temática e um pós-teste para avaliar o conhecimento adquirido por eles após o jogo. Foram construídos dois modelos de testes, um que foi aplicado aos escolares de 8 a 10 anos e outro aos escolares de 11 e 12 anos. Depois, um questionário semelhante foi aplicado com vistas a avaliar o conhecimento obtido, tirar dúvidas e mensurar os resultados da ação educativa. Esses inquéritos foram avaliados e revisados por doutores, mestres, mestrands e acadêmicos de enfermagem, no intuito de adequá-los e torná-los práticos e objetivos para serem aplicados. Quando a criança ainda não era alfabetizada ou estava permeando a integração dos processos de leitura e letramento, coube ao facilitador da ação a coleta dessas informações. Em seguida, foi implantado o jogo educativo.

As perguntas elaboradas neste estudo e destinadas aos escolares foram: 1) Sabem o que é um AVC?; 2) Se uma pessoa fuma e outra ingere bebidas alcólicas, quem tem maiores chances de ter um AVC?; 3) Se sua avó teve uma trombose, seu pai também pode ter?; 4) Quem se alimenta bem, vive mais? Quais alimentos vocês consideram saudáveis?; 5) Atividade física faz bem para a saúde?; 6) Quais são as doenças que afetam as pessoas que comem muito doce e muito salgado?; 7) Como evitar a hipertensão e o diabetes?; 8) Quem teve dengue pode ter AVC?; 9) Cidades mais frias causam mais AVC?

Além do mais, aplicou-se o questionário composto por cinco questões objetivas a respeito dos fatores de risco para a doença cerebrovascular, cujo intuito foi avaliar o nível de conhecimento prévio. Por fim, ao término de cada sessão, era realizada uma revisão geral sobre o tema com os participantes, dessa forma os pesquisadores obtinham um breve *feedback* sobre a implementação da intervenção educativa, além de contribuir para a fixação do conteúdo e sanar as últimas dúvidas dos escolares. A análise dos dados obedeceu à correlação temática do conteúdo⁹.

RESULTADOS

Realizaram-se dez sessões na rede pública e seis sessões na rede privada, o que tornou possível a implementação da atividade com 138 estudantes (90 da rede pública e 48 da rede privada). A maioria dos escolares da rede pública (31 alunos, 39%) possuíam 8 anos completos, 47 (52%) eram do sexo masculino e 43 (48%) do sexo feminino, e a média de idade foi de 9,6 anos. Os alunos da escola particular

(17 alunos, 35%) possuíam 11 anos completos, 24 do sexo masculino e 24 do sexo feminino, 50%, respectivamente, e a média de idade foi de 10,8 anos.

As sessões foram momentos enriquecedores para ambas as partes, as crianças se mostraram bastante atraídas pelo jogo, demonstrando atenção (por meio de arguição ao pesquisador e conhecimento regular sobre a temática geral) e participação efetiva (interagindo inter-colegas para obter novos saberes), com questionamentos além do que havia sido explanado. Foram momentos lúdico-dinâmicos de interação entre os pesquisadores e os estudantes.

Percebeu-se, com a aplicação do jogo, que os escolares de 8 a 10 anos possuíam menos conhecimento em relação aos fatores de risco de um AVC quando comparados aos escolares de 11 e 12 anos. No entanto, em ambas as idades os alunos sabiam o conceito básico de AVC, assim como os hábitos de vida saudáveis que podem preveni-lo.

Por meio do pré-teste, observou-se que o nível de conhecimento prévio do público-alvo sobre a temática geral era regular. Com a realização desta atividade educativa, notou-se que eles adquiriram mais conhecimentos sobre a temática.

Nas escolas públicas, foi possível observar que as questões que abordavam os fatores de risco do AVC foram as que apresentaram um maior déficit de conhecimento se comparadas com as demais questões ainda no pré-teste (conhecimento, conceito básico de AVC e os hábitos de vida saudáveis para prevenir o AVC). O mesmo se repetiu nas escolas particulares.

Ao abordar o conceito básico do AVC, o estudo demonstrou que 109 (76,8%) dos escolares antes da ação educativa já sabiam conceituar o AVC. No que se refere aos fatores de risco que poderiam levar alguém a ter um AVC, o estudo demonstrou que 78 (56,8%) dos escolares não tinham conhecimento em relação aos fatores de risco.

Com relação aos hábitos de vida saudáveis para prevenir o AVC, visualizou-se que 115 (83,3%) possuíam conhecimentos sobre os hábitos saudáveis para prevenir a patologia.

Com a aplicação do pós-teste foi possível avaliar que o jogo implementado foi eficaz para a aquisição de conhecimento pelos escolares, ajudando-os a reconhecer os principais fatores de risco da doença cerebrovascular e como modificar aqueles que são passíveis de serem eliminados a partir da adesão de hábitos saudáveis desde a infância.

Ao comparar as médias aritméticas (MA) dos

questionários, notou-se que a média das notas dos participantes aumentou significativamente em relação à média das notas que obtiveram antes da ação, pois nas escolas públicas a MA era de 6,5 pontos no pré-teste e alcançou 9,0 pontos no pós-teste. O mesmo aconteceu na particular, alterando-se de 7,5 pontos no pré-teste para 9,2 pontos no pós-teste.

DISCUSSÃO

A educação em saúde vem sendo apontada como uma das melhores estratégias para alcançar indicadores positivos, no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de doenças em escolares⁶. Destarte, estudos^{10,11} demonstram que as atividades de educação em saúde são iniciativas de efeito positivo e de reconhecimento da importância do desenvolvimento de competências inclusivas no aprendizado sobre doenças que emergem do cotidiano, como o AVC e seus fatores de risco.

Em estudo¹² sobre conhecimento da população acerca do AVC, com 375 pessoas, demonstrou-se que 65,6% da população acima de 37 anos não conhecia quais são os fatores de risco do AVC. O estudo em tela contempla crianças de 8 a 10 anos, contudo, demonstra que os sinais do AVC e seus fatores de risco ainda não são conhecidos por diferentes faixas etárias, considerando-se que o aprendizado em casa também é deficiente devido aos genitores não deterem esse conhecimento.

Um ensaio clínico¹³ demonstrou que 79 escolares de 7 a 11 anos, de ambos os grupos (controle e intervenção), tinham conhecimento prévio sobre hábitos saudáveis e fatores de risco cardiovasculares antes das intervenções educativas, sem diferença estatística significativa entre os grupos. Esse achado reforça os dados encontrados no estudo em tela, em que 109 detinham conhecimento regular sobre o assunto.

Para crianças que possuem conhecimento prévio sobre fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, a literatura aponta esforço por parte das escolas e da mídia, tornando possíveis as orientações sobre hábitos saudáveis e prevenção de doenças crônicas ainda no ambiente escolar ou por meio de recursos eletrônicos¹³.

Ressalta-se que, neste estudo, muitos participantes reportavam aos pesquisadores que algum parente próximo ou vizinho havia sofrido um AVC, por isso sabiam conceituar a doença. Com

isso, é possível inferir que a maioria dos escolares sabe o que é um AVC e que mesmo que grande parte não saiba quais são os fatores de risco da doença, possuem conhecimento sobre os hábitos de vida saudáveis para prevenir seus fatores de risco.

A maioria dos professores não tem nem recebe em sua formação conhecimento em primeiros socorros¹⁴. Nesse contexto, com a análise descritiva, deduziu-se que os professores, de ambas as redes, também não foram capacitados em relação aos sinais, sintomas e fatores de risco do AVC. A falta de informação sobre a patologia, por parte dos professores, pode justificar o conhecimento prévio não satisfatório dos seus alunos, tomando como base a discrepância das pontuações entre pré-teste e pós-teste.

No pré-teste, os escolares não tiveram conhecimentos satisfatórios quando o assunto foi fatores de risco para o AVC, o que facilmente se reverteu após a ação educativa. Houve diferença de 2,5 pontos de acréscimo na curva de conhecimento para estudantes de escolas públicas e 1,7 no ensino particular. Nesse sentido, entende-se que as atividades educativas em saúde podem ser uma boa estratégia educacional para escolares. Isso ratifica a importância de atividades educativas desenvolvidas pela equipe de saúde e, em especial, pelos enfermeiros, que dispõem de atividades empoderadoras e que facilitam os aprendizados de estratégias voltadas à educação em saúde, especialmente sobre os fatores de risco para o AVC³.

Por isso, fomenta-se a atuação do enfermeiro nas escolas, especialmente nas atividades de educação em saúde, visto que esse é um cenário importante para a construção da cultura de saúde, o que pode fortalecer as capacidades individuais e da comunidade, assim como a criação de ambientes saudáveis¹⁵. Todavia existem empecilhos para a execução de um programa voltado para a prática do enfermeiro no ambiente escolar, tais como a escassa disponibilidade de horário por parte dos profissionais de enfermagem e a difícil adequação do cronograma escolar para atividades educativas.

As atividades de extensão com públicos diversos estimulam as pessoas a adotarem hábitos de vida saudáveis e modificarem seus comportamentos, no intuito de diminuir os possíveis riscos de desenvolver o AVC, contribuindo no processo de formação em saúde, conhecimento de doenças e melhorando a qualidade de vida.

Ademais, o enfermeiro pode colaborar diretamente com a formação integral do público

escolar a partir do Programa Saúde na Escola. Esse programa promove diversificadas atividades práticas e teóricas indispensáveis ao desenvolvimento de debates sobre as inúmeras temáticas que preocupam a saúde da população infanto-juvenil¹⁶, dentre elas, as cardiovasculares. O seu objetivo é promover o desenvolvimento integral dos alunos visando capacitá-los para que possam enfrentar as vulnerabilidades que os cercam, especialmente considerando o contexto de pós-pandemia de covid-19¹⁷.

Em continuidade, a atividade foi essencial na formação dos acadêmicos de enfermagem, de modo que consolidou os seus conhecimentos teóricos e práticos sobre a doença cerebrovascular, especialmente com um público tão singular – os escolares. Atividades dessa magnitude contribuem substancialmente para a maturidade do profissional enfermeiro, pois provocam o repensar e despertar para novas estratégias voltadas para o fortalecimento do processo de integração ensino-serviço. Esse processo pressupõe um alinhamento entre áreas do conhecimento e atividades pedagógicas no âmbito da rede de serviços do Sistema Único de Saúde¹⁸.

Dessa forma, entende-se que a modalidade de execução da atividade de extensão em saúde, realizada a partir de um jogo educativo, demonstrou ser eficaz e indicada para a aquisição de conhecimentos por escolares sobre o AVC, formas de prevenção, reconhecimento dos seus fatores de risco e hábitos saudáveis, bem como para o processo de capacitação da comunidade escolar para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde de si, de seus pares e de seus familiares.

Como limitação, tem-se que o trabalho foi desenvolvido em apenas um município, fazendo-se necessário que a ação educativa seja disseminada em outras escolas e regiões como forma de atingir crianças de diferentes perfis. Assim, será possível avaliar precisamente a qualidade, efetividade e aplicação do jogo. Ademais, tem-se que o ambiente escolar é desafiador, por proporcionar diferentes experiências aos profissionais de saúde e pela dinamicidade de saberes do público infanto-juvenil; além disso, a adaptação ao cronograma escolar e aos horários por ele impostos, torna-se um fator limitante para o desenvolvimento de atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresenta as contribuições da

implementação de jogo educativo para a aquisição dos conhecimentos sobre fatores de risco do AVC. Nesse sentido, torna-se uma ferramenta passível de implementação em centros de educação públicos ou privados, principalmente pela carência de informações acerca do tema. Por isso, o aumento dos escores de conhecimento no pré e pós-teste pode ser um indicador reflexivo ao estímulo de jogos educativos sobre doenças não transmissíveis na educação básica.

O estudo reserva contribuição substancial à saúde coletiva ao dispor de uma estratégia útil, de baixo custo e com facilidade de aplicação, que pode aumentar os conhecimentos de discentes e docentes da rede de educação, com foco no AVC. Ainda, fomenta-se a discussão sobre o acesso a esses espaços pelo profissional de enfermagem, como forma de incentivo às práticas de saúde, autocuidado e promoção da saúde. Novos estudos devem clarificar os ganhos de letramento em saúde por meio do uso de estratégias educativas, com grupo controle e intervenção, como forma de estimar a efetividade das ações desenvolvidas em escolares sobre doenças crônicas, em especial, o AVC.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Tahissa Frota Cavalcante, José Erivelton de Souza Maciel Ferreira e Osmar Rodrigues Paixão Neto contribuíram com o delineamento, realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **João Cruz Neto, Rafaella Pessoa Moreira e Daniel Freitas Oliveira Damasceno** contribuíram com a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(5):439-58. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30034-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30034-1)
2. Carvalho VP, Leonardo H, Ribeiro S. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular cerebral. *RevSaúde e Desenvol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 06];13(15):50-61. Available from: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1059>
3. Maniva SJCF, Carvalho ZMF, Gomes RKG, Carvalho REFL, Ximenes LB, Freitas CHA. Educational technologies for health education on stroke: an

integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 4):1724-31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0041>

4. Gueterres ÉC, Rosa EO, Silveira A, Dos Santos WM. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. *Enfermería Global.* 2017;16(2):464. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801>

5. Bragagnollo GR, Santos TS, Fonseca REP, Acrani M, Castelo Branco MZP, Ferreira BR. Playful educational intervention with schoolchildren on intestinal parasitosis. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(5):1203-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0551>

6. Jacob LMS, Melo MC, Sena RMC, Silva J, Mafetoni RR, Souza KCS de. Ações educativas para Promoção da Saúde na escola: revisão integrativa. *Saude e pesquisa* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 06];12(2):419-27. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p419-426>

7. Melariri H, Osoba TA, Williams MM, Melariri P. An assessment of nurses' participation in Health Promotion: a knowledge, perception, and practice perspective. *J Prev Med Hyg.* 2022;26;63(1):27-34. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.1.2209>

8. Ferreira JESM, Cavalcante TF, Silva RM, Oliveira LR, Nemer APL, Moreira RP. Evaluación de un juego educativo sobre salud cerebrovascular para personas con enfermedades crónicas: estudio cuasiexperimental. *Av Enferm.* 2022;40(1):11-23. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n2.100161>

9. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Rev Lusófona Educ* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 06];(40):13-27. Available from: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>

10. Godoi BB, Gonçalves TS, Silva HH, Andrade LCR, Alves KMS, Kato KC, et al. Impacto da experiência de ensino- aprendizagem no Acidente Vascular Cerebral: educação em saúde e gamificação. *Interfaces* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 06];9(2):164-80. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/24883>

11. Cruz Neto J, Gouveia RBA, Feitosa EMS, Moura VA, Morais JMST, Figueiredo MFER. Relato sobre a assistência de enfermagem à gestante com incompetência istmo cervical. *RSC* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 06];18(1). Available from: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/8474>

12. Machado VS, Hahn L de M, Martins MIM, Marrone LCP. Conhecimento da população sobre Acidente Vascular Cerebral em Torres RS. *Rev Bras Neurol* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 06];56(3):11-4.

13. Cecchetto FH, Pena DB, Pellanda LC. Playful Interventions Increase Knowledge about Healthy Habits and Cardiovascular Risk Factors in Children: The CARDIOKIDS Randomized Study. *Arq Bras Cardiol.* 2017;103(9):199-206. <https://doi.org/10.5935/abc.20170107>

14. Olmos-Gómez MDC, Ruiz-Garzón F, Pais-Roldán P, López-Cordero R. Teaching First Aid to Prospective Teachers as a Way to Promote Child Healthcare. *Healthcare (Basel).* 2021;9(4):367. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040367>

15. Cassiani SHB, Dias BM. Expansion of nurses' roles, in the context of the SARS-CoV-2 pandemic, in primary and secondary schools. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 6):e7:1-2. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202174suppl602>

16. Anjos JSM, Souza AEF, Lima BV, Freitas JV, Lopes RMM, Braz VP, Corrêa THC. A relevância da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Programa Saúde na Escola: uma revisão integrativa. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2022;15(5):e10328-e10328. <https://doi.org/10.25248/reas.e10328.2022>

17. Anjos JSM, Fernandes CAS, Oliveira FTL, Silva MD, Nascimento VS, Sousa VS, Barbosa PGP, Neves WC, Ferreira MVR, Barbosa MH. Significado da Enfermagem no Programa de Saúde na Escola (PSE) pós pandemia da Covid-19: um relato de experiência. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2022;15(6):e10566. <https://doi.org/10.25248/reas.e10566.2022>

18. Ramos, TK, Nietzsche EA, Backes VMS, Cogo SB, SalbegoC, Antunes AP. Teaching-service integration in supervised internship in nursing: the perspective of nursing supervisors, professors and managers. *Texto contexto enferm.* 2022;31:e20210068. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0068>

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

PHARMACIST'S PERFORMANCE IN A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH: CHALLENGES AND PERSPECTIVES
ACTUACIÓN DEL FARMACÊUTICO EN UNA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA: DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Tainara Melo Lira ¹

Viviane Pinheiro Alves de Almeida ²

Como Citar:

Lira TM, Almeida VPA. Atuação do farmacêutico em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família: desafios e perspectivas. *Sanare*. 2023;22(1).

Descritores:

Prática Farmacêutica Baseada em Evidências; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Pandemia de covid-19.

Descriptors:

Evidence-Based Pharmaceutical Practice; Family Health Strategy; Primary Health Care; Covid-19 Pandemic.

Descriptores:

Práctica Farmacéutica Basada en Evidencias; Estrategia Salud de la Familia; Atención Primaria a la Salud; Pandemia de covid-19.

Submetido:

21/04/2022

Aprovado:

02/06/2023

Autor(a) para Correspondência:

Tainara Melo Lira
QN 12c Conjunto 4 Lote 10, Riacho Fundo II, Brasília (DF),
CEP: 71881-642
E-mail: tainaralira@hotmail.com

RESUMO

A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é vista como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para a melhoria dos resultados em saúde, principalmente no nível dos cuidados primários. O objetivo deste artigo é descrever a experiência quanto à atuação de uma farmacêutica em uma Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família. A atuação do profissional farmacêutico deu-se principalmente durante as práticas de dispensação guiada, consultas farmacêuticas, prescrição, interconsultas, visitas domiciliares e grupos em saúde. Com sua visibilidade em campo, a perspectiva é sua crescente inserção em Programas de Residência em Saúde da Família e, quiçá, em futuro próximo, sua integração diretamente às equipes de Saúde da Família, considerando as mudanças institucionais no cenário nacional.

1. Farmacêutica. Pós-graduada em Saúde da Família/Atenção Básica, na modalidade Residência (UFPI). Vinculação institucional: UFPI/UnB. Email: tainaralira@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4284-6683>.

2. Farmacêutica. Mestre em Biotecnologia. Vinculação institucional: Ufdpar/UFPI/Renorbio. Email: vivianepalmeida@live.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4884-3547>

ABSTRACT

The active participation of pharmacists in multidisciplinary teams is seen as a necessity for redesigning the care model for chronic conditions, and for improving health outcomes, especially at the primary care level. The objective of this article is to describe the experience regarding the role of a pharmacist in a Multiprofessional Residency in Primary Care and Family Health. The performance of the pharmaceutical professional took place mainly during practices of guided dispensing, pharmaceutical consultations, prescription, interconsultations, home visits, and health groups. With their visibility in the field, the perspective is an increasing insertion in the Residency Programs in Family Health and, perhaps, in the near future, their integration directly into Family Health teams, considering the institutional changes in the national scenario.

RESUMEN

La participación activa del farmacéutico en los equipos multiprofesionales es vista como necesidad para el rediseño del modelo de atención a las condiciones crónicas y para la mejora de los resultados en salud, principalmente en el nivel de los cuidados primarios. El objetivo de este artículo es describir la experiencia cuanto a la actuación de una farmacéutica en una Residencia Multiprofesional en Atención Básica y Salud de la Familia. La actuación del profesional farmacéutico se dio principalmente durante las prácticas de dispensación guiada, consultas farmacéuticas, prescripción, interconsultas, visitas domiciliarias y grupos en salud. Con su visibilidad en campo, la perspectiva es su creciente inserción en Programas de Residencia en Salud de la Familia y quizás, en futuro próximo, su integración directa a los equipos de Salud de la Familia, considerando los cambios institucionales en el escenario nacional.

.....

INTRODUÇÃO

No Brasil, a inclusão da Assistência Farmacêutica (AF) deu-se por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos, em 1988, e, em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) reforçou a farmácia como parte integrante da Política Nacional de Saúde. Assim, conforme a Lei n.º 13.021/14, a Assistência Farmacêutica tem como finalidades principais assegurar a assistência terapêutica e integral, a promoção de proteção e recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e uso racional^{1,2}.

Em 2002, com o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, definiu-se a AF como um modelo de prática desenvolvida no modelo assistencial. O atual sistema de saúde vigente no Brasil – o Sistema Único de Saúde (SUS), advindo do Movimento da Reforma Sanitária, que tem como princípios básicos a universalidade, a igualdade e a integralidade, inspirou a conquista de mais um campo da farmácia, o da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como espaço de atuação, a Unidade de Saúde^{3,4}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de reordenação da atenção à saúde primária, e prioriza ações de cuidados à saúde de usuários,

família e comunidade, de forma contínua e integral; o profissional farmacêutico, no contexto da Atenção Básica, tem se integrado paulatinamente às equipes de Saúde da Família (eSF), promovendo o Cuidado Farmacêutico e colaborando com a resolutividade do sistema e das ações de saúde, especialmente em relação ao uso correto e seguro dos medicamentos^{5,6}.

A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é vista como necessária para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para a melhoria dos resultados em saúde, principalmente no nível dos cuidados primários. Assim, em 2002, foram criados os programas de residência multiprofissional em saúde, favorecendo a formação qualificada de jovens profissionais da saúde, não médicos, para a atuação no SUS, possuindo caráter multidisciplinar, o que possibilita uma relação recíproca entre as diversas intervenções técnicas e a interação entre profissionais de diferentes áreas, sendo um lugar de apropriação de conhecimentos, atuação crítica, reflexiva, propositiva e tecnicamente competente^{1,7,8}.

Observa-se, no Brasil, um considerável crescimento da implantação de serviços clínicos, em nível hospitalar, ambulatorial ou atenção primária, públicos ou privados. A atuação clínica do farmacêutico tem sido intensificada na atenção

à saúde, respaldada pelas resoluções do Conselho Federal de Farmácia n.º 585 e 586, de 29 de agosto de 2013, que regulamentam as atribuições clínicas do farmacêutico e prescrição farmacêutica, respectivamente, assegurando direitos e responsabilidades do profissional na área de atuação^{2,9}.

A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, promover a saúde e prevenir a doença e outras condições, é um desafio para o sistema de saúde brasileiro, pois o farmacêutico, apesar de representar um profissional estratégico para o sistema de saúde, é, de forma geral, subutilizado. A PNAF não prevê, no âmbito da APS, a presença do farmacêutico diretamente nas eSF, apenas integrados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou em caráter de Residência Profissional^{2,4}.

Visto isso, observando os desafios e perspectivas exitosas da atuação da classe profissional no âmbito da Atenção Primária, o presente artigo relata a experiência da atuação de uma farmacêutica em uma Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família com atividades realizadas no biênio 2020-2021.

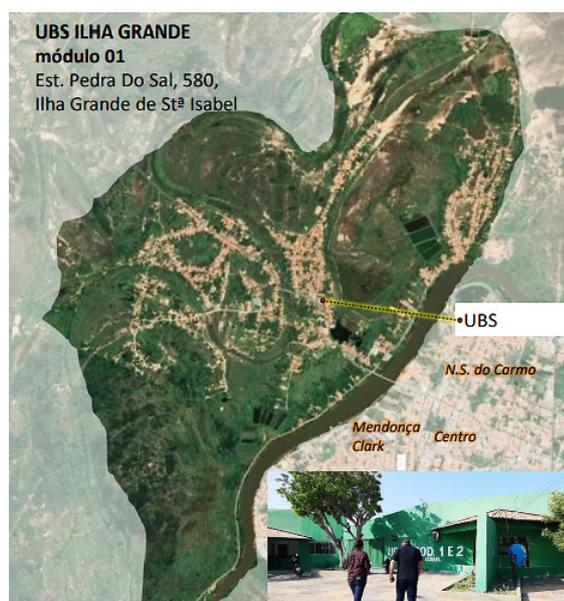
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência profissional como farmacêutica residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica /Saúde da Família (PRMSF), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), no biênio 2020-2021.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família (PRMSF), da UFPI, teve início em março de 2016, no *campus* Ministro Reis Velloso, em Parnaíba-PI, e conta com três profissionais farmacêuticos lotados em equipes de Saúde da Família distintas, atuando, de forma complementar, por 4 horas semanais, na farmácia da Assistência Farmacêutica do município. A carga horária semanal do programa é de 60 horas, sendo 40 horas em atividades práticas e 20 horas de atividades teóricas, cumprindo a carga horária total do programa, que é de 5.760 horas (24 meses).

No contexto local, Parnaíba é a segunda cidade mais populosa do estado, com uma população estimada, em 2020, de 145.705 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e conta com 44 equipes de Saúde da Família. O território adscrito pela residente, Ilha Grande de Santa Isabel, trata-se de um bairro de zona rural, localizado próximo ao acesso da Praia Pedra do Sal e da cidade de Ilha Grande do Piauí (Morros da Mariana) (Figura 1), e um dos mais populosos da cidade, contando com 18 microáreas, 5.265 usuários cadastrados, sendo 2.473 domiciliados e 1.087 famílias, conforme o sistema de Estratégia e-SUS Atenção Primária (E-SUS).

Figura 1 – Disposição geográfica do território adscrito – Ilha Grande de Santa Isabel.



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Parnaíba-PI ¹⁰.

O processo de territorialização contou com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACSs), sendo coletados e analisados, conforme referencial teórico pré-existente, os dados locais para obtenção de um diagnóstico situacional da condição de saúde da população e dos fatores de riscos, considerando: os dispositivos de apoio, dispositivos psicossociais disponíveis, as dificuldades e potencialidades, bem como as dimensões culturais e religiosas da população adscrita.

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do bairro da Ilha Grande de Santa Isabel comportam duas equipes de Saúde da Família, formadas por uma enfermeira, um médico, um atendente de regulação, uma atendente social, uma técnica de enfermagem, um vigia, uma auxiliar de serviços gerais e nove ACSs, cada. Como partes da equipe multiprofissional de residentes, inserem-se uma enfermeira, uma farmacêutica, uma psicóloga e um fisioterapeuta, atuantes nas duas equipes. O presente relato trata da atuação da farmacêutica residente dessas equipes, durante o período de março de 2020 a dezembro de 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A imersão no cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no território deu-se a partir do dia 9 de março de 2020, com atividades de acolhimento através da apresentação dos profissionais de cada eSF, estrutura física, serviços existentes e fluxograma das unidades. Em um segundo momento, foram iniciadas atividades de territorialização, com auxílio dos ACSs, realizando-se visitas periódicas às microáreas cobertas por cada agente.

Conforme Campos e Guerrero¹¹, os processos de territorialização têm como etapa fundamental a “apropriação/conhecimento” do território pelas equipes de trabalhadores na Atenção Básica, e têm se detido à formulação de “mapas” – compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, demográfico, rede social normativa, perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc.

No processo, observou-se que o bairro conta com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), quatro escolas de ensino fundamental, uma creche e associações de moradores que têm como principal fonte de renda o artesanato. Dentre as percepções levantadas durante a territorialização, foi possível detectar como questões de maior relevância: a

gravidez na adolescência, com casos frequentes de gestantes na faixa etária entre 13 e 18 anos; demanda de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, contemplados por ações do grupo denominado Hiperdia, destinado ao acompanhamento e aconselhamento desses usuários.

Sobretudo, observou-se alta demanda de casos de problemas de saúde mental. Em período pré-pandêmico, realizava-se em uma igreja próxima à unidade de saúde, o Grupo de Escuta e Acolhimento (GEA), integrando esses usuários, além de atendimento psiquiátrico voluntário realizado uma vez por semana na unidade. Em período pandêmico, os encontros do GEA foram cessados e as consultas psiquiátricas mantidas.

O momento exigiu da equipe multiprofissional, incluindo a farmacêutica, outras vias para acompanhamento dos casos, como o contato remoto, pois, por questão de saúde pública, políticas de distanciamento social foram impostas, impactando no planejamento de atividades de caráter coletivo. No entanto, o planejamento local em saúde limitou-se a duas microáreas, devido à incidência de casos de contaminação por covid-19 e, conseqüentemente, ao afastamento de profissionais classificados como grupo de risco.

As atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos no SUS incluem ações técnico-pedagógicas, técnico-gerenciais e técnico-assistenciais. Os serviços de clínica farmacêutica correspondem às funções do farmacêutico, diretamente vinculadas ao usuário e às atividades técnico-pedagógicas, representando funções vinculadas à coletividade (família e comunidade), bem como à gestão do conhecimento (equipe de saúde)¹.

Diante do cenário pandêmico, o enfoque inicial da atuação deu-se em atividades ligadas à clínica farmacêutica no âmbito individual, visando ao cuidado do usuário, considerando o uso racional de medicamentos, prática que auxilia na adesão e efetividade do tratamento prescrito. Tendo em foco o isolamento de usuários sintomáticos, realizou-se a notificação daqueles com sintomas gripais, dispensação guiada de medicamentos para manejo dos sintomas e/ou outras condições de saúde, além de produção de vídeos informativos – encaminhados aos ACSs e aos usuários da comunidade, sendo essas ações substanciais para o cuidado farmacêutico nos primeiros meses de residência, diante das medidas de distanciamento.

As equipes de Saúde da Família do bairro

encontravam-se há um ano sem a presença do profissional farmacêutico em campo. Diante do fato, foram propostas intervenções técnico-pedagógicas, a fim de conscientizar e instruir os profissionais quanto à Gestão de Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica e corporificar as ações do profissional nas equipes com o planejamento de ações direcionadas às boas práticas de armazenamento e dispensação de medicamentos, focando nos profissionais com acesso à farmácia [técnicos, médico da Família, equipe de Residência e gestor(a)].

Uma questão que impacta diretamente no direcionamento das ações trata-se do fato da Política Nacional de Assistência Farmacêutica não prever, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a presença do farmacêutico⁴, levando à falta de referencial no serviço. Nesse contexto, não existe um papel definido das competências e limites da atuação farmacêutica, isso porque ainda são pouco difundidas e incipientes as experiências do farmacêutico na Atenção Primária¹².

Além disso, o município não conta com profissional farmacêutico integrado ao NASF, sendo presenciado ainda, no ano de 2020 (em âmbito nacional), o fim da obrigatoriedade de equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por meio de nota técnica do Ministério da Saúde¹³, ficando a critério da gestão municipal a atuação do profissional no segmento.

A limitação da atuação do profissional em campo impacta dentro da vivência em Residência, percebendo-se o desconhecimento das atividades clínicas do farmacêutico por parte da comunidade e da equipe; o profissional residente se defronta com o compromisso desafiador de redobrar ações e estratégias para a inserção de serviços, para então conquistar reconhecimento no desempenho de determinadas funções.

Barberato, Scherer e Lacourt¹⁴, ao reunirem nove artigos com relatos de experiências referentes à prática profissional do farmacêutico na Atenção Primária, notaram que a inserção do profissional na equipe é tema central dos estudos, os quais apontam desafios e dificuldades quanto ao reconhecimento e aceitação das intervenções do farmacêutico, havendo predomínio do isolamento do profissional. No entanto, os pesquisadores também focam nas potencialidades para a prática profissional na Atenção Básica, com o olhar para o futuro em construção¹³.

A expansão das atividades assistenciais do farmacêutico ocorreu, em parte, como resposta ao fenômeno da transição demográfica e epidemiológica observado na sociedade, e, com a implantação do novo modelo de atenção à saúde no Brasil, houve uma grande necessidade de qualificar os profissionais para atuarem na equipe de Saúde da Família^{4,15}.

Contudo, permanece a lacuna principalmente no campo das políticas públicas, de uma proposta consistente de modelo para os serviços de assistência farmacêutica na Atenção Básica à Saúde que possam ser incentivados e reproduzidos no plano nacional, que contribuam efetivamente para o uso racional de medicamentos no país e para a melhoria das condições de saúde da população brasileira¹.

Atuando na comunidade, pôde-se observar uma visão curativista e medicalocêntrica no atendimento às demandas diárias. Por isso, é importante a formação clínica na matriz curricular nos cursos de Farmácia, além de cursos de aperfeiçoamento para a consolidação de sua formação centrada no cuidado com o ser humano, visando à desmedicalização.

Dessa forma, no âmbito de estruturação da formação clínica, o direcionamento da grade curricular, e o aperfeiçoamento profissional na área (especialização, uso de guias, algoritmos de prática clínica e aplicativos de suporte), forneceram bases para a seleção das melhores condutas quanto ao apoio do paciente no manejo de problemas autolimitados em consultas farmacêuticas, além de fortalecer a troca interprofissional, efetivando o cuidado, principalmente através de interconsultas e compartilhamento de casos clínicos.

Na atuação em campo durante o biênio, os principais dispositivos de manejo clínico foram: dispensação guiada de medicamentos, consultas farmacêuticas, interconsultas, visitas domiciliares e grupos em saúde. Segundo Perini, a dispensação é o momento da recepção do medicamento, insumo farmacêutico ou correlato, pelo usuário, fornecido por profissional habilitado, devendo analisar condições anteriores de erro, fornecer informações para o uso correto e estabelecer condições para o acompanhamento dos resultados da terapêutica adotada¹⁶.

Durante a dispensação, o farmacêutico deverá analisar a prescrição quanto à legibilidade, assinatura/CRM, dosagem, via de administração, nome do usuário e data. De igual modo, deve observar o aspecto físico-químico, validade, concentração, forma farmacêutica e quantidade do medicamento.

Frequentemente essa função é marginalizada, porém é no momento da dispensação de medicamentos que o farmacêutico entra em contato com grande parte dos usuários do sistema, viabilizando a identificação dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) e as dificuldades na adesão ao tratamento¹⁷.

Na prática, o contato com o paciente durante a dispensação farmacêutica viabilizou o compartilhamento de informações/orientações com o usuário, a fim de um seguimento exitoso no tratamento farmacológico. Com frequência, usuários do sistema apresentavam queixas de condições de saúde autolimitadas, portadores de doenças crônicas e/ou polimedicados, os quais ao apresentarem queixas e/ou dúvidas eram convidados ao setor de farmácia para a realização de consulta farmacêutica.

No entanto, vale considerar a alta demanda na atividade de dispensação, principalmente em dias de maior fluxo, além do espaço físico limitado. Conforme o artigo 7º da Resolução do Conselho Federal de Farmácia, n.º 585, de 29 de agosto de 2013, a consulta farmacêutica deve se prover em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento¹², o que muitas vezes não era viável, uma vez que não havia sala privativa para o atendimento clínico, bem como a sobrecarga do setor da farmácia com demandas de dispensação.

A limitação assemelha-se àquela apontada no relato de Bosse, Oliveira & Becker¹⁸, em que em sua experiência o ambiente destinado à farmácia localizava-se na última sala do corredor da unidade, dificultando o acesso dos pacientes e a dispensação, uma vez que essa ocorria na recepção ou na sala de consultas de enfermagem, não havendo, portanto, ambiente adequado para a orientação no momento da dispensação de medicamentos.

Durante a consulta, era realizada a anamnese farmacêutica, acesso ao prontuário do paciente, solicitação e avaliação de exames laboratoriais, além de aferição de pressão, glicemia, aplicação de injetáveis e intervenções na farmacoterapia de forma individualizada, e, quando necessário, discutia-se o caso clínico de forma integrada com outros membros da equipe de saúde. Tais atividades demandam tempo e atenção do profissional, porém a sobrecarga de atividades na rotina muitas vezes inviabilizava a atenção integral ao paciente.

Com isso, uma ferramenta crucial foram visitas domiciliares (VD), estratégias da APS para os processos de mudança do modelo de saúde, que têm

o intuito de promover saúde com o desenvolvimento da atenção integral¹⁹. As VD foram retomadas gradualmente, inicialmente para casos críticos, e, após avanço da vacinação, para casos de rotina, aos quais a farmacêutica foi invitada, pelos agentes comunitários de saúde, a participar.

A fim de facilitar o manejo de tratamento, a adesão farmacoterapêutica e uso seguro dos medicamentos, principalmente de pacientes idosos, polimedicados e/ou não alfabetizados, calendários posológicos e caixas de medicamentos individualizadas (Figura 2) foram instrumentos utilizados durante as consultas em VD.

Figura 2 – Caixa separadora de medicamentos e calendário posológico individualizado.



Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Gimenes, as intervenções farmacêuticas aos pacientes polimedicados garantem o uso racional de medicamentos e, por meio desse cuidado, podem-se planejar estratégias de monitoramento e melhoria contínua. Além de o paciente ser o maior beneficiado com a atenção integral, o farmacêutico alcança a realização profissional e ganha maior valorização dos demais membros da equipe e da população²⁰.

Quando necessário, seguindo Resolução do Conselho Federal de Farmácia n.º 586, que regula a prescrição farmacêutica, foram prescritas terapias farmacológicas e não farmacológicas por meio da prescrição farmacêutica. A prescrição farmacêutica

é o ato no qual o farmacêutico determina uma farmacoterapia para ajudar na recuperação do paciente, assim sendo, uma forma de documentar de forma oficial o atendimento aos indivíduos, de modo a fortalecer o reconhecimento do exercício clínico do farmacêutico, levando sempre em consideração a promoção e prevenção da saúde²¹.

Devido à alta busca de pacientes com demanda de saúde mental no período pandêmico, interconsultas com a psicóloga da equipe foram realizadas, resultando muitas vezes em prescrições medicamentosas de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs), incentivo às Práticas Integrativas e Complementares (PICs), como prescrição e aconselhamento quanto ao uso de chás, plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (dispostos em compêndios oficiais), bem como incentivo às condutas não farmacológicas, tais como consumo de alimentos saudáveis, prática de atividades físicas e adesão à psicoterapia. Quando necessário, realizou-se encaminhamento a outros profissionais da equipe ou de outras Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Um dos principais desafios na atividade de prescrição foi a limitação na efetividade da documentação, interferindo na evolução farmacêutica. Devido à recente transição da unidade, no ano de 2020, ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), da estratégia e-SUS APS, frequentemente usuários atendidos não se encontravam cadastrados no sistema eletrônico, levando à busca dos prontuários físicos, de difícil acesso e com informações desatualizadas dos usuários, além de não disponibilizar a área específica de prescrição ao farmacêutico, restrito ao método SOAP (Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano).

Para enfrentar a limitação do sistema, casos de pacientes polimedicados ou que apresentaram PRMs foram registrados em fichas de Estado de Situação adaptadas, a fim de realizar um seguimento farmacoterapêutico, conforme Método Dáder (Figura 3). O Método Dáder baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada, a fim de identificar e resolver os possíveis PRMs apresentados²². O uso do método permitiu a conferência detalhada da farmacoterapia, facilitando a identificação de interações medicamentosas, e a discussão do caso com equipe multidisciplinar.

Figura 3 – Estado de Situação adaptado (Método Dáder) adaptado.



UBS Ilha Grande de Santa Isabel - Parnaíba - PI

DATA: / /

ESTADO DE SITUAÇÃO

PACIENTE:		CNS:	Nº Prontuário/ACS:	
SEXO:	DATA DE NASC.:	ALERGIAS:		

PROBLEMAS DE SAÚDE				MEDICAMENTOS				AVALIAÇÃO			
PROBLEMA DE SAÚDE	INÍCIO	CONTROLADO	PREOCUPA	MEDICAMENTO	DESDE	POSOLOGIA		N	E	S	Suspeita PRM
						PRESCRITA	UTILIZADA				

OBSERVAÇÕES:	DATA	PARÂMETROS	
		P.A.	GLICEMIA

Fonte: Dados da pesquisa.

Por fim, estratégias como grupos e ações de caráter coletivo foram de extrema importância para a

consolidação da gestão em cuidado. Essas ações foram sendo viabilizadas, gradualmente, com o aumento da taxa de vacinação contra a covid-19 no município. Ações de educação em saúde como as voltadas para o público de gestantes, saúde da mulher e atendimento a hipertensos e diabéticos em localidades mais afastadas ou em outras redes (como CRAS) foram executadas, sendo cruciais para firmar o profissional farmacêutico como um agente ativo e integrado à comunidade, carreando o Cuidado Farmacêutico dentro e fora da unidade de saúde.

CONCLUSÃO

Diante dos desafios da atuação do profissional farmacêutico na Atenção Primária, nota-se a importância da capacitação profissional no âmbito da saúde pública, o que estrutura sua atuação na comunidade, promovendo seu olhar como educador em saúde. Com sua visibilidade em campo, a perspectiva é sua crescente inserção em Programas de Residência em Saúde da Família, e, quiçá, em um futuro próximo, sua integração diretamente às equipes de Saúde da Família, considerando as mudanças institucionais no cenário nacional. Observada, na experiência, a grande demanda de serviços relativos à área, conclui-se que a assistência do farmacêutico no SUS reduz a sobrecarga do sistema, além de ampliar e fortalecer a rede de cuidado ao usuário.

CONTRIBUIÇÕES DAS AUTORAS

Tainara Melo Lira contribuiu com o delineamento, realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Viviane Pinheiro Alves de Almeida** contribuiu com o delineamento do estudo e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
2. Brasil. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília (DF): Conselho Federal de Farmácia; 2016.
3. Brasil. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Melo OF, Almagro MB, Alves NN, Falcão AMV, Balreira KS, Santos MLR. Conhecimentos e práticas do farmacêutico na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Sobral-CE. *Sanare* [Internet]. 2009 [cited 2022 May 28];8(2):17. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/15>
5. Públio RN, Couto BRGM, Valadão AF, Rezende EM. Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. *Rev de Administração Pública* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 10];48(6):1567-85. Available from: <https://www.scielo.br/j/rap/a/6RZS6ydgf7KJX5CJdQFGmwn>
6. Rover MRM, Vargas-Pelaez CM, Farias MR, Leite SN. Access to high-cost drugs in Brazil from the perspective of physicians, pharmacists and patients. *Rev Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 10];30(2):110-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26850831>
7. Oliveira AMB, Medeiros NT. Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da família: Relato de experiência. *Sanare* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 10];17(2):93. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1266>
8. Assis JCL, Arruda GMMS, Bezerra MIC, Vasconcelos TB. A vivência de um fisioterapeuta em uma Residência Multiprofissional: desafios e possibilidades. *Rev de APS* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 10];20(2):279-87. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1599>
9. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n.º 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília* (2013 Aug 29); Sec 1.
10. Conselho Municipal de Saúde de Parnaíba-PI. Mapa de Regiões de Saúde de Parnaíba - PI. Parnaíba (PI), 2021.
11. Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. *Saúde em debate* [Internet]. 2010 [cited 2022 Jan 10];33(83):241. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43319/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf;jsessionid=900280314DCF5556E5B6EF9E71AF0B7B?sequence=2
12. Ricieri MC, Previatti D, Campese M, Constantini HF, Montrucchio DP, Kades ASO et al. O farmacêutico no contexto da estratégia em Saúde da Família, que realidade é esta?. *Rev Visão acadêmica* [Internet]. 2006 [cited 2022 Jan 10];7(2):1-13. Available from: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/9047/6322>

13. Fiocruz. Saúde da Família perde modelo do NASF - 2020 [Home-page on the Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>

14. Barberato LC, Scherer, MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na Atenção Primária no Brasil: Uma inserção em construção. Cien Saude Colet [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 09];24(1):3717-26. Available from: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmacutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679>

15. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n.º 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, (2013 Aug 29); Sec 1.

16. Perini E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 2003. p. 9-30.

17. Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. Rev Brasileira de Ciências Farmacêuticas [Internet]. 2008 [cited 2022 Feb 05];44:465-75. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbcf/a/5LhXQZPHYWSP5ZJRVGzxdbP>

18. Bosse TS, Oliveira L, Becker IRT. Inserção do profissional Farmacêutico na ESF: um relato de experiência. Rev Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Unesc Popular [Internet]. 2013 [cited 2022 Feb 05];1(1):64-70. Available from: <http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/1157/1121>

19. Diel ACL, Cavinatto AW, Bisognin E, Oliveira KR. Atuação do farmacêutico na Atenção Primária em Saúde: experiências a partir da residência multiprofissional em Saúde da Família. Rev de Educação Popular [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 05];18(2):297-311. Available from: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/download/47157/27151>

20. Gimenes AH. Implantação dos serviços de Farmácia Clínica na Atenção Básica de Campo Grande. Exp Exit de Farmacêuticos no SUS [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 10];4(4):25-31. Available from: <https://revistas.cff.org.br/?journal=experienciasexitosas&page=article&op=view&path%5B%5D=1608>

21. Santos GR, Santos, ALV, Fonseca GAA. Prescrição farmacêutica: uma análise do conhecimento dos profissionais farmacêuticos da cidade de Barra do Garças-MT. Rev Eletrônica Interdisciplinar [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 05];12:209-13. Available from: <http://revista.sear.com.br/rei/article/view/141>

22. Brune MFSS, Ferreira EE, Ferrari CKB. O Método Dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de Pontal do Araguaia-MT, Brasil. Rev Mundo da Saúde [Internet]. 2014 [cited 2022 Feb 05];38(4):402-9. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A05.pdf

