Secretaria Municipal
de Saúde

PALMAS
PREFEITURA

Acervo dos Trabalhos de Conclusão de Residência:

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

2014-2024

Secretaria Municipal de Saúde

Escola de Saúde Pública de Palmas

ACERVO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva 2014-2024

Organização
Ludimila Ines Nunes Prestes

Palmas, TO
2026

Prefeito Municipal de Palmas
José Eduardo Siqueira Campos

Vice-Prefeito
Pastor Carlos Velozo

Secretária Municipal de Saúde (SEMUS)
Ana Paula dos Santos Andrade Abadia

Secretário Executivo de Saúde
Daniel Borini Zemuner

Secretária Executiva da Escola de Saúde Pública de Palmas
Ludimila Alves Monturil Barros

Secretária Executiva de Captação de Recursos
Aline Gonçalves Sene

EQUIPE TÉCNICA E EDITORIAL
Organização
Ludimila Ines Nunes Prestes
Colaboração e Elaboração
Karenina Bezerra Rodrigues Pegado
Equipe de Apoio
Giorge Arão Almeida Carvalho
Hianna da Silva Ferreira
Khaynnann Hakhann de Sousa Rodrigues

Autores(as)
Adriano de Medeiros Tôrres
Adileia Fernades Barros da Silva Santos
Amanda Alexandrino Carvalho Araujo
Andressa Alexa Macedo da Silva
Andre Felipe Lopes Silva Aires Araujo
Ana Ilian Santos Fonseca Daoud
Ana Paula Barbosa de Brito
Ana Paula de Castro do Nascimento
Ana Vitória Lima Barbosa
Aldair Martins Barasuol
Allana Lima Moreira Rodrigues
Aline Lima Medeiros
Alexandre Maia Cardoso
Alessandra Kelle Soares de Sousa
Alice Kelly Reis de Oliveira Camarolli
Atila Coelho Barbosa
Beatriz Maria Juwer da Costa
Beatriz Souza Paranhos
Bruna Herênio Fernandes
Bruna Rodrigues Alencar
Camilla Rodrigues Evangelista Silva
Caroline Matos Faria
Carla Fernanda Silvestre
Carlayne de Araujo Dias
Camylle Maia Costa Faria
Creuziane Cutrim Garcia
Cristiane Rodrigues Alves de Araújo
Cristiano Robson dos Santos Oliveira
Cristina Silvana da Silva Vasconcelos
Cristiano Soares da Silva
Daniella Aparecida Araújo Fernandes
Daniele Soares de Moraes
Denyse Moreira Rocha
Dyeksmar Fonseca Maciel
Dókas Pereira Borges
Dhullya Eduarda Resende Santos
Elizangela Cunha Lopes
Ester da Silva Monteiro
Ester Gomes de Oliveira
Émery Fernandes Bento Morais
Eudimara Moreira Guimarães
Even Amanda Alves da Silva
Fabiana Lara Feliciano França
Flor de Lyss Feitosa da Silva
Franciane Leite Chagas
Gersimeyre Coelho de Carvalho dos Santos
Géssica Gomes Marinho
Geyce da Silva Sales
Higor Ribeiro Pinho
Helys Dyanna Furtado Alves
Halanderlan Santana Lima
Heryka Araujo Cavalcante
Ícaro Gonçalves Santos
Igor Vinícius Pimentel Rodrigues
Ingrid Xavier Rodrigues
Isabela Monticelli Fonseca Ribeiro
Izadora Panta da Cruz Lopes
Jacineide Silva e Souza
Jacqueline Jhennysser de Almeida Ferreira
Jackelaynne Coelho Eufrázio
Jactainy das Graças Gonçalves
Jessyka Batista Silva Pinheiro
Jessica Carvalho Navega
Jéssica Fonseca Costas
Jéssica Campos da silva
Jéssica Oliveira de almeida
Jonatas Bezarra Tavares
Joana Louise Machado Peres
Joyce Aires da Silva
José Bernardes da Silva Filho
Jhon Cleyton Barbosa Campos
Juciara Cristina Teixeira
Juliana da Silva Vanderlei
Julliani Conceição Marques Godinho
Kamila Guedes Silva
Kesia Abreu dos Santos
Kivia Borges Vasconcelos
Lais Regina de Sousa Sampaio
Laiana Pereira dos Santos
Layla Cristina de Oliveira Nunes
Lara de Oliveira Lamin
Larissa Timponi Medeiros
Larissa Romão de Carvalho
Libna Laís Ferreira Silva
Lisandra Lustoza Ferro
Lordânia Moura Corrêa Ferreira
Lúcia Helena Fernandes Quintella
Lucrécia Gomes Duarte
Ludimila Freitas de Sá Souto
Lucivania Sousa Santos
Livia Sacha de Castro Soares Oliveira
Layra Miranda da Silva
Maisa Damaso Barbosa
Maria Crislayne de Moraes Lima
Marina Sena de Oliveira
Mariana de Azambuja Picoli Alcântara
Marcella Cruz Freitas
Márcio José Fernandes Filho
Maria Eliza Pedroso Brito
Mallu Mayara de Sousa Leite
Maurielle de Castro Ferreira
Mirelly Vieira Godoy
Patrícia Alves de Mendonca Cavalcante
Patricia Rodrigues dos Santos
Pedro Alexandre da Silva Alencar
Pedro de Almeida Resende Fumagalli
Priscilla Coelho Pereira Mendes
Quezia Catharine Cavalcante de Melo
Raiane Silva Mocelai
Rayla Carvalho Dias
Rayanne Ferreira da Silva
Rayanne Sousa Melo
Rayssa Louza Cruz
Renata da Cunha Carneiro
Renata de Freitas Silva
Renata Zeferino Marques
Roberta Barajás Silva
Rosane Pereira Medeiros
Ruth Martins Santos
Sabrinne Ferreira da Silva
Sara Gonzalez
Samara de Oliveira Barbosa
Silvânia de Jesus Silva
Suenne Ramos de Souza Lemos
Suyanne Siloti Lucas Correa
Talessa Neves Pereira
Tatiane Dias Cardoso
Tatiane da Paixão Silva dos Santos
Thais Cristine Rodrigues de Freitas
Thaisa Tâmara Quaresma Moura
Thaise Morgana da Silva Siqueira
Thallyne Alves Sobral
Vanessa Carneiro Santos
Vanessa Gomes da Cruz

Orientadores(as) e Coorientadores(as)
Alessandro Farias Pantoja (Coorientador)
Ana Carolina Rodrigues Vale e Almeida
Andreza Domingos da Silva
Betania Moreira Cangussu Fonseca
Benta Natânia Silva Figueiredo
Dyanna Furtado
Eliane Patricia Lino Pereira Franchi
Evaneide de Sousa Barros
Fabiana Pires Rodrigues de Almeida Lopes
Flávia Santos Medina
Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Ìcaro Gonçalves Santos
Isnaya Almeida Brandão Lima
Izadória Lopes Rêgo
Jaciela Leopoldino
James Stefison Sousa Santos
Juliana Biazze Feitosa
Julio Gomes Bigeli
José Bruno Nunes Ferreira Silva
Karolyne Botelho Marques Silva
Lana Rúbia Rocha de Sousa
Lauriane Dos Santos Moreira
Ladislau Ribeiro do Nascimento
Leny Meyre Correa Molinari Carrasco
Lorena Dias Monteiro
Lúcia Helena Almeida Gratão
Ludimila Inês Nunes Prestes
Maria do Socorro Rocha Sarmento
Mariana Zogbi Jardim
Marcela Antunes Paschoal Popolin
Márcio Trevisan
Marta Maria Malheiros Alves
Meire da Silva Rodrigues
Milena Alves de Carvalho
Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa
Neci Sena Ferreira
Nábia Souza Gomes
Olga Maria de Alencar
Obede Rodrigues Ferreira
Paula Marieane Souza Praste
Patricia Ferreira Nomellini
Pollyanna Ulhôa dos Santos
Ruth Bernardes de Lima Pereira
Roberta Barajás Silva
Silvana Marques Filgueiras Teixeira

Silvely Tiemi Kojo Sousa
Soraya Rodrigues Dodero
Vanilson Pereira da Silva
Tatiana Evangelista da Silva Rocha Tiago Veloso Neves

Todos os trabalhos foram desenvolvidos por profissionais bolsistas de pesquisa do PET-Palmas (Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho), sendo este uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde (Semus) e da Escola de Saúde Pública de Palmas (ESPP) focada na formação, pesquisa e intervenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
RDA (Resource Description and Access)

P923a
Palmas (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Escola de Saúde Pública de Palmas.

Acervo dos trabalhos de conclusão de residência : Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva 2014-2024 / Prefeitura de Palmas, Secretaria Municipal de Saúde, Escola de Saúde Pública de Palmas ; organização: Ludimila Ines Nunes Prestes; colaboração: Karenina Bezerra Rodrigues Pegado ; equipe de apoio: Giorge Arão Almeida Carvalho, Hianna da Silva Ferreira, Khaynnann Hakhann de Sousa Rodrigues. – Palmas, TO : Escola de Saúde Pública de Palmas, 2026.
Tipo de conteúdo: texto
Tipo de mídia: sem mediação
Tipo de suporte: volume

Inclui trabalhos de conclusão de residência de diversos autores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, período 2014-2024.
ISBN 978-65-01-96361-7

1. Saúde coletiva – Trabalhos de conclusão de residência. 2. Residência multiprofissional em saúde. 3. Saúde pública – Palmas (TO). 4. Profissionais de saúde – Formação. I. Prestes, Ludimila Ines Nunes (organizadora). II. Sousa, Paulo Vitor de (organizador). III. Pegado, Karenina Bezerra Rodrigues (colaboradora). IV. Carvalho, Giorge Arão Almeida (equipe de apoio). V. Ferreira, Hianna da Silva (equipe de apoio). VI. Rodrigues, Khaynnann Hakhann de Sousa (equipe de apoio). VII. Palmas (TO). Secretaria Municipal de Saúde. VIII. Escola de Saúde Pública de Palmas. IX. Título.

CDD: 362.107098117
CDU: 614:378.046(811.7)"2014/2024"(082.2)
NLM 18.2

Elaborada por Marcelo Diniz - CRB 2/1533. Resolução CFB nº 184/2017

Como citar este documento:
PALMAS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Escola de Saúde Pública de Palmas. **Acervo dos trabalhos de conclusão de residência**: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva 2014-2024. Organização: Ludimila Ines Nunes Prestes. Palmas, TO: [Escola de Saúde Pública de Palmas], 2026.

Secretaria Municipal de Saúde

PALMAS PREFEITURA

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o Acervo de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCRs) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, reunindo a produção acadêmica desenvolvida por residentes ao longo de uma década, no período de 2014 a 2024. Este acervo expressa o compromisso institucional com a formação de profissionais qualificados para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), orientados pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e pela defesa da saúde como direito social.

Os trabalhos aqui reunidos resultam de processos formativos ancorados na integração ensino–serviço–comunidade, articulando teoria e prática a partir das necessidades concretas dos territórios. A produção apresentada dialoga diretamente com os desafios contemporâneos da Saúde Coletiva e com as prioridades das políticas públicas de saúde, evidenciando a centralidade do planejamento, da gestão, da vigilância em saúde, da atenção primária, da promoção da saúde e da educação permanente como dimensões indissociáveis do cuidado integral.

Cada trabalho expressa não apenas a produção técnico-científica dos residentes, mas também o registro de experiências vividas em serviço, revelando desafios, aprendizados e estratégias construídas coletivamente para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Trata-se de um acervo que preserva a memória institucional do Programa e evidencia a potência da formação multiprofissional comprometida com a realidade local e regional.

Destinado a gestores, trabalhadores da saúde, pesquisadores, estudantes e demais interessados, este acervo consolida-se como um importante instrumento de apoio à qualificação da gestão, do cuidado e das políticas públicas de saúde, contribuindo para o aprimoramento das práticas no SUS. Ao socializar o conhecimento produzido no cotidiano dos serviços, reafirmamos o papel da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva como estratégia estruturante para o fortalecimento do sistema público de saúde.

Esperamos que este material estimule novas reflexões, subsidie processos decisórios, inspire pesquisas e fortaleça ações comprometidas com a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Boa leitura!

Equipe Organizadora do Acervo de Trabalhos de Conclusão de Residência

Escola de Saúde Pública de Palmas | Secretaria Municipal de Saúde | PALMAS PREFEITURA

SUMÁRIO

TURMA 2014-2016

1. **INTENTOS SUICIDAS: OFICINAS PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E ACOMPANHAMENTO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE**
   Autora: Daniela Aparecida Araujo Fernandes
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

2. **SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM PALMAS, TOCANTINS, 2007-2014**
   Autora: Patrícia Alves de Mendonca Cavalcante
   Orientador: Ruth Bernardes de Lima Pereira

3. **FISIOTERAPIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA.**
   Autora: Rayssa Louza Cruz
   Orientadora: Maria do Socorro Rocha Sarmento

TURMA 2015-2017

1. **EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE VETORIAL DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES, PALMAS TO**
   Autora: Camylle Maia Costa Faria
   Orientadora: Ana Carolina R.V. Almeida

2. **PERFIL DO AFASTAMENTO POR DOENÇAS E AGRAVOS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PALMAS – TO: ANÁLISE DO ANO DE 2015**
   Autor: Dórkas Pereira Borges
   Orientadora: Betânia Moreira Cangussu Fonseca

3. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS QUE FAZEM TRATAMENTOS NO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA HENFIL EM PALMAS -TO**
   Autora: Fabiana Lara Feliciano França
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

4. **PRIMEIRO REGISTRO DOS ESCORPIÕES TITYUS OBSCURUS (GERVAIS, 1843) E TITYUS METUENDUS (POCOCK, 1897) (SCORPIONES, BUTHIDAE) NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL.**
   Autora: Kesia Abreu dos Santos
   Orientadora: Maria do Socorro Rocha Sarmento

5. **TENDÊNCIA DA INCIDÊNCIA E MORTALIDADE MASCULINA POR NEOPLASIAS MALIGNAS SELECIONADAS EM PALMAS - TOCANTINS.**
   Autora: Kivia Borges Vasconcelos
   Autora: Paula Mariane Souza Praste

Orientadora: Patrícia Ferreira Nomellini

6. **A VIGILÂNCIA NOS AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO EM PALMAS – TOCANTINS: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E CONTRIBUIÇÕES AO SETOR.**
   Autora: Renata de Freitas Silva
   Orientador: Betania Moreira Cangussu Fonseca

7. **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS QUE CONVIVEM COM HIV**
   Autor: Roberta Barajás Silva
   Orientadora: Neci Sena Ferreira

TURMA 2016-2019

1. **DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM PALMAS/TO NO PERÍODO DE 2010 - 2015.**
   Autor: Alexandre Maia Cardoso
   Orientadora: Lorena Dias Monteiro

2. **DETERMINANTES PARA A COMPETÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM HANSENÍASE, PALMAS – TOCANTINS**
   Autora: Allana Lima Moreira Rodrigues
   Orientadora: Lorena Dias Monteiro

3. **HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO**
   Autor: Cristiano Soares da Silva
   Orientador: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

4. **AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE FÍSICA DOS IDOSOS/AS QUE PARTICIPAM DO GRUPO DE FORTALECIMENTO DE VÍNCULO, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO EM 2017**
   Autora: Daniele Soares de Moraes
   Orientadora: Marta Malheiros Alves

5. **A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**
   Autora: Franciane Leite Chagas
   Orientador: Jaciela Leopoldino

6. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM PALMAS NO PERÍODO DE 2014 A 2016.**
   Autora: Isabela Monticelli Fonseca Ribeiro
   Orientadora: Marta Malheiros Alves

7. **QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE ATENDIDOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA EM PALMAS-TO**
   Autora: Juciara Cristina Teixeira
   Orientadora: Flávia Santos Medina

8. **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERFIL DAS GESTANTES CONFIRMADAS PARA ZIKA VÍRUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PALMAS, TOCANTINS, ANO 2016**
   Autora: Juliana da Silva Vanderlei
   Orientadora: Lorena Dias Monteiro

9. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO E TRANSPORTE NO PERÍMETRO URBANO DE PALMAS - TO NO PERÍODO DE 2011 A 2016.**
   Autora: Marina Sena de Oliveira
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

10. **HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL, 2001-2012: PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS E TENDÊNCIA TEMPORAL**
    Autora: Patricia Rodrigues dos Santos
    Orientadora: Lorena Dias Monteiro

11. **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO E QUANTIFICAÇÃO DE ADOECIMENTO HUMANO EM ÁREAS DE ALTA INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO CANINA**
    Autor: Pedro Alexandre da Silva Alencar
    Orientadora: Lana Rúbia Rocha de Sousa
    Coorientador: Marta Maria Malheiros Alves

12. **AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO SELO UNICEF EDIÇÃO 2013-2016 SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS**
    Autora: Quezia Catharine Cavalcante de Melo
    Orientadora: Soraya Rodrigues Dodero

13. **APOIO MATRICIAL: DESAFIOS E PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**
    Autora: Thaise Morgana da Silva Siqueira
    Orientadora: Soraya Rodrigues Dodero
    Coorientador: Alessandro Farias Pantoja

TURMA 2017-2019

1. **ANÁLISE COMPARATIVA DO PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES DE COMBATE À ENDEMIAS NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO NO ANO DE 2017**
   Autora: Amanda Alexandrino Carvalho Araujo
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

2. **A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR DESPERCEBIDA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: DADOS DE UMA CAPITAL BRASILEIRA**
   Autor: Andre Felipe Lopes Silva Aires Araujo
   Orientador: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

3. **PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM CENTRO DE SAÚDE DA COMUNIDADE SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO**
   Autora: Carla Fernanda Silvestre
   Orientadora: Tatiana Evangelista da Silva Rocha

4. **FATORES DETERMINANTES PARA INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO EM PALMAS/TO, 2016-2017**
   Autora: Émery Fernandes Bento Morais
   Orientadora: Lorena Dias Monteiro

5. **ACOLHIMENTO DAS DEMANDAS DE INTENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
   Autora: Even Amanda Alves da Silva

Orientador: Vanilson Pereira da Silva

6. **SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO: UM ESTUDO EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TOCANTINS**
   Autora: Laiana Pereira dos Santos
   Orientadora: Betania Moreira Cangussu Fonseca

7. **SISTEMATIZAÇÃO DA LINHA DO CUIDADO PARA O SEGUIMENTO DAS USUÁRIAS DO SUS COM EXAME DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ALTERADO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**
   Autora: Ludimila Freitas de Sá Souto
   Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

8. **PERFIL DE ADULTOS ACOMETIDOS COM CÂNCER RESIDENTES DE PALMAS-TO**
   Autora: Raiane Silva Mocelai
   Orientadora: Patrícia Ferreira

9. **SANIDADE ANIMAL, ZOONOSES E GUARDA RESPONSÁVEL DE CÃES E GATOS ATRAVÉS DA PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE PALMAS – TO**
   Autora: Renata Zeferino Marques
   Orientadora: Ana Carolina

10. **SITUAÇÃO VACINAL DE CRIANÇAS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DE SAÚDE KANELA II, PALMAS, TOCANTINS**
    Autora: Vanessa Gomes da Cruz
    Orientadora: Patrícia Ferreira Nomellini

TURMA 2018-2020

1. **AS GESTANTES VIVENDO COM HIV/AIDS, EM USO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, PARTICIPAM NA TOMADA DE DECISÃO DA VIA DE PARTO, DURANTE O ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO?**
   Autora: Adileia Fernandes Barros da Silva Santos
   Orientadora: Lúcia Helena Almeida Gratão

2. **UM OLHAR SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE ESCOLAR**
   Autora: Ana Paula Barbosa de Brito
   Orientador: Jaciela Leopoldino

3. **A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE PALMAS/TO SOBRE OS SERVIÇOS DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE ZOONOSES**
   Autora: Bruna Herênio Fernandes
   Orientador: Ana Carolina Rodrigues Vale e Almeida

4. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM PALMAS-TO NOS ANOS DE 2018 E 2019.**
   Autora: Cristiane Rodrigues Alves de Araújo
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

5. **MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES INFECTADAS E CRIANÇAS EXPOSTAS**
   Autora: Cristina Silvana da Silva Vasconcelos
   Orientadora: Lúcia Helena Almeida Gratão

6. **O RASTREAMENTO DA REINCIDÊNCIA DE INTENTO SUICIDA COMO ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO**
   Autora: Elizangela Cunha Lopes
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

7. **MONITORAMENTO DA FUNÇÃO NEURAL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA HANSENÍASE NO TERRITÓRIO APINAJÉ EM PALMAS – TOCANTINS**
   Autora: Gersimeyre Coelho de Carvalho dos Santos
   Orientadora: Flávia Santos Medina

8. **ANÁLISE DO PERFIL DOS DADOS CLÍNICOS NAS NOTIFICAÇÕES DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM HUMANOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO.**
   Autor: Ícaro Gonçalves Santos
   Orientador: Julio Gomes Bigeli

9. **PERFIL DA MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, NO PERÍODO DE 2011 A 2017**
   Autora: Jéssica Campos da Silva
   Orientadora: Andreza Domingos da Silva

10. **ANÁLISE DO FLUXO DA REDE DE ATENÇÃO A REABILITADOS PÓS-TRAUMA DE TRÂNSITO NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO.**
    Autora: Jéssica Fonseca Costa
    Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

11. **PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL**
    Autora: Jessica Oliveira de Almeida
    Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

12. **INCORPORAÇÃO DE UM APLICATIVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
    Autor: Jonatas Bezerra Tavares
    Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo

13. **AVALIAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DA MALÁRIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS/TO**
    Autora: Libna Laís Ferreira Silva
    Autora: Evaneide de Sousa Barros

14. **AVALIAÇÃO DOS PÉS E ANÁLISE DO AUTOCUIDADO DE DIABÉTICOS TIPO II NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
    Autora: Lordânia Moura Corrêa Ferreira
    Orientadora: Ruth Bernardes de Lima

15. **GRUPO DE APOIO E TRATAMENTO AO TABAGISTA: PERFIL DOS USUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO**
    Autora: Maisa Damaso Barbosa
    Orientadora: Silvely Tiemi Kojo Sousa

16. **CASOS SUSPEITOS DE BERIBÉRI: SABERES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA VERSUS PRÁTICA PROFISSIONAL**
    Autora: Marcella Cruz Freitas
    Orientadora: Mariana Zogbi Jardim

17. **PERFIL DAS CONDIÇÕES DE INSATISFAÇÃO DAS LÂMINAS DE CITOPATOLOGIA ONCÓTICA COLETADAS NA REDE SUS DE PALMAS NO BIÊNIO 2017 A 2018**

Autora: Maria Cryslaine de Moraes Lima
Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

18. **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL, NO PERÍODO DE 2001 A 2018**
    Autora: Suenne Ramos de Souza Lemos
    Orientadora: Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

19. **O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA OS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM PALMAS/TO**
    Autora: Tatiane da Paixão Silva dos Santos
    Orientadora: Betânia Moreira Cangussu Fonseca

TURMA 2019-2021

1. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS CONFIRMADOS PARA O NOVO CORONAVÍRUS EM PALMAS - TO**
   Autora: Alice Kelly Reis de Oliveira Camarolli
   Autora: Thaisa Tâmara Quaresma Moura
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

2. **ATUAÇÃO DO RESIDENTE EM SAÚDE COLETIVA NA COORDENAÇÃO TÉCNICA DO NASF EM TEMPOS DA COVID-19**
   Autora: Aline Lima Medeiros
   Orientador: Andreza Domingos da Silva

3. **ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA NO CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Andressa Alexa Macedo da Silva
   Autora: Sabrinne Ferreira da Silva
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

4. **MONITORAMENTO DAS SÍNDROMES GRIPAIS NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS EM PALMAS – TO 2020: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**
   Autora: Helys Dyanna Furtado Alves
   Orientadora:

5. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM 2020 NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO.**
   Autora: Heryka Araujo Cavalcante
   Orientadora: Flávia Santos Medina

6. **MONITORAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 POR RESIDENTES DE SAÚDE COLETIVA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE PALMAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Izadora Panta da Cruz Lopes
   Autora: Ruth Martins Santos
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves
   Coorientador: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

7. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR CORONAVÍRUS (COVID -19) DE RESIDENTES EM PALMAS-TO NO PERÍODO DE ABRIL A OUTUBRO DE 2020**
   Autora: Jackelaynne Coelho Eufrázio
   Autora: Tatiane Dias Cardoso
   Orientadora: Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

8. **EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO EM PALMAS - TO**
   Autora: Jactainy das Graças Gonçalves
   Orientadora: Tatiana Evangelista da Silva Rocha

9. **REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA PARA ENFRENTAMENTO DO COVID-19 EM PALMAS, TOCANTINS**
   Autora: Jessica Carvalho Navega
   Orientadora: Pollyanna Ulhôa dos Santos

10. **NOTIFICAÇÕES PARA SÍNDROME GRIPAL: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ASSOCIAÇÕES COM RESULTADOS PARA COVID-19 EM PALMAS, TOCANTINS**
    Autora: Lisandra Lustoza Ferro
    Autor: Pedro de Almeida Resende Fumagalli
    Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

11. **O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE DO SUICÍDIO: UMA REFLEXÃO DOS INDICADORES SOCIAIS EM PALMAS-TO, 2017-2019**
    Autora: Maurielle de Castro Ferreira
    Orientadora:

12. **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PALMAS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
    Autora: Rosane Pereira Medeiros
    Orientadora: Marta Maria Malheiros

13. **ATUAÇÃO RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA NO CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE E MUNICÍPIO DE PALMAS-TO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
    Autora: Sabrinne Ferreira da Silva
    Autora: Andressa Alexa Macedo da Silva
    Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

14. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM ALTERAÇÃO NO CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM PALMAS – TO**
    Autora: Samara de Oliveira Barbosa
    Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

TURMA 2020-2022

1. **CENTRO DE OPERAÇÕES EMERGENCIAIS – COE E SUA ATUAÇÃO FRENTE A PANDEMIA DE COVID – 19 NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**
   Autora: Aldair Martins Barasuol
   Autora:Laryssa Fernandes Brandão
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

2. **CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS 300 PRIMEIROS CASOS DE COVID-19 EM PALMAS-TO**
   Autora: Ana Ilian Santos Fonseca Daoud
   Autora: Mariana de Azambuja Picoli Alcântara
   Orientadora: Nábia Souza Gomes

3. **ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFECTADOS POR COVID-19 RELACIONADA AO TRABALHO EM PALMAS–TOCANTINS**

Autora: Bruna Rodrigues Alencar
Autor: Cristiano Robson dos Santos Oliveira
Orientadora: Flávia Medina

4. **O IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO PALMENSE**
   Autor: Dyeksmar Fonseca Maciel
   Autora: Eudimara Moreira Guimarães
   Orientadora: Leny Meire Correa Molinari Carrasco

5. **GEORREFERENCIAMENTO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA EM PALMAS-TOCANTINS NOS ANOS DE 2016 A 2019.**
   Autora: Géssica Gomes Marinho
   Orientadora: Benta Natânia Silva Figueiredo

6. **CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E COMPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO**
   Autora: Geyce da Silva Sales
   Autora: Mallu Mayara de Sousa Leite
   Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo

7. **PROFISSIONAL RESIDENTE NA VIGILÂNCIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA**
   Autor: Halanderlan Santana Lima
   Autora: Mirelly Vieira Godoy
   Orientadora: Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

8. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE ACIDENTE ANTIRRÁBICO HUMANO EM PALMAS - TOCANTINS, 2015-2020.**
   Autora: Igor Vinícius Pimentel Rodrigues
   Orientadora: Patrícia Nomellini

9. **AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM UM TERRITÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
   Autora: Livia Sacha de Castro Soares Oliveira
   Autora: Layra Miranda da Silva
   Orientadora: Karolyne Botelho Marques Silva

10. **VIGILÂNCIA DOS CASOS CONFIRMADOS DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
    Autora: Rayanne Ferreira da Silva
    Orientadora: Flávia Santos Medina

11. **TELEMONITORAMENTO A PACIENTES SUSPEITOS E/OU CONFIRMADOS PARA O\ COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
    Autora: Rayanne Sousa Melo
    Orientadora: Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

TURMA 2021-2023

1. **SERVIÇO DE CONTROLE POPULACIONAL DE CÃES E GATOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO: AVALIAÇÃO DO PERFIL HEMATOLÓGICO PRÉ-CIRÚRGICO NO ANO DE 2022**
   Autor: Adriano de Medeiros Tôrres
   Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

2. **VIGILÂNCIA E RESPOSTA À DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA: SITUAÇÃO NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO DE 2019 A 2021.**
   Autor: Atila Coelho Barbosa
   Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

3. **CARACTERIZAÇÃO DO GESTOR DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E ATRIBUIÇÕES GERENCIAIS OBJETIVANDO A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**
   Autor: Carlayne de Araujo Dias
   Orientador: Marta Maria Malheiros Alves

4. **A COMPLETUDE DAS NOTIFICAÇÕES DE COVID-19 EM PALMAS/TO NA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA COM MAIOR INCIDÊNCIA DE CASOS CONFIRMADOS**
   Autora: Ingrid Xavier Rodrigues
   Orientador: Ladislau Ribeiro do Nascimento

5. **PERFIL DO TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA**
   Autor: José Bernardes da Silva Filho
   Orientadora: Betânia Moreira Cangussu

6. **MONITORAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 NA REGIÃO NORTE DE PALMAS-TO: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
   Autora: Lais Regina de Sousa Sampaio
   Orientadora: Andreza Domingos da Silva

7. **LEVANTAMENTO E ANÁLISE DAS AÇÕES REALIZADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PALMAS, TOCANTINS NA FISCALIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR**
   Autora: Larissa Timponi Medeiros
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

8. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS DECORRENTES DE COVID-19 EM PALMAS-TO NO ANO 2021**
   Autora: Lúcia Helena Fernandes Quintella
   Orientadora: Fernanda Maria Fernandes

9. **ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO EM PALMAS, TO: UMA ANÁLISE DOS TRATAMENTOS DE PÓS-EXPOSIÇÃO EM 2019 A 2021**
   Autora: Lucivania de Sousa Santos
   Orientadora: Ícaro Gonçalves Santos

10. **PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PALMAS-TO QUANTO AO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19**
    Autora: Lucrécia Gomes Duarte
    Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

11. **PERFIL DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO PERÍODO DE 2011 A 2020 EM PALMAS-TO**
    Autora: Sara Gonzalez
    Orientadora: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

12. **SAÚDE E EQUIDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DA ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA SEDE ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS/ TO.**
    Autora: Silvânia de Jesus Silva
    Orientadora: Izadória Lopes Rêgo

13. **FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE SEQUELAS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA RELACIONADA AO TRABALHO**
    Autora: Suyanne Siloti Lucas Correa
    Orientadora: Betânia Moreira Cangussu Fonseca

14. **ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 EM PALMAS-TO NO ANO DE 2021**
    Autora: Talessa Neves Pereira
    Orientadora: Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

15. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HANSENÍASE EM PALMAS-TO**
    Autora: Thallyne Alves Sobral
    Orientador: Ícaro Gonçalves Santos

16. **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE 2018 E 2021 NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**
    Autora: Vanessa Carneiro Santos
    Orientadora: Lauriane dos Santos Moreira

TURMA 2022-2024

1. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E TOXOPLASMOSE CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS**
    Autora: Ana Vitória Lima Barbosa
    Orientadora: Meire da Silva Pereira Rodrigues

2. **ANÁLISE DE RÓTULOS DE ALIMENTOS EM UMA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL**
    Autora: Camilla Rodrigues Evangelista Silva
    Orientadora: Silvana Marques Filgueiras Teixeira

3. **ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OCUPACIONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS EM PALMAS TOCANTINS: ANÁLISE À LUZ DA METODOLOGIA SWOT (FOFA).**
    Autor: Creuziane Cutrim Garcia
    Orientador: Betania Moreira Cangussu Fonseca

4. **FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO POR VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO NO BRASIL**
    Autora: Dhullya Eduarda Resende Santos
    Orientadora: Betânia Moreira Cangussu Fonseca

5. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO EM PALMAS TOCANTINS NOS ANOS DE 2020 E 2021**
    Autora: Ester da Silva Monteiro
    Orientadora: Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

6. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS, 2018-2021**
    Autor: Higor Ribeiro Pinho
    Orientadora: Marcela Antunes Paschoal Popolin

7. **ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DOS PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTES GRAVES DE TRÂNSITO DURANTE O PRIMEIRO SEMESTRE DE 2022 EM PALMAS, TOCANTINS**
   Autora: Jacineide Silva e Souza
   Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

8. **MONITORAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PRIMATAS NÃO HUMANOS PARA A VIGILÂNCIA DE FEBRE AMARELA NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO, DE 2019 A 2022**
   Autora: Joana Louise Machado Peres
   Orientadora: Benta Natânia Silva Figueiredo

9. **SEGURANÇA DO PACIENTE E A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO NA ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**
   Autora: Kamila Guedes Silva
   Orientador: Márcio Trevisan
   Coorientador: Silvana Marques Filgueiras Teixeira

10. **RASTREAMENTO E PRINCIPAIS DESAFIOS PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO ESTADO DO TOCANTINS**
    Autora: Lara de Oliveira Lamin
    Orientadora: Eliane Patricia Lino Pereira Franchi

11. **ANÁLISE DO PERFIL VACINAL DE PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 NO ANO DE 2022, EM UM HOSPITAL PÚBLICO E PRIVADO DE PALMAS, TOCANTINS.**
    Autora: Layla Cristina de Oliveira Nunes
    Orientadora: Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos

12. **PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2019, NO BRASIL.**
    Autor: Márcio José Fernandes Filho
    Orientador: Tiago Veloso Neves

13. **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE CASOS REGISTRADOS DE CÂNCER DE BOCA EM PALMAS-TO ENTRE 2013 A 2022.**
    Autora: Maria Eliza Pedroso Brito
    Orientadora: Isnaya Almeida Brandão Lima

14. **PERCEPÇÃO DOS FISCAIS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO SOBRE A NBCAL.**
    Autora: Priscilla Coelho Pereira Mendes
    Orientadora: Silvana Marques Filgueiras Teixeira

15. **OS PRINCIPAIS AGENTES TÓXICOS NAS NOTIFICAÇÕES DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PALMAS/TO ENTRE 2019 E 2022**
    Autora: Rayla Carvalho Dias
    Orientadora: Lauriane dos Santos Moreira

16. **GRUPO DE AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE: BENEFÍCIOS NA PARTICIPAÇÃO E RESISTÊNCIAS NA ADESÃO**
    Autora: Samara de Oliveira Barbosa
    Orientadora: Flávia Santos Medina

TURMA 2023-2025

1. **DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS DE RESIDENTES NA AVALIAÇÃO DE CONTATOS DE PACIENTES COM HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PALMAS-TO**
   Autora: Alessandra Kelle Soares de Sousa
   Orientadora: Marcela Antunes Paschoal Popolin,

2. **DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA E A PARTICIPAÇÃO DO RESIDENTE NAS REUNIÕES DO COMITÊ DE MONITORAMENTO DE EVENTOS EM PALMAS, TOCANTINS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**
   Autora: Ana Paula de Castro do Nascimento
   Orientador: Lauriane dos Santos Moreira

3. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NO ESTADO DO TOCANTINS NOS ANOS DE 2019 A 2022.**
   Autora: Beatriz Maria Juwer da Costa
   Orientadora: Obede Rodrigues Ferreira

4. **TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE PREMATURA POR DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS**
   Autora: Beatriz Souza Paranhos
   Orientadora: Marcela Antunes Paschoal Popolin

5. **MONITORAMENTO ESCOLAR: A IMPORTÂNCIA DE UMA FERRAMENTA NOTIFICADORA PARA A DETECÇÃO PRECOCE DE DOENÇAS INFECCIOSAS**
   Autora: Caroline Matos Faria
   Orientador: James Stefison Sousa Santos

6. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE BOCA NO BRASIL NOS ANOS DE 2018 A 2021, SEGUNDO O ESTUDO GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD)**
   Autora: Denyse Moreira Rocha
   Orientadora: Isnaya Almeida Brandão Lima

7. **PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**
   Autora: Ester Gomes de Oliveira
   Orientadora: Juliana Biazze Feitosa

8. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS SOCIALMENTE DETERMINADAS (AIDS E HEPATITES) NO MUNICÍPIO DE PALMAS E NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO 2014 A 2023**
   Autora: Flor de Lyss Feitosa da Silva
   Orientadora: Milena Alves de Carvalho

9. **LEVAR A SAÚDE ONDE É PRECISO: EXPERIÊNCIA DE VACINAÇÃO**
   Autora: Jacqueline Jhennysser de Almeida Ferreira
   Orientadora: Olga Maria de Alencar

10. **AVALIAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE DOSES DE VITAMINA A EM PALMAS-TO NO PERÍODO DE 2019 A 2023**
    Autora: Jessyka Batista Silva Pinheiro
    Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

11. **ANÁLISE DA INCOMPLETUDE DO PREENCHIMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DE HANSENÍASE EM PALMAS, 2022 A 2023.**
    Autor: Jhon Cleyton Barbosa Campos
    Orientador: Fabiana Pires Rodrigues de Almeida Lopes

12. **AÇÃO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA IST'S EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E VULNERABILIDADE SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
    Autora: Joyce Aires da Silva
    Orientador: José Bruno Nunes Ferreira Silva

13. **DIÁLOGOS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ENTRE O CAPS AD III E A DEFENSORIA PÚBLICA: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**
    Autora: Julliani Conceição Marques Godinho
    Orientadora: Ludimila Ines Nunes Prestes

14. **CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DOS NOVOS CONCURSADOS DO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO EM TESTES RÁPIDOS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA RESIDENTE PSICÓLOGA**
    Autora: Larissa Romão de Carvalho
    Orientadora: Milena Alves de Carvalho Costa

15. **SINISTROS DE TRÂNSITO EM PALMAS: ANÁLISE DO FLUXO DE ATENDIMENTO E DESAFIOS PARA A SAÚDE PÚBLICA.**
    Autora: Renata da Cunha Carneiro
    Orientadora: Marta Maria Malheiros Alves

16. **PROFILAXIA E VIGILÂNCIA DA RAIVA HUMANA EM PALMAS, TOCANTINS: UMA ANÁLISE ESPACIAL DAS AGRESSÕES POR MORCEGOS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS, ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2023.**
    Autora: Thais Cristine Rodrigues de Freitas
    Orientadora: Benta Natânia Silva Figueiredo

INTENTOS SUICIDAS: OFICINAS PARA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E ACOMPANHAMENTO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE

Daniela Aparecida Araújo Fernandes
Marta Maria Malheiros Alves
Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral
Anna Nunes Pereira Neta Farias

Introdução

O suicídio, no contexto mundial, configura-se como uma importante questão de Saúde Pública. As estatísticas mostram que, a cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas, ao redor do mundo, cometem suicídio e, a cada três segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida. Estima-se que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo, ultrapassando o número de mortes decorrentes de homicídios e guerra combinados. O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Entre os anos de 2000 e 2012, houve uma significativa elevação dos índices percentuais (10,4%). Um dado alarmante é o aumento de mais de 30% desse tipo de morte entre os jovens, o que caracteriza um grande problema diante dos anos potenciais perdidos (OMS, 2015; ABP, 2014). As estatísticas são preocupantes, entretanto, sabe-se que muito além dos números notificados está o grande universo das subnotificações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é possível prevenir o suicídio, requerendo, tanto da população como dos diferentes profissionais, ações que resultem na promoção da vida. É dentro dessa perspectiva que o presente capítulo se insere, descrevendo ações desenvolvidas no município de Palmas-TO, cujo eixo

principal é o da análise, compreensão e intervenção em face do fenômeno da tentativa de suicídio.

Os acidentes e violências são denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) *causas externas*. São agravos à saúde que podem ou não levar ao óbito, ou causar lesões e/ou traumas, físicos e/ou psicológicos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as causas externas ocupam o quinto maior fator de internações hospitalares e a terceiro maior causa de mortalidade, no Brasil. No município de Palmas, as causas externas foram o primeiro motivo de óbito na população residente em 2011, 2013 e 2014, conforme dados do Sistema de Mortalidade (SIM) pela causa (CID 10).

Em 1996, a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA49.25, declarando a violência como um problema importante, e crescente, de saúde pública no mundo. Dessa forma, o primeiro *Relatório mundial sobre violência e saúde*, publicado pela Organização Mundial de Saúde, em 2002, é uma parte importante da resposta da OMS quanto à Resolução citada. O relatório, ao tratar da violência autoinfligida, focaliza predominantemente o comportamento suicida, incluído no relatório, porque é uma das causas externas de lesões às pessoas e, quase sempre, é produto dos mesmos fatores sociais, psicológicos e circunstanciais encontrados em outros tipos de violência (OMS, 2002).

A violência autoinfligida é subdividida em comportamento suicida e autoabuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio – também chamados de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada", em alguns países – e suicídios completados. O autoabuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação (OMS, 2002, p.28).

De acordo com a OMS (2002), o fenômeno se apresenta com grande relevância para a saúde pública, pela sua magnitude, a gravidade no número de óbitos, internações e sequelas, os anos potenciais de vida perdidos e os danos emocionais irreparáveis causados nas vítimas e nas famílias, provocando prejuízos psíquicos, sociais e econômicos. Impõe ônus humanos e econômicos em assistência à saúde, produtividade perdida ou reduzida, absenteísmo, custos legais, dentre outros.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar o acesso dos pacientes, como prevê a Portaria n° 1.876, de 14 de agosto de 2006 - *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*. O Brasil é pioneiro na América Latina a apresentar Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, as quais consistem num grande avanço enquanto políticas públicas.

O comportamento suicida pode ser compreendido a partir de três categorias: 1. *Ideação suicida*, em que há pensamentos de morte, ideias, planejamentos e desejos; 2. *Tentativas de suicídio*. É o fator preditivo isolado mais importante, uma vez que 50% dos que foram a óbito haviam feito tentativas anteriores; e 3. O *suicídio propriamente dito*, consumando a vida. Compreender o suicídio é tarefa complexa, pois exige uma visão multicausal e interdisciplinar; justamente por isso, não há uma explicação universal. É um processo que resulta da interação de fatores sociais, culturais, biológicos, genéticos e psicológicos (OMS, 2000 CFP, 2013). São diferentes fatores impactando de forma singular a história do indivíduo.

Trabalhar com as tentativas de suicídio se justifica, porque o suicídio vem aumentando significativamente, situando-se entre as dez primeiras causas de morte,

principalmente entre adolescentes e jovens adultos. Para melhor compreensão do fenômeno, Botega et al. (2006) apontam os fatores de risco e de proteção à ocorrência do suicídio. Os estudos na suicidologia são desenvolvidos com pessoas que realizaram a tentativa de suicídio ou com pessoas que estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico e que se suicidaram. A partir do conhecimento dos fatores de risco, é possível a prevenção do comportamento, agindo no que é possível transformar e evitar, amenizando o que não apresenta possibilidade de intervenção.

A literatura salienta vários fatores de risco associados ao ato suicida, como transtornos mentais, solidão, desesperança, dinâmica familiar conturbada, perdas de figuras parentais na infância, personalidade com traços de impulsividade e agressividade; doenças clínicas (incapacitantes, dolorosas, desfigurantes), acesso a meios letais, fatores sociodemográficos, como o sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito pobre x muito rico), residentes em áreas urbanas, desempregados, aposentados, ateus, solteiros ou separados, emigrantes e principalmente indivíduos que já tentaram o suicídio, ausência de suporte social e uso de substâncias (BASTOS; GONDIM, 2010; ABP, 2014; OMS, 2003; SUOMINEN et al., 2004).

Para prevenir o suicídio, devemos reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco, em nível individual e coletivo. São fatores de proteção: bons vínculos afetivos, pertencer a um grupo, a religiosidade, ter companheiro fixo, ter filhos pequenos, gravidez, ter uma ocupação, estar empregado, percepção otimista da vida (OMS, 2003; SUOMINEN et al., 2004). Contudo, os fatores elencados, a depender da situação e da cultura, podem atuar como de risco ou proteção. Em se tratando dos fatores protetivos, sabe-se que os mesmos têm importante função no fortalecimento e

enfrentamento do indivíduo, diante do sofrimento. Entretanto, mesmo sendo consenso na literatura sobre sua importância, ainda padecemos de estudos significativos. Além da pouca quantidade dos estudos, há o agravo de os dados não serem muito consistentes (ABP, 2014).

Botega et al. (2006) concluem que devemos direcionar a temática do suicídio em favor da saúde mental através de atitudes acolhedoras e oferecer um canal de comunicação entre o indivíduo e todo seu contexto social, familiar e profissional, a fim de fomentar sentimentos de esperança e oferecer orientação. Vale ressaltar que, na prevenção do comportamento suicida, há implicações na sociedade, as quais são provocadas pela ocorrência desses atos. Desse modo, os aspectos preventivos consistem no enfrentamento das dificuldades ou patologias que levam os indivíduos a buscar uma solução para seu sofrimento.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), com colaboração de diversos segmentos, apresenta algumas recomendações para o enfrentamento do suicídio, a saber: conscientizar a população acerca do suicídio e seus fatores; intensificar os programas e serviços de conscientização e assistência; investir na ciência sobre o tema, a fim de compartilhar recursos de prevenção e ações. Dessa forma, valoriza-se a intervenção preventiva, levando-se em consideração a complexidade do fenômeno, que deflagra um sofrimento humano.

Desenvolvimento

Esta seção tem como objetivo descrever o processo da realização das oficinas para estruturação da rede de atenção e acompanhamento aos usuários com intentos

suicidas. Ocorreu na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Tocantins, no período de junho de 2014 a julho de 2015. Foi um trabalho desenvolvido pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, na área técnica de Causas Externas, inserida na Vigilância Epidemiológica. A experiência de promover as oficinas teve como objetivo implementar, articular e fortalecer a rede de atenção à saúde para atendimento e acompanhamento dos usuários do sistema de saúde notificados com tentativa de suicídio, visando a reduzir a morbimortalidade da violência autoinfligida.

O município de Palmas é a capital do Tocantins, Estado situado na região Norte do país. A cidade foi fundada em 20 de maio de 1989, logo após a criação do Estado do Tocantins, pela Constituição de 1988. Contudo, somente a partir do dia 1° de janeiro de 1990 é que Palmas passou a ser a capital definitiva do Estado, já que antes a cidade ainda não possuía condições físicas de sediar o governo estadual, o qual estava alocado temporariamente no município vizinho de Miracema do Tocantins. Atualmente, Palmas possui 265.409 mil habitantes, conforme projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2014.

As Doenças e Agravos não transmissíveis seguem a mesma tendência nacional, sendo a responsável pelas principais causas de mortalidade em nosso país. Nesse contexto, as causas externas, em Palmas, nos anos de 2011, 2013 e 2014, ocuparam o primeiro lugar e, nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2012, ficaram em segundo lugar (Tabela 1). Essa nova configuração de padrão de mortalidade nos mostra que é preciso uma mudança na percepção de como as ações de prevenção e promoção da saúde devem priorizar a cultura da paz.

Tabela 1 - Frequência e taxa de mortalidade pelos capítulos da CID 10 por DANT, de residentes em Palmas-TO, no período de 2008 a 2014 (Tx por 100.000 habitantes).

CAPÍTULOS (CID10)	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
II. Neoplasias (tumores)	88	47,8	100	53,0	104	45,5	133	56,5	147	60,3	143	55,0	138	52,0
IX. Doenças do Ap. Circ.	154	83,7	159	84,3	180	78,8	169	71,8	202	82,6	186	72,1	204	76,9
X. Doenças do Ap. Resp.	47	25,5	40	21,2	38	16,2	58	24,6	63	26,0	75	29,0	81	30,5
XX. Causas externas	127	69,0	144	75,8	166	72,7	173	73,5	159	64,4	195	75,6	221	83,3

Fonte: SIM, Palmas, 2015. *Dados atualizados em 15/06/15.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, os tipos de causas externas com maior índice de mortalidade no município são: os acidentes de transporte, as agressões e as lesões autoprovocadas (Tabela 1 e Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência de óbitos em indivíduos residentes em Palmas, no período 2008 a 2014, segundo tipo de causas externas.

Tipo de causa externa	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Acidentes de transporte	52	72	72	66	74	74	78
Lesões autoprovocadas	11	9	14	9	12	12	7
Quedas	7	4	9	11	5	10	6
Afogamentos	7	4	12	6	9	8	9
Exposição à fumaça, fogo	0	1	0	2	0	3	1
Envenenamento, intoxicação	0	0	0	0	0	0	0
Homicídios	25	28	46	61	48	65	81

Fonte: SIM, Palmas, 2015. Dados retirados em 15/06/15.

Os dados indicam a necessidade de reestruturação da rede de atenção à saúde voltada para essas vítimas, envolvendo ações dos diferentes níveis de atenção, como

atenção básica, urgência e emergência, rede hospitalar, inserindo, inclusive, a reabilitação física e acompanhamento psicológico.

De modo geral, é possível perceber a evolução do quantitativo de notificações de violência em indivíduos residentes em Palmas, ao longo dos últimos anos. Em 2013, foram notificadas 611 pessoas em situação de violência, com 1.044 tipos de violência, enquanto, em 2014, foram notificadas 866 pessoas em situação de violência, com 1.483 tipos de violências. No ano de 2014, houve um aumento de 45% de pessoas em situação de violência notificadas em relação a 2013.

No ano de 2013, as violências totalizaram 1.044, sendo que, com maior incidência, está a violência física, 52,3% (n=536), e, em ordem decrescente, a violência psico/moral, 18% (n= 192), a violência autoprovocada, 16% (n=168), que na Ficha de Notificação se refere a outras violências, a violência sexual 11% (n=115), tortura 2% (n=22), violência financeira 0,67% (n=07), negligência 0,19% (n= 2), intervenção legal 0,09% (n=1) e tráfico de seres humanos 0,09% (n=1).

É importante ressaltar que esses valores não dizem respeito ao quantitativo de pessoas que sofreram violência, mas ao tipo de violência sofrida, porque uma mesma pessoa pode sofrer mais de um tipo de violência, e ser vítima de violência mais de uma vez. Dessa forma, entrará no banco de dados com uma série de informações que não trazem números absolutos, porém, dados entrelaçados.

A violência autoprovocada (suicídio e tentativa de suicídio) representa uma demanda significativa para a saúde pública de Palmas, por atingir em maiores números a população jovem-adulta e, principalmente, por ser um evento previsível e prevenível, quando são trabalhadas as pessoas com fatores de risco e/ou com sinais de comportamento suicida. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006),

conforme já salientado, os fatores de risco estão associados a transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes, e diferem entre grupos da população.

As oficinas aconteceram em outubro de 2014 e junho de 2015, em 18 encontros de 4 horas cada, os quais contaram com a participação de 252 profissionais, distribuídos entre profissionais da atenção básica, atenção especializada (Centro de Atenção Psicossocial e Policlínicas), Urgência e Emergência (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais) das seguintes categorias profissionais: Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Odontólogo, Biólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta e Agentes Comunitários de Saúde. As turmas foram divididas de modo a ter presente todos os atores dos diversos serviços, em cada oficina.

Houve a construção e organização das oficinas na metodologia participante, com utilização de teatro e rodas de conversa. Foi apresentada a área técnica das causas externas, trabalhado o conceito de violência e de violência autoinfligida, os dados epidemiológicos das tentativas de suicídio, no município de Palmas, o que é rede e como trabalhar em rede, as dimensões do acolhimento para o atendimento adequado e baseado no fortalecimento de vínculos ao usuários de saúde, a ficha de notificação e seus objetivos, compartilhando dificuldades e potencialidades, construindo-se pactos, além da discussão do fluxo de atendimento e o protocolo.

O instrumento de avaliação das oficinas foi construído na plataforma do *Formsus*, um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, destinado ao uso do SUS e de órgãos públicos parceiros, para atividades de interesse público. A avaliação da oficina consistiu em 11 questões divididas em 3 grupos de perguntas sobre a estrutura e recursos, a oficina e o facilitador, contemplando as instalações, materiais

audiovisuais, carga horária, apresentação e objetivo do conteúdo, metodologia; conhecimento e segurança sobre o tema, comprometimento com o processo ensino-aprendizagem, a participação de todos, relação teórico-prática.

Resultados

O modelo vigente de atenção à saúde ainda se pauta no médico hospitalocêntrico, focado na doença e para especialidades, não respondendo à complexidade e à realidade da saúde. É necessário fortalecer um modelo de saúde abrangente, integrado e intersetorial, que priorize a promoção e a prevenção, utilizando as ferramentas da educação em saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) salienta que educação em saúde é um processo sistemático, contínuo e permanente, o qual objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua "participação real" no exercício do controle social.

Por sua vez, educação na saúde se concretiza por duas formas: a educação permanente e a educação continuada. A *educação continuada* faz parte das alternativas educacionais para o desenvolvimento de grupos profissionais, geralmente, mediante uma escolarização formal, sequencial e cumulativa de informações. Já a *educação permanente* compõe a necessidade do processo de trabalho e o processo crítico no trabalho. São ações pautadas na problematização do processo de trabalho em saúde, com finalidade de transformação das práticas, a partir das necessidades dos usuários. Sobre a educação permanente: "Ela tem como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual o pensar e o fazer são insumos fundamentais do aprender e do trabalhar" (FALKENBERG et al., 2014, p.850).

Pensando no modelo assistencial vigente, é de suma importância que a formação do trabalhador da saúde contribua para que tome posse dos saberes e práticas capazes de proporcionar mudanças, de acordo com as necessidades de sua realidade, sendo que esse processo de reflexão e crescimento exige algo mais do que conhecimento técnico e científico, sendo necessária a educação permanente.

Falkenberg et al. (2014) ressaltam a importância da integração dos atores fundamentais: 1. Os profissionais de saúde (profissionais da assistência), que valorizem a prevenção e promoção, assim como as práticas curativas; 2. Os gestores (áreas técnicas da vigilância epidemiológica), que apoiem esses profissionais; 3. A população, na construção do próprio conhecimento e com maior autonomia no autocuidado e no cuidado coletivo. Portanto, intenta-se fortalecer essa integração com ações de educação permanente aos profissionais, para atingirem os demais atores, através das diversas práticas educativas para se chegar a uma saúde mais participativa e coletiva, em prol das necessidades dos usuários e de acordo com os princípios do SUS.

A execução de ações de atenção à saúde, de forma humanizada e qualificada, exige, além de mudanças estruturais, a necessidade de que os sujeitos desse processo desenvolvam qualidades como inventividade, criatividade, flexibilidade, empreendimento e ética. Como principais produtos das oficinas, foi observado: maior sensibilização dos profissionais de saúde da rede, acionamento e discussão de casos e encaminhamentos junto à área técnica da Vigilância Epidemiológica, mobilização do apoio matricial, a busca da referência e contrarreferência, que ocorre para organizar o atendimento do usuário na rede do SUS, documento que formaliza os encaminhamentos entre os diversos níveis de atenção à saúde, seja da urgência, seja da emergência, especializada ou atenção básica, garantindo que todos os profissionais realizem o

acompanhamento de forma continua e integral, a partir da troca de informações, aumento do número de notificações, elaboração de um protocolo para o atendimento dos casos de intento suicida, com o fluxo desse usuário na rede do município, articulação com as outras diretorias da Secretaria, para pactuação dos serviços ofertados na rede, sobretudo a rede de Saúde Mental, acompanhamento dos usuários na atenção básica, através da Planilha de Monitoramento implantada no município, após as oficinas do ano de 2014; apesar do aumento no número de notificações, os óbitos não aumentaram.

São os seguintes os resultados da avaliação das oficinas realizadas em 2014: sobre a estrutura e recursos (71% satisfeitos e muito satisfeitos e 29% não satisfeitos e parcialmente satisfeitos); sobre a oficina (68% satisfeitos e muito satisfeitos e 32% não satisfeitos e parcialmente satisfeitos) facilitador (96% satisfeitos e muito satisfeitos e 4% não satisfeitos e parcialmente satisfeitos). As avaliações do ano de 2015 mostram: sobre a estrutura e recursos (97% satisfeitos e muito satisfeitos e 3% não satisfeitos e parcialmente satisfeitos); houve a mudança do local de realização das oficinas: na primeira rodada, aconteceram no auditório da secretaria e, na segunda, na sala de aula de uma Universidade, o que aumentou a satisfação dos participantes; sobre a oficina (94% satisfeitos e muito satisfeitos e 6% não satisfeitos e parcialmente satisfeitos), também foi melhor a avaliação referente a conteúdo, metodologia e objetivos propostos, que entendemos ser pela participação dos profissionais de diversos setores e de poucas alterações, no decorrer da oficina; facilitador (97% satisfeitos e muito satisfeitos e 3% não satisfeitos e parcialmente satisfeitos), praticamente a mesma avaliação, visto que o facilitador foi o mesmo nas duas oficinas.

Atualmente, no ano de 2015, foi implantado o instrumento Planilha de monitoramento dos casos de violência. Nessa planilha, é realizado o levantamento das áreas de residência de cada vítima de violência e, de acordo com a área de abrangência de cada Unidade de Saúde da Família, essa planilha é encaminhada mensalmente. Como a grande parte das notificações de violências (98%) é efetuada em serviços de urgência e emergência, os casos são encaminhados às Unidades de Saúde da Família (USF), a fim de que a equipe possa ter conhecimento e mais proximidade dos usuários, proporcionando o acompanhamento em nível de atenção básica As equipes utilizam como estratégias busca ativa, atendimento na própria unidade, inserção dos usuários em grupos, acionamento da rede, dentre outras. Se necessário, a área técnica de causas externas realiza também o contato telefônico e/ou visitas nas unidades, para repassar casos de urgência, antes de encaminhar a planilha e, depois do prazo de devolução, para solicitar o retorno dos casos.

Conclusões

A realização das oficinas possibilitou pactuar os fluxos de atendimento, a partir da realidade de cada serviço e de acordo com o nível de atenção. Nesse primeiro momento, houve motivação dos profissionais quanto ao fenômeno e institucionalização de uma linha de cuidado integral, com implementação de um fluxo de atendimento e construção de um protocolo. Nas oficinas, foram levantadas as demandas para melhor estruturação e fortalecimento da rede: determinar a necessidade de investimentos na diretoria especializada, principalmente aumentar e qualificar os recursos humanos; institucionalização e funcionamento da ferramenta assessor público, que é uma tecnologia da informação aplicada à administração pública, ou seja, o prontuário

eletrônico, onde é possível realizar e acompanhar o histórico de saúde do usuário, a referência e contrarreferência na rede municipal; melhorar comunicação com o Hospital Geral Público de Palmas, serviço responsável pela internação psiquiátrica; realizar proporção de notificações por bairro; rever a classificação e a admissão de paciente no CAPS II e CAPS AD III, o desenvolvimento de programas e ações específicas; a criação ou o fortalecimento de políticas públicas, sobretudo voltadas às crianças e adolescentes; trabalhar em rede.

É importante notificar, identificar e, principalmente, prestar assistência às vítimas, através do acolhimento, orientação e encaminhamento para a rede de atenção à saúde e intersetorial. Diante das informações apresentadas, reafirma-se a necessidade do fortalecimento da Rede de Atendimento à Vítima de Violência e de ações que sejam efetivas, impactando positivamente no comportamento comunitário.

Assim, é necessário desenvolver ações de vigilância, promoção, prevenção e intervenção, as quais envolvam todos os setores (intersetorial), como saúde, assistência social, mídia, justiça, educação, segurança pública, Organizações Não Governamentais, políticas, igrejas, entre outros. A estruturação da atenção integral à saúde em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social. A ação conjunta dos serviços é que constitui a rede de acompanhamento aos usuários de saúde, os quais apresentam intento suicida e controle do suicídio.

Apontamos como recomendação para a Saúde Pública maior exploração da estratégia de Educação Permanente. Esta deve ser utilizada para a discussão de problemas e pactuação de responsabilidades, na rede. A discussão intersetorial de diversos atores, como atenção básica, urgência e emergência, atenção especializada e rede hospitalar, deve ser mais explorada na construção dos pactos nos serviços de saúde.

É importante a participação de todos, com a identificação de que o problema é de todos e que cada um pode contribuir em suas responsabilidades para resolver o problema do usuário, visando a um cuidado contínuo e integral. A partir da identificação da demanda em oficinas desse tipo, é relevante dar o retorno dos encaminhamentos, para que não perca a credibilidade dos profissionais. Os gestores precisam garantir a institucionalização da rede e realizar os pactos necessários para que o fluxo possa ser seguido com efetividade, no atendimento dos casos.

Referências

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília:CFM/ABP, 2014.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Suicídio e Trabalho: problemas conceituais e metodológicos que cercam a investigação dessa relação. **RAC**, Curitiba, v.14, n.5, p. 939-948, 2010. Disponível em: http://www.anpad.org.br/rac. Acesso em: 08 jul. 2015.

BOTEGA, José Neury; WERLANG, Blanca Susana Guevara; CAIS, Carlos Filinto da Silva; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**. Porto Alegre: PUCRS, v.37, n.3, pp.213-220, set./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.876, de 14 de agosto de** 2006 - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 02 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Federal de Psicologia. **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. Capítulo III. Rigo, Soraya Carvalho Brasília: CFP, 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada 2014.** Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=172100&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas. Acesso em: 13 jan. 2015.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.847-852, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio:** um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Nathony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra: OMS, 2002.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **O Relatório Mundial da Saúde 2003**: Construindo o futuro. Genebra: OMS, 2003.

SUOMINEN, Kirsi; ISOMETSÂ, Erkki; SUOKAS, J; HAUKKA, J; ACHTE, K.; LONNGVIST, Jouko. Concluído o suicídio após uma tentativa de suicídio: um estudo de 37 anos. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 3, p. 562-563, mar. 2004.

WHO. World Health Organization. **Health XXI**: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region European health for all series, n. 5, 1998.

Artigo original

Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014 *

doi: 10.5123/S1679-49742017000200003

Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014*

Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante[1]
Ruth Bernardes de Lima Pereira[2]
José Gerley Diaz Castro[3]

[1]Centro Universitário Luterano de Palmas, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde, Palmas-TO, Brasil
[2]Centro Universitário Luterano de Palmas, Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva, Palmas-TO, Brasil
[3]Universidade Federal do Tocantins, Departamento de Nutrição, Palmas-TO, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período 2007-2014 em Palmas-TO, Brasil. **Métodos**: realizou-se estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **Resultados**: foram identificadas 171 gestantes com sífilis (4,7/1.000 nascidos vivos [NV]) e 204 casos de sífilis congênita (5,6/1.000 NV); predominaram gestantes pardas (71,3%), com baixa escolaridade (48,0%) e diagnóstico tardio no pré-natal (71,9%); a incidência de sífilis congênita variou de 2,9 a 8,1/1.000 NV no período; predominaram, como características maternas, idade de 20-34 anos (73,5%), escolaridade até o Ensino Médio completo (85,3%), realização de pré-natal (81,4%), diagnóstico da sífilis no pré-natal (48,0%) e parceiros de mães que realizaram pré-natal não tratados (83,0%), alcançando quase 80% de nascidos vivos com sífilis congênita. **Conclusão**: faz-se necessária a adoção de novas estratégias para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência da sífilis congênita.

Palavras-chave: Gestantes; Cuidado Pré-natal; Sífilis Congênita; Sífilis; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

***Objective**: to describe the epidemiological profile of reported cases of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the period 2007-2014 in Palmas-TO, Brazil. **Methods**: this is a descriptive study with data from the Information System for Notifiable Diseases (Sinan). **Results**: 171 pregnant women with syphilis (4.7/1,000 live births [LB]) and 204 cases of congenital syphilis (5.6/1,000 LB) were identified; most women were brown-skinned (71.3%), had low education level (48.0%) and received late diagnosis during prenatal care (71.9%); the incidence of congenital syphilis varied from 2.9 to 8.1/1,000 LB in the period; the predominant maternal characteristics were age from 20 to 34 years (73.5%), having up to complete high school (85.3%), attending prenatal care (81.4%), diagnosis of syphilis during prenatal care (48.0%), and untreated partners of mothers who attended prenatal care (83.0%), reaching almost 80% of live births with congenital syphilis. **Conclusion**: it is necessary to adopt new strategies for the effectiveness of the prenatal care provided, and, consequently, to reduce the incidence of congenital syphilis.*

***Keywords**: Pregnant Women; Prenatal Care; Congenital Syphilis; Syphilis; Epidemiology, Descriptive.*

* Este trabalho é parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Vigilância em Saúde, da autora Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante, apresentado à Fundação Escola de Saúde Pública e Centro Universitário Luterano de Palmas em 2015. O estudo recebeu financiamento da Fundação Escola de Saúde Pública/Fundo Municipal de Saúde: Processo nº 413017193

Endereço para correspondência:
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante – 405 Norte, QI 9, Alameda 13, Lote 20, Palmas-TO, Brasil. CEP: 77002-011
E-mail: patricia.mendonca3@gmail.com

Introdução

A sífilis ainda é um grave problema de Saúde Pública, em nível global, a despeito da disponibilidade de métodos diagnósticos de baixo custo e do efetivo tratamento desde a década de 1950. A doença apresenta um cenário pior que o da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e é um fator determinante na elevação dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.[1]

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, anualmente, ocorram 2 milhões de casos de sífilis em gestantes. Cerca de 25% dos casos não tratados, ou tratados inadequadamente, resultariam em aborto espontâneo ou natimortos.[2]

A vigilância da infecção de sífilis em gestantes objetiva conhecer o estado sorológico e iniciar a terapêutica materna precocemente, visando ao planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle, particularmente da transmissão vertical do *Treponema pallidum*.[3]

> ***A alta incidência de sífilis em gestante e de sífilis congênita mantém-se como um desafio para os serviços de saúde.***

O efetivo controle da sífilis tem como premissa fundamental a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros sexuais, visto que a qualidade da assistência pré-natal e ao parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical. A penicilina é o fármaco de primeira escolha no tratamento da sífilis e o único indicado para gestantes: apresenta 98% de eficácia na prevenção da sífilis congênita, agindo em todos os estágios da doença. Não há relato da resistência do *Treponema pallidum* à penicilina.[3,4] Não obstante, a alta incidência de sífilis em gestante e de sífilis congênita mantém-se como um desafio para os serviços de saúde.

Entre os anos de 2007 e 2013, foram notificados 685 casos de sífilis em gestante e 535 casos de sífilis congênita em residentes do estado do Tocantins.[5] Segundo acordo firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a meta para 2015 era reduzir essa incidência para 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos.[1,3]

A atuação da Atenção Básica à saúde é essencial no combate à sífilis congênita, desde que é a principal porta de entrada dos serviços. As equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente e podem colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da doença. Os profissionais que atuam diretamente com as gestantes necessitam de preparo técnico e um olhar interdisciplinar, dada a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo.[4]

No Brasil, muito se discute a respeito do tema. Contudo, há escassez de estudos abordando as características epidemiológicas da ocorrência da sífilis gestacional e congênita em diversos locais.[6] Assim, justifica-se a realização de estudos que contribuam para o conhecimento e entendimento da epidemiologia do agravo, permitindo um (i) melhor planejamento das medidas de educação e prevenção nos grupos mais vulneráveis e a (ii) avaliação das ações para a redução da transmissão vertical da sífilis.

Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período de 2007 a 2014, no município de Palmas, estado do Tocantins, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), alimentado pelas fichas de notificação compulsória, que consistem em um formulário padronizado com informações sociodemográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde.

O local do estudo foi Palmas, a capital do Tocantins, localizada na região central do estado, sobre uma área de 2.218,943 km² e contando com uma população de 272.726 habitantes em 2015.[7]

Foram incluídos todos os casos de sífilis gestacional e congênita em residentes de Palmas, registrados no Sinan nos anos de 2007 a 2014, que atenderam ao critério de definição de caso confirmado segundo o Ministério da Saúde.[8] Foram excluídos os casos duplicados, identificados a partir da análise do Sinan. Foram estudadas as variáveis de acordo com as informações da ficha de notificação de sífilis em gestante e congênita, a saber:

a) Sociodemográficas maternas
- idade (em anos: 10 a 14; 15 a 19; 20 a 34; 35 a 49)
- raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena)
- escolaridade (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 2-4ª série completa do

Ensino Fundamental; 3-5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Ensino Superior incompleto; Ensino Superior completo; ignorado)

b) Realização de pré-natal (sim; não; ignorada/em branco)

c) Obstétricas e de tratamento

- momento do diagnóstico materno (1º, 2º, 3º trimestre ou idade gestacional ignorada)
- classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorada/em branco)
- teste treponêmico (reativo; não reativo; não realizado; ignorado/em branco)
- teste não treponêmico (reativo; não reativo; não realizado)
- esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzantina 2.400.000 UI; penicilina G benzantina 4.800.000 UI; penicilina G benzantina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco)
- tratamento do parceiro (sim; não; ignorado/em branco)

d) Clínicas e laboratoriais do recém nascido

- titulação de VDRL (*venereal disease research laboratory*) em sangue periférico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco)
- titulação de VDRL em líquor (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco)
- alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado/em branco)
- evolução do caso (vivo; óbito por sífilis congênita; óbito por outras causas; aborto; natimorto)

Para o cálculo do coeficiente de prevalência de sífilis gestacional, utilizou-se o número de casos notificados por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000. Para o cálculo da incidência da sífilis congênita, foi utilizado o número de casos novos por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000.[9] O número de nascidos vivos foi obtido do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Os programas estatísticos – de distribuição livre – utilizados para a realização das análises foram o BioEstat 5.0 e o Epi Info 3.5.2; os dados foram tabulados pelo Tabwin 32.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas sob o Parecer nº 985.502, em 13 de março de 2015, e foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

No período de 2007 a 2014, foram identificados em Palmas 171 casos de sífilis em gestantes e 204 casos de sífilis congênita. O ano de 2014 apresentou o maior número de casos notificados de sífilis gestacional (n=39; 23,0%), com coeficiente de prevalência de 7,5/1.000 nascidos vivos (Figura 1), significando um aumento de 38,8% em relação ao ano anterior e de 78,5% em relação à média dos anos anteriores (4,2/1.000 nascidos vivos).

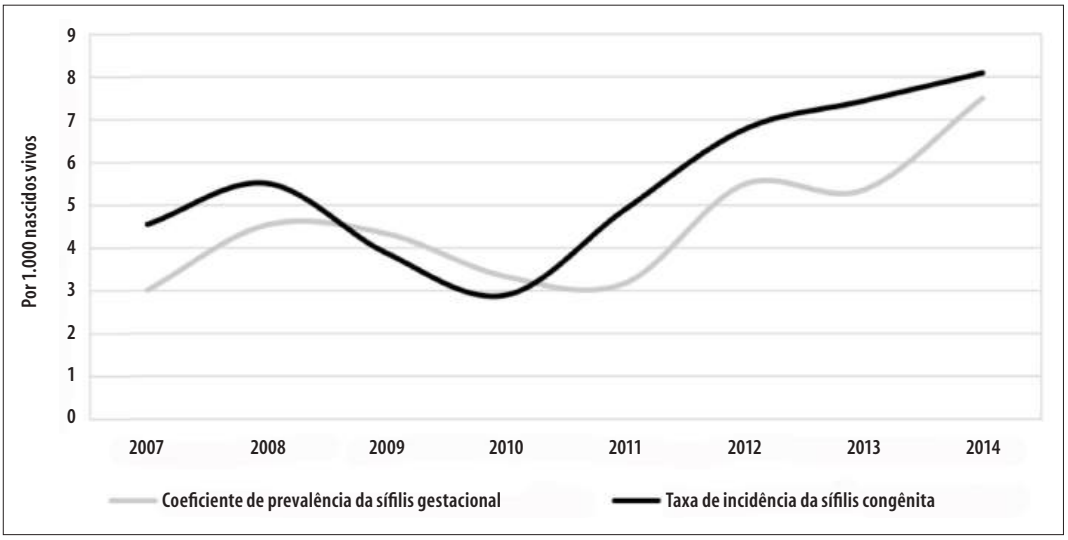
A maioria das 116 gestantes com sífilis (67,8%) encontravam-se na faixa etária de 20-34 anos (média de 25 anos; amplitude de 13 a 43 anos) (Tabela 1). Mais de dois terços dessas gestantes (71,3%) eram de cor da pele parda e 76,0% possuíam escolaridade de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo. Em 51 (29,8%) casos, não houve tratamento do parceiro (Tabela 1).

Foram considerados como sífilis primária e/ou secundária 47,3% dos casos. Em 93,0% dos casos, pode-se identificar a titulação do VDRL, que variou entre 1:1 e 1:128, com mediana de 1:4 e moda de 1:2. Em 11 (7,0%) casos, o VDRL foi informado com uma titulação inexistente.

Das 167 gestantes que tiveram o VDRL reagente, 36,8% apresentaram teste treponêmico reagente (teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente –[FTA-Abs]); e 2,9% tiveram resultado não reagente, sendo estas consideradas como casos descartados para sífilis.

De 2007 a 2014, a taxa de incidência anual de sífilis congênita elevou-se de 2,9 para 8,1 casos por 1.000 nascidos vivos. Entre as mães dos casos que preencheram os critérios de definição para sífilis congênita, predominaram mulheres pardas (90,2%), na faixa etária de 20 a 34 anos (73,5%), com escolaridade de Ensino Médio incompleto ou completo (48,0%) (Tabela 2).

Do total de casos de sífilis congênita, 81,4% das mães realizaram o pré-natal na gestação e 48,0% foram diagnosticadas no pré-natal (Tabela 2). Das mães que realizaram o pré-natal, 83,0% não tiveram seus parceiros tratados.



Fontes: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Figura 1 – Incidência anual de sífilis congênita e coeficiente de prevalência de sífilis gestacional (por 1.000 nascidos vivos) no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014

A maioria das mães de casos de sífilis congênita notificados não receberam tratamento (54,4%), e parte importante recebeu tratamento inadequado (40,7%). A realização do tratamento adequado da gestante, ao longo da série histórica, manteve-se baixa (1,0%) (Tabela 2).

Entre os nascidos vivos com sífilis congênita, 51,0% apresentaram VDRL em sangue periférico reagente e somente 1,0% apresentaram alteração no raio-x de ossos longos; porém, este segundo exame não foi realizado em 68 (33,3%) dos casos (Tabela 3).

Ao se analisar a evolução dos casos de sífilis congênita, observou-se: 78,9% dos casos foram classificados como vivos; 2,5% tiveram óbito por sífilis; 3,4% foram a óbito por outras causas; 9,3% como aborto; e 5,9% natimortos (Tabela 3).

Discussão

Observou-se aumento na prevalência de gestantes com sífilis e crescente incidência de sífilis congênita em Palmas. Esse aumento também tem sido relatado em outras cidades do Brasil[9] e do mundo.[10] As mulheres com sífilis são, principalmente, jovens, pardas, com baixa escolaridade e que realizaram o pré-natal, perfil semelhante ao apresentado por outros estudos.[11-15]

Cabe ressaltar que a baixa escolaridade é considerada um marcador de maior risco para exposição às doenças sexualmente transmissíveis, devido a um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção.[16] Nesta pesquisa, verificou-se que a maioria das mães de crianças notificadas possuíam baixa escolaridade. Este achado assemelha-se ao de uma pesquisa realizada entre 2010 e 2013, em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais,[17] e a resultados de outros estudos que confirmam a maior ocorrência de casos de sífilis em gestantes com baixa escolaridade.[12,13,18]

Observou-se uma elevada frequência do diagnóstico de sífilis no 2º e 3º trimestres da gestação,[19] possivelmente relacionada ao (i) momento tardio quando as gestantes geralmente procuram o pré-natal e à (ii) baixa sensibilidade e qualidade da assistência à gestante. Esses resultados reafirmam a importância da detecção oportuna das gestantes com sífilis, assim como da oferta de oportunidades de tratamento correto para as gestantes e seus parceiros: a assistência pré-natal adequada é fundamental para a saúde materno-infantil e consequentemente, para a redução da sífilis congênita. Resultados semelhantes foram encontrados por alguns estudos realizados em municípios dos estados do Rio de Janeiro (1994 a 1999) e do Ceará (2000 a 2005), como também no Distrito Federal (2005 a 2009).[18,19,20] Destaca-se que a melhora no diagnóstico oportuno das gestantes em Palmas pode estar relacionada à implantação dos

Tabela 1 – Distribuição das gestantes com sífilis (n=171), de acordo com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e do parceiro, notificadas no Sinan[a] no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)		
10-14	1	0,6
15-19	34	19,9
20-34	116	67,8
35-49	20	11,7
Raça/cor da pele		
Branca	29	17,0
Preta	17	9,9
Amarela	1	0,6
Parda	122	71,3
Indígena	1	0,6
Ignorada/em branco	1	0,6
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,6
Ensino Fundamental incompleto ou completo	72	42,1
Ensino Médio incompleto ou completo	58	33,9
Ensino Superior incompleto ou completo	3	1,8
Ignorado/em branco	37	21,6
Momento do diagnóstico (trimestre de gestação)		
1º trimestre	43	25,1
2º trimestre	63	36,8
3º trimestre	60	35,1
Idade gestacional ignorada	5	3,0
Classificação clínica da doença		
Primária	63	36,8
Secundária	18	10,5
Terciária	22	12,9
Latente	51	29,8
Ignorado/em branco	17	10,0
Teste treponêmico (teste rápido ou teste FTA-Abs [b])		
Reativo	63	36,8
Não reativo	5	2,9
Não realizado	96	56,1
Ignorado/em branco	7	4,2
Teste não-treponêmico (VDRL [c])		
Reativo	167	97,7
Não reativo	1	0,6
Não realizado	3	1,7

Continua

Tabela 1 – Continuação

Variáveis	n	%
Esquema de tratamento prescrito à gestante		
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI[d]	59	34,5
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI[d]	24	14,1
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI[d]	76	44,4
Outro esquema	4	2,3
Não realizado	6	3,5
Ignorado/em branco	2	1,2
Parceiro tratado concomitantemente à gestante		
Sim	46	26,9
Não	51	29,8
Ignorado/em branco	74	43,3

a) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
b) FTA-Abs: teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente
c) VDRL: *venereal disease research laboratory*
d) UI: Unidades Internacionais

testes rápidos nas unidades básicas de saúde (UBS) a partir de 2013.[21]

Segundo o Ministério da Saúde, há uma dificuldade no diagnóstico clínico de sífilis em gestantes, visto que o cancro duro não causa sintomas e geralmente, está localizado em locais de limitada visualização: parede vaginal, cérvix ou períneo.[22] O presente estudo demonstrou que muitas gestantes foram classificadas equivocadamente, quanto à fase da doença, haja vista o alto percentual de mulheres na fase primária e terciária, diferentemente do que se espera do rastreamento, em que a fase latente é mais incidente.[22] Ressalta-se que erros de interpretação e classificação da fase clínica da sífilis podem levar a tratamentos inadequados, e que devem ser classificados como sífilis de duração ignorada os casos em que não é possível estabelecer a evolução da doença e naqueles com ausência de sinais clínicos, sendo preconizado o tratamento desses casos com três doses de penicilina benzatina.[3,22]

Em São Paulo, 40% dos casos de sífilis congênita levam a morte fetal (abortamento espontâneo, natimorto) ou morte neonatal precoce.[23] Neste estudo, em quase um quinto dos casos de aborto, as mães foram diagnosticadas com sífilis somente no parto e curetagem. Já para quase todos os recém-nascidos vivos (sintomáticos ou não), as mães foram diagnosticadas no pré-natal, demonstrando que a realização do pré-natal possibilita um desfecho mais favorável dos casos.

Em Palmas, observou-se elevado percentual de exames não realizados nos recém-nascidos com sífilis congênita (VDRL em líquor e raio X de ossos longos). A radiografia dos ossos longos pode oferecer auxílio diagnóstico, e apresentar, como alterações mais frequentes, periostite, osteomielite e osteocondrite.[22,24] Outros estudos realizados em Belo Horizonte-MG, Caxias do Sul-RS e Natal-RN, entre os anos de 2001 e 2013,[17,25,26] também verificaram o predomínio da ausência de informação do diagnóstico radiológico e do VDRL em líquor, o que pode ser prejudicial para o acompanhamento efetivo dos casos.

Este trabalho apresentou algumas limitações, inerentes às pesquisas com dados secundários – condicionados à cobertura e qualidade dos registros –, dada a possibilidade de sub-registros, subnotificações e baixa qualidade das informações registradas.

Os resultados apresentados levam à constatação da fragilidade dos serviços de saúde quanto ao controle da sífilis congênita. Foram encontradas diversas falhas importantes, com poder de influência no diagnóstico e acompanhamento, seja das gestantes durante o pré-natal, seja da criança, destacando-se o não tratamento adequado das mães e seus parceiros.

A atuação da Atenção Básica é essencial no combate à transmissão materno-fetal da sífilis, considerando-se que ela é a porta de entrada dos serviços de saúde, enquanto as equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente, tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da sífilis congênita. Trabalhadores da Saúde que atuam diretamente com as gestantes

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas das mães dos nascidos vivos com sífilis congênita (n=204) notificados no Sinan [a] no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014

Variáveis maternas	n	%
Realização de pré-natal		
Sim	166	81,4
Não	35	17,2
Ignorado/em branco	3	1,5
Tratamento do parceiro		
Sim	24	11,8
Não	173	84,8
Ignorado/em branco	7	3,4
Faixa etária (em anos)		
10-14	1	0,5
15-19	39	19,1
20-34	150	73,5
35-49	14	6,9
Raça/cor da pele		
Branca	16	7,8
Preta	3	1,5
Amarela	1	0,5
Parda	184	90,2
Indígena	–	–
Ignorado/em branco	–	–
Escolaridade		
Analfabeto	–	1,0
Ensino Fundamental incompleto ou completo	11	36,3
Ensino Médio incompleto ou completo	24	48,0
Ensino Superior incompleto ou completo	–	3,4
Ignorada/em branco	7	11,3
Esquema de tratamento materno		
Adequado	2	1,0
Inadequado	83	40,7
Não realizado	111	54,4
Ignorado/em branco	8	3,9
Diagnóstico da sífilis materna		
Durante o pré-natal	98	48,0
No momento do parto/curetagem	96	47,1
Após o parto	6	2,9
Não realizado	2	1,0
Ignorado/em branco	2	1,0

a) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 3 – Características diagnósticas dos casos de sífilis congênita (n=204) notificados no Sinan [a] no município de Palmas, Tocantins, 2007-2014

Variáveis	n	%
Titulação de VDRL [b] em sangue periférico		
Reagente	104	51,0
Não reagente	59	28,9
Não realizado	39	19,1
Ignorado/em branco	2	1,0
Titulação de VDRL [b] em líquor		
Reagente	1	0,5
Não reagente	95	46,6
Não realizado	100	49
Ignorado/em branco	8	3,9
Alteração do exame dos ossos longos		
Sim	2	1,0
Não	117	57,4
Não realizado	68	33,3
Ignorado/em branco	17	8,3
Evolução do caso		
Vivo	161	78,9
Óbito por sífilis congênita	5	2,5
Óbito por outras causas	7	3,4
Aborto	19	9,3
Natimorto	12	5,9

a) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
b) VDRL: *venereal disease research laboratory*

carecem de envolvimento com a causa e preparo técnico, ademais de um olhar interdisciplinar, tendo em vista a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo. É preciso que esses profissionais exerçam seu papel de forma consciente, de maneira a minimizar um risco totalmente evitável mediante um diagnóstico oportuno, tratamento adequado e educação em saúde das gestantes e seus parceiros.

Contribuição dos autores

Cavalcante PAM, Pereira RBL e Castro JGD participaram de todas as etapas da elaboração deste manuscrito, incluindo a concepção do estudo, a análise dos dados e redação do manuscrito, com a posterior aprovação da versão final, garantindo a fidedignidade dos dados, integridade e precisão das informações.

Referências

1. Organización Pan-Americana de la Salud. Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas [Internet]. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud; 2012 [citado 2016 dic 19]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=273&Itemid=
2. World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Geneva: World Health Organization; 2011
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 120 p.

4. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, Coêlho HLL, Ramos Júnior AN. A (des)Informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. J Bras Doencas Sex Transm. 2007:19(3-4):120-7.

5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2016 dez 19]. Disponível em: http://datasus.gov.br

6. Silva LSR, Rocha SS, Silva TA, Andrade WL, Silva WMP. Análise dos casos de sífilis congênita nos últimos 20 anos: uma revisão da Literatura. In: Anais do 18º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2015 set 15-18; João Pessoa. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2015.

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016 [citado 2016 dez 19]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=172100&search=tocantins|palmas

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 72p. (Manuais; 62)

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol Sif. 2015;4(1):1-28

10. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis: United States of America, 2012-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015 Nov;64(44):1241-5.

11. Campos ALA, Araujo MAL, Melo SP, Goncalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. Cad Saude Publica. 2010 set;26(9):1747-55.

12. Gonzales GF, Tapia V, Serruya SJ. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014 Apr;31(2):211-21.

13. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Cien Saude Colet. 2013 fev;18(2):499-506.

14. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiol Serv Saude. 2014 jun; 23(2):287-94.

15. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST – J Bras Doencas Sex Transm. 2007;19(3-4):144-56.

16. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2014 Apr;47(2):170-8.

17. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol Serv Saude. 2015 out-dez;24(4):681-94.

18. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade Escola – UFRJ. DST - J Bras Doencas Sex Transm. 2001;13(4):6-8.

19. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. Rev APS 2008 jan-mar;11(1):4-9.

20. Leitão EJL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. Com Cienc Saude. 2009;20(4):307-14.

21. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). Diretoria de Vigilância em Saúde. Área Técnica DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol HIVAids Síf Hep Virais. 2015 jan-dez;1(1):1-33

22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

23. Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo). Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids - SP. Programa Estadual DST/Aids de São Paulo. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 180p. (Série B. textos básicos de saúde) ; (Série manuais; vol. 80)

25. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. RBGO. 2001 nov-dez;23(10):647-52.

26. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. Epidemiol Serv Saude. 2011 abr-jun;20(2):203-12.

Recebido em 21/04/2016
Aprovado em 30/11/2016

Rayssa Louza Cruz, Maria Do Socorro Rocha Sarmento

FISIOTERAPIA NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

RESUMO

A participação do fisioterapeuta é imprescindível na saúde coletiva, visto que esse profissional encontra-se habilitado para planejar e desenvolver ações de promoção e prevenção, sem perder a sua relevância na reabilitação. No entanto, essa função do fisioterapeuta ainda é pouco conhecida até mesmo entre os profissionais da saúde e pelos usuários de saúde. O presente estudo busca relatar a experiência de uma fisioterapeuta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, tendo como principal campo de prática a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas –TO. As ações foram desenvolvidas durante o período de dois anos, que possibilitaram intervenções junto à Área Técnica da Hanseníase. Percebeu-se as possibilidades de atuação do fisioterapeuta em uma área ainda pouco explorada que é a vigilância em saúde, valorizando a vivência multiprofissional e intersetorial, além de destacar a relevância e impacto de uma residência multiprofissional na formação de trabalhadores do SUS.

Descritores: Fisioterapia, Saúde Coletiva, Vigilância Epidemiológica

ABSTRACT

The participation of the physiotherapist is essential in public health, as this professional is able to plan and develop actions of promotion and prevention, without losing its relevance in rehabilitation. However, this Physiotherapist function is still little known even among health professionals and the health of users. This study aims to report the experience of a physiotherapist Multidisciplinary Residency Program in Public Health, the main practice field the Epidemiological Monitoring of Municipal Health Palmas -TO. The actions were undertaken during the period of two years, which made it possible interventions by the Leprosy Technical Area. It was noticed the physiotherapist performance possibilities in a little explored area that is health surveillance, emphasizing the multidisciplinary and intersectoral experience, and emphasize the relevance and impact of a multi-residence in the formation of SUS workers.

Keywords: Physiotherapy, Public Health, Epidemiological Surveillance

INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos, cujo objetivo é desenvolver nesses profissionais competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentada e desarticulada, com a complexidade dos determinantes que proporcionam o cuidado a saúde da população.[1,2] Além de colaborar na qualificação dos diferentes níveis de atenção à saúde oferecidos à comunidade.[3]

Dentro dessa perspectiva, a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) em parceria com o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) e a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS) proporcionaram ao município, em março de 2014, o ingresso da primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Vigilância em Saúde, composta por uma profissional da enfermagem, uma da psicologia e da fisioterapia.

Nesse contexto, o residente, enquanto membro da equipe multiprofissional, possui a oportunidade de obter um rico aprendizado teórico-prático atrelado à chance de se tornar um agente de mudança dentro da instituição e na comunidade em que atua.

É importante ressaltar que a saúde coletiva engloba e amplia as possibilidades de intervenção do Fisioterapeuta, controlando os danos e os riscos à saúde, atendendo grupos populacionais doentes ou não. Porém, desde a sua origem, a fisioterapia tem um caráter essencialmente curativo e reabilitador e por anos a prevenção foi pouco abordada por esses profissionais. Embora a fisioterapia precisa avançar quanto à atuação em todos os níveis de saúde, apropriando-se de campo da saúde coletiva, ainda há forte atrelamento ao modelo de atenção tradicional, biologicista, biomédico e distante das reais necessidades das populações mais vulneráveis.[4]

Diante disto, o presente trabalho, de caráter descritivo, relata a experiência da fisioterapeuta residente na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas –TO durante dois anos de residência multiprofissional em saúde coletiva.

Vigilância em Saúde como campo de atuação

Conforme programado, a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO foi o campo de prática para os residentes de Saúde Coletiva, de forma que proporcionasse a vivência em diversos áreas da vigilância conforme sua estruturação no município, sendo elas: vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e saúde do trabalhador, vigilância sanitária, vigilância e controle de zoonoses e Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (CIEVS).

No primeiro momento, as Residentes foram apresentadas à Vigilância Epidemiológica com a presença da coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e a preceptora, que são servidoras da Secretaria Municipal da Saúde e que já trabalhavam no local, possuindo experiência e proximidade com os demais servidores, de forma que conduziram da melhor forma possível a inserção das residentes no campo de prática.

No decorrer da residência, a vigilância epidemiológica tornou-se o principal cenário de prática, interagindo com as demais vigilâncias em ações focais, como por exemplo, campanhas, reuniões e discussão de casos.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.[5]

Em Palmas, essa Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) é dividida em coordenações que são compostas por Áreas Técnicas. Cada residente da Saúde Coletiva foi alocada em uma área técnica de forma que contribuísse nos processos de trabalho, vivenciando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e implementando ações de intervenção.

A princípio, a Fisioterapeuta foi inserida na Área Técnica da Promoção da Saúde da Coordenação de Doenças e Agravos não-transmissíveis, tendo como proposta trabalhar a implementação da Política de Promoção da Saúde na rede. Porém, apresentou dificuldade de inserção com os profissionais da área técnica, e dificuldade de

se desenvolver com o trabalho da Promoção da saúde, podendo ser resultante da própria formação ainda voltada para a prática reabilitadora e da inexperiência nessa área de atuação.

Com isso, mudou-se para a Área Técnica da Hanseníase da Coordenação de Doenças e Agravos Transmissíveis não-vetoriais, onde pode contribuir de maior forma e evoluir com a proposta da residência.

Atividades realizadas

Durante os dois anos de residência foi possível conhecer e contribuir em diversos pontos na Vigilância Epidemiológica, em especial na Área Técnica da Hanseníase, pois, trata-se de um agravo de grande magnitude em Palmas.

De acordo com o Ministério da Saúde, a vigilância epidemiológica em relação à Hanseníase envolve a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos da doença e seus contatos. A produção e a divulgação de informações que subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções e embasam o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas.[6]

Assim, a vivência na vigilância epidemiológica proporcionou a aproximação com os Sistema de Informações da saúde, em especial com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) onde são inseridas as notificações e a partir daí os casos são monitorados e atualizados com as informações vindas das Unidades Básicas de Saúde, tendo como fonte principal os Boletins Mensais de Acompanhamento de Hanseníase. Esses dados são tabulados pelo programa TabWin disponibilizado pelo DATASUS, a partir dessas tabulações são gerados análises e relatórios demandados pela gestão, bem como boletins epidemiológicos para difusão de informação.

Entre as ações realizadas junto com a área técnica é possível destacar a capacitação de médicos e enfermeiros da Atenção Básica e Fisioterapeutas da Atenção Especializada acerca da doença, prevenção, diagnóstico e tratamento, e reestruturação do fluxograma da Hanseníase.

Foram realizadas visitas técnicas nas Unidades Básicas de Saúde, ocorrendo a supervisão de prontuários, discussão de casos, orientações sobre o correto preenchimento das fichas de notificações e dos instrumentos de acompanhamento dos pacientes e momentos de tirar dúvidas com toda a equipe (médico, enfermeiros,

técnicos de enfermagem e Agente Comunitários de Saúde), proporcionando uma aproximação com a Atenção Básica e integração com os profissionais. Nesses encontros os profissionais eram orientados e instigados a promoverem grupos de Autocuidado com seus pacientes, de forma que pudessem ainda aproximar os laços profissionais e pacientes.

Em relação a vivência em outros campos, ocorreram plantões nos Núcleos de Vigilância das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) de Palmas, acompanhando a rotina e fluxos das notificações, além de conhecer a realidade e dificuldades da Urgência e Emergência em relação as demandas da GVE,

Em junho de 2015, participou do 51º Congresso Brasileiro de Medicina Tropical com a exposição de 2 trabalhos, e em outubro do mesmo ano, participou do 8º Simpósio Brasileiro de Hansenologia com a apresentação oral de 3 trabalhos. Além de participação em Simpósio, Conferencias e Encontros locais e regionais.

Discussão

A aproximação entre fisioterapia e saúde coletiva possibilita novas reflexões sobre o papel da fisioterapia no atual quadro epidemiológico e na nova lógica de organização dos serviços de saúde, com grande potencial para a redefinição do campo científico da profissão, tornando-a cientificamente mais fundamentada, sanitariamente mais contextualizada e socialmente mais comprometida, adequando-se ao cenário sanitário atual, não visando o abandono à reabilitação, e sim agregar conhecimentos e valores à saúde no âmbito coletivo.[6]

O profissional fisioterapeuta dentro de suas competências, e através de seus saberes, também está apto a colaborar na prevenção de doenças, quando atuando em outros níveis de atenção à saúde. Dessa maneira a Fisioterapia na saúde pública proporciona e estimula o controle de elementos que culminam no desenvolvimento da doença.[6]

A formação acadêmica do fisioterapeuta não o prepara e não o incentiva a atuar na atenção saúde coletiva, essa formação não deve ser somente focada em técnicas, mas também no indivíduo de forma global, seja social e humana.[7,8]

Por isso, reconhece-se a relevância dos programas de residência multiprofissional em como uma importante estratégia de formação de trabalhadores para o SUS.

Considerações Finais

Diante do exposto, percebe-se que a participação do fisioterapeuta na vigilância em saúde, é imprescindível, bem como na saúde pública, em todos os níveis, visto que esse profissional encontra-se habilitado para desenvolver diversas ações, sem perder a sua relevância na reabilitação.

A formação acadêmica em especial do fisioterapeuta, ainda deixa a desejar no sentido da conscientização do importante papel desempenhado por esse profissional no âmbito público.

O fisioterapeuta nos últimos anos vem sendo inserido na saúde pública e perdendo o perfil de profissional apenas reabilitador, podendo participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em de vigilância em saúde. No entanto, essa função do fisioterapeuta ainda é pouco conhecida até mesmo entre os profissionais da saúde e pelos usuários de saúde.

REFERÊNCIAS

1 Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Saúde Soc, São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

2 Brasil. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, 13 nov 2009. Seção 1. 2.

3 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF): MS; 2006.

4 Bispo JJP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 ; 15(Suppl 1): 1627-1636.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico]. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2016.

7 Rizzo EP, Cominote P, Colar V, Vieira HJA, Manhães RB. Intervenção da fisioterapia na comunidade de Araçás-Velha/ES: uma proposta de atuação junto ao Programa Saúde da Família. Fisioterapia Brasil.V. 9, n. 4, p. 247 – 252. jun-ago, 2008.

8 Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em Fisioterapia. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1535-1546, 2011.

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Publicado originalmente em versão impressa - ISSN 0103-1104

saúde EM DEBATE 40 anos 1976-2016 REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Artigos e Submissão

0057/2017 - EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE VETORIAL DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES, PALMAS-TO

PERMANENT EDUCATION IN THE VECTOR CONTROL OF THE CONTROL CENTER OF ZOONOSES, PALMAS-TO

Camylle Maia Costa Faria - FARIA, Camylle Maia Costa - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e Centro Universitario Luterano de Palmas

Endereco para correspondência
Plano Diretor Sul, Quadra 309 Sul, Rua 5, QI 10,Lote 4B

Referências profissionais
Fisioterapeuta Residente pela Fundação Escola de Saúde Pública

Co-autores
Ana Carolina Rodrigues Vale e Almeida (ALMEIDA, Ana Carolina Rodrigues Vale e)
Endereço: Plano Diretor Sul, Quadra 208 sul, alameda 17, lote 27
Referências Profissionais: Médica Veterinária, Mestre em Saúde Coletiva, Tutora na Residência Multiprofissional pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

Tipo de Artigo
Pesquisa

Resumo
Apesar de todos os esforços empreendidos pelas autoridades sanitárias as doenças transmitidas por vetores continuam sendo um grande problema. Surge então a educação permanente em saúde como possibilidade de promoção a reflexão e transformações de praticas de serviço. O estudo demonstrou o levantamento da realidade do controle de vetores do Centro de Controle de Zoonoses relacionadas à educação permanente, educação em saúde e aos processos de trabalho. Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, foram utilizados métodos como: observação participante, grupo focal e entrevista semiestruturada. O que nos permitiu:identificar as ações educativas em controle vetorial promovida pelo local.

Abstract
Despite all costs related to health authorities, vector-borne diseases remain a major problem. It then emerges the permanent education in health as a possibility of promotion a reflection and transformations of service practices. The study demonstrated the reality of the control of vectors of the Control Center of Zoonoses related to permanent education, health education and work processes. With a purpose of meeting the proposed objectives, methods such as participatory observation, focus group and semi-structured interview were used. What allowed us to: identify as educational actions in vector control promoted by the site.

Palavras-Chave
Palavras-chaves: Grupo focal; Controle vetorial; Atividade laboral; Práticas de trabalho.

Keywords
Keywords: Focus group; Vector control; Labor activity; Work practices.

INTRODUÇÃO

Apesar de todos os esforços empreendidos pelas autoridades sanitárias as doenças transmitidas por vetores continuam sendo um grande problema e objeto das maiores campanhas de saúde pública no país. Segundo estudos no ano de 2016 sua incidência vem aumentando ao longo dos anos, 1.496.282 casos de Dengue foram notificados no Brasil e 7.890 no Tocantins até a semana epidemiológica 51. Surgiram então, discussões recentes sobre o controle de tais vetores, que apontam para imprescindibilidade de investimentos em metodologias adequadas para sensibilizar a população sobre a necessidade de mudanças de comportamento e os trabalhadores investidos nesse serviço (DA ROS, 2004; BRAGA; VALE, 2007; SILVA et al., 2010; FIOCRUZ, 2016).

Neste contexto, a educação permanente em saúde e no trabalho vem sendo referida como um processo de aprendizagem que se dá no espaço da atividade laboral, em que a partir da reflexão do seu processo detectam-se problemas e necessidades do serviço, tendo como lógica provocar mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, consequentemente, modificar a forma de prestar atenção à saúde. No contexto da saúde, está o setor responsável pelo controle de vetores no município de Palmas que possui também a responsabilidade de promover e integrar as ações entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. São profissionais componentes do setor no município: o Coordenador, os Analistas em Saúde, os Supervisores Gerais, os Supervisores de áreas, Residentes em Saúde e os Agente de Controle de Endemias (ACE). (CECIM; FERLA, 2008; TORRES, 2009).

A relevância do tema reside na viabilização de um olhar mais crítico dos atores envolvidos, profissionais e população, o que contribuirá para a eficácia e melhoria da promoção da saúde. O desenvolvimento de projetos e ações em educação permanente neste setor foi de grande valia para o trabalho, pois incentivou a utilização da educação permanente como ferramenta de mudanças e fomentou a reflexão das práticas de serviço destes gestores e servidores, o que poderá se refletir em melhor qualidade de vida para o trabalhador e por fim em um serviço eficaz para a comunidade. Este trabalho teve como objetivo o levantamento da realidade do controle de vetores do Centro de Controle de Zoonoses relacionadas à educação permanente, educação em saúde e sobre os processos de trabalho na cidade de Palmas – TO.

METÓDO

O presente estudo trata-se de uma abordagem qualitativa descritiva do tipo intervenção. Sendo a população estudada os colaboradores líderes que são os profissionais que atuam na coordenação, supervisão geral e os analistas em saúde do controle vetorial do Centro de Controle de Zoonoses de Palmas -TO. A pesquisa foi realizada no período de junho a julho de 2016 no Centro de Controle de Zoonoses na Rod TO-080, km-1, Plano Diretor Norte, Palmas, TO - Cep: 77001-096. Tendo como critérios de inclusão, qualquer voluntário acima dos 18 anos de ambos os sexos, que exercem função de coordenação, analistas

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Av. Brasil, 4.036 – Sala 802
Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782

UMA PUBLICAÇÃO
cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CC BY

em saúde ou de supervisores gerais do controle vetorial do Centro de Controle de Zoonoses e que aceitarem participar do estudo. E como critérios de exclusão os voluntários que tenham problemas de cunho cognitivo ou não trabalhem no controle vetorial. Todos os voluntários da presente pesquisa foram estudados segundo as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) no qual constou: o objetivo do estudo, os procedimentos de avaliação, as possíveis consequências, o caráter de voluntariedade da participação do sujeito e a responsabilidade por parte do avaliador e da instituição na qual o trabalho será desenvolvido, sendo respeitada a privacidade e a total confiabilidade dos dados.

Os benefícios para os participantes da pesquisa foram a partilha e a contraposição de experiências que possibilitaram a troca de experiências entre os participantes e de seus interesses e preocupações comuns. Ademais de reflexões sobre seu processo de trabalho e vida, a melhora de suas práticas de serviço e por consequência sua qualidade de vida laboral. Dentre os riscos da pesquisa estão a identificação dos participantes que será minimizado com a substituição dos nomes por siglas e pelo sigilo das informações contidas nas gravações, bem como pela realização do grupo focal e entrevista em uma sala privativa.

Para alcançar o objetivo de Identificar as ações educativas em controle vetoriais promovidas pelo CCZ optou-se pela utilização da observação participante como um dos instrumentos de coleta de dados. Esta observação é utilizada como forma de coleta de dados empíricos na pesquisa qualitativa, o observador coloca-se na posição dos observados, devendo inserir-se no grupo a ser estudado como se fosse um deles, pois assim tem mais condições de compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características do funcionamento daquele grupo, o que requer que o observador torne-se parte do universo investigado para entendimento do contexto das ações e apreensão dos aspectos simbólicos que o permeiam. Para aplicarmos a técnica da observação participante foi desenvolvida uma sistematização prévia (roteiro de observação) que focou nos objetivos da investigação, a fim de fundamentar o planejamento de estratégias para o melhor desenvolvimento das ações no âmbito estudado. A utilização desta metodologia ocorreu de junho à julho de 2016 a fim de verificar as práticas de trabalho e a realidade a respeito da educação permanente no setor.

A fim de alcançar os objetivos de Identificar a percepção dos profissionais do controle vetorial em relação à educação permanente e sua contribuição para as práticas de trabalho e Sensibilizar os principais atores para a necessidade de implantação de um plano de ação voltado para educação permanente optou-se como instrumento de coleta de dados a execução de um grupo focal e entrevista semiestruturada, técnicas escolhidas por serem rápidas e de baixo custo para avaliação e obtenção de dados e informações qualitativas. Para aplicação da técnica do grupo focal reunimos um grupo de pessoas, selecionadas entre participantes de uma amostra, e as estimulamos a expressarem seus pontos de vista sobre os temas propostos. O pesquisador fez o papel de moderador (residente) e os participantes foram levados a reagirem às opiniões dos demais. O grupo teve um tamanho reduzido, com nove (9) participantes, onde estes foram convidados a participar das discussões sobre determinados assuntos. Para sua condução foram indicadas duas pessoas, uma moderando e outra responsável pelas anotações. O facilitador foi responsável por conduzir a discussão de modo que se mantivesse dentro dos tópicos de interesse e não fossem feitos julgamentos, mas sim salientasse ideias relevantes, e incentivasse as discussões não havendo geração de novos conceitos aos participantes.

O grupo teve um encontro com duração de 2 (duas) horas, e foi conduzido na sala de reuniões do CCZ que é um local com privacidade, para favorecer a gravação do encontro, mediante o consentimento dos participantes, assegurando-lhes anonimato e uso exclusivo para finalidades de pesquisa. O encontro ocorreu em um horário que não prejudicou as atividades rotineiras dos participantes, gravado com dois gravadores para que na análise dos dados não houvesse duplicidade de informações. Foi elaborado um roteiro semiestruturado que contemplou: a importância do Controle Vetorial, métodos já utilizados para capacitação e educação em saúde, metodologias ativas, educação permanente e seu significado, além de facilidades e dificuldades para utilização desta e percepção dos trabalhadores sobre o serviço.

Ao final do grupo foi realizada uma síntese das informações, impressões e as implicações destas para o estudo. Já para entrevista semiestruturada foram selecionados dois colaboradores lideres para serem entrevistados a luz de um roteiro (semiestruturado) que compreendeu assuntos como: a percepção da atividade que exercem, compreensão sobre a educação permanente, dificuldades para implementação de ações de educação permanente no serviço. Os produtos de ambas as técnicas foram gravados, compilados e analisados a luz do referencial teórico proposto por Bardin (2011), onde o autor propõe a análise de conteúdo através de conjunto de técnicas de análise das comunicações mirando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como resultado da técnica de observação no período previsto à coleta de dados e utilizando-se da experiência de um ano e seis meses da pesquisadora no local como ser que vivenciou os processos de trabalho do local de forma analítica, observou-se que há um clima cordial e produtivo. Nas atividades, os trabalhadores têm a tendência de concordar, além de ampla troca de ideias no ambiente de trabalho interno. Entretanto a comunicação externa é dificultosa, pelo fato das relações com as chefias e com os trabalhadores do campo serem ruins. Os trabalhadores do campo não conseguem participar de atividades educativas sem levantar conflitos sobre os problemas no serviço, o que dificulta as relações de ensino aprendizagem entre analistas e agentes. Ademais disso, há muita pressão por parte das chefias e pouco reconhecimento do trabalho dos analistas em saúde do setor, fator este que desencadeia estresse e frustração nos trabalhadores.

No que diz respeito às ações de educação em saúde há uma demanda gerada pela Secretaria de Saúde para que o setor realize no mínimo quatro ações educativas por mês. Entretanto, com o advindo da Residência Multiprofissional, foram geradas demandas para a produção científica (boletins, artigos e etc..) como o projeto para ampliação das ações educativas do controle vetorial do CCZ. Neste projeto, novos segmentos da sociedade foram alcançados como os Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, Feiras, Empresas, Universidades entre outros favorecendo a equidade e universalidade do acesso à informação. Segundo Souza et al (2005) o trabalho em comunidade é importante no sentido de conhecer a realidade e as potencialidades do meio, o que permite aos profissionais a oportunidade de estimular os participantes a encontrar estratégias coletivas para intervir no território.

Por outro lado, no que diz respeito à educação permanente o local não possuía nenhum movimento nesse sentido principalmente no que diz respeito aos analistas em saúde. Já os agentes de endemias tem a oferta de capacitações semestrais ofertadas pelos analistas em saúde. Porém nenhuma ação de educação permanente. No último mês de observação notou-se uma transformação na gestão com uma reformulação completa da rede de saúde, que acompanhada do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEMPS) proporcionou aos trabalhadores que aderiram, o acesso à educação permanente, contudo os ACE's não foram contemplados nessa primeira oferta.

"O Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde ─ PMEPS ─ tem por objetivo qualificar a Rede de Atenção à Saúde, por meio do desenvolvimento de perfis de competência nas áreas de gestão, educação e assistência dos profissionais de saúde, a partir da implantação de Programas Setoriais de Educação Permanente em Saúde – PEP's nas áreas de Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Gestão da Saúde e Média e Alta Complexidade (PALMAS, 2016)."

A análise de conteúdo do grupo focal revelou quatro temas principais que foram recorrentes, dentre eles estão: falta de

participação dos trabalhadores nos processos de trabalho, representatividade social do CCZ, saúde do trabalhador e educação permanente. O primeiro aspecto ressaltado pelos trabalhadores como negativo para a execução do serviço e fator contribuinte à desvalorização do servidor foi a falta de participação destes nos processos de decisão e delineamento do serviço que executam: "Valorizado? Eu acho que falta muito, têm muitas coisas que acontecem no serviço sem a opinião dos executores do serviço dos que estão lá na ponta, no caso agente. Por isso, isso tudo para mim é desvalorização". Bem como o sentimento de exclusão sentido pelos trabalhadores:

"No nosso trabalho eu acredito que ficamos um pouco desvalorizados, até mesmo pelo fato da distancia que agente tem da secretaria. Nós geralmente não ficamos sabendo das coisas e quando sabe já em cima da hora, no momento que está acontecendo, ou seja, já na função de só executar. Agente não faz parte do planejamento das próprias ações que iremos executar".

Em contraste a essa realidade estudos compravam que a participação nas empresas leva a um melhor desempenho organizacional. Além disso, muitas organizações nacionais e internacionais com diversas áreas de atuação, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), consideram a participação dos trabalhadores em processos de decisão como uma das caracterísiticas de um trabalho decente, este pensamento tem sido incorporado por diversos programas que se multiplicaram desde o final dos anos 1990 (COUTINHO, 2002 ; RACHID, 2013). Outro ponto retratado como empecilho para o serviço é a representatividade social negativa do setor e do Centro de Controle de Zoonoses. A representação social é uma forma de conhecimento social, desenvolvido em conjunto por indivíduos e grupos, com simplesmente a ideia ou opinião que o senso comum tem diante de situações, eventos, objetos, empresas e comunicações a eles pertinentes, podendo estes serem positivos ou negativos (GUEDES et all., 2009) ."Eu lembro do CCZ no começo em 2004. Nós chegava e dizia: somos do CCZ[...]ai era tipo assim um órgão respeitado e ai com o tempo foi se apagando, se apagando e se apagando".

Diferente da situação do setor apresentado Guedes (2009) em estudo realizado sobre Responsabilidade Social Corporativa, comprovou que de fato, a representação social é algo que deve ser valorizado por todos. Corroborando a este estudo Costa e Denedai (2008) afirmam que quando há a representação social positiva no local de trabalho e em seu ambiente organizacional, estes se sentem importantes e orgulhosos diante do trabalho, porém para essa realidade é preciso transparência, postura, atitude e comportamento dos gestores no relacionamento com os trabalhadores.

O tópico saúde do trabalhador foi retratado também como problema recorrente no setor. "Mas eu acho que a saúde do trabalhador é muito importante por que nós temos muitos profissionais adoecidos". Estudos comprovam que os adoecimentos em profissionais de saúde são comuns por suas atividades serem fortemente tensiógenas, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas nesse ambiente (ELIAS; NAVARRO, 2006) "Nosso trabalho depende diretamente dos agentes e eles já trabalham frustrados". Ademais disso, os trabalhadores explicaram que diversos problemas juntos desencadeiam esses adoecimentos, bem como geram desvalorização dos trabalhadores do controle vetorial. "A estrutura, a comunicação e essa falta de cuidado com o trabalhador gera desvalorização". Pesquisas demonstram que apesar das diversas iniciativas no Brasil em consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST), persistem a presença de acidentes e doenças originadas nos processos de trabalho(COSTA et all., 2013).

No decorrer da reunião a educação permanente foi citada como tema importante para transformação dessa realidade.

"Acho que falta capacitação, uma capacitação continuada como a educação permanente. Talvez no futuro no ano que vem, vem suprir essas necessidades dos profissionais. Porque por exemplo, quem vem trabalhar aqui você chega e vai aprender no dia-a-dia, você não passa por nenhum treinamento é o dia-a-dia que te leva a descobrir as coisas".

Quando questionados os trabalhadores tinham um conhecimento restrito do conceito em si. Entretanto entediam do assunto de forma genérica: "O próprio nome ja diz tudo né? permanente é uma coisa continua você esta continuamente participando de uma forma ou de outra aprendendo". Nesse sentido, os trabalhadores consideram a educação permanente como ferramenta importante para auxilio e solução dos problemas nos setor: "A educação permanente seria importante, mas não só ela outras coisas", "A EP seria muito importante". Reforçando esta ideia estudos demonstram que a educação permanente por centralizar-se no processo de trabalho, consegue melhorar a qualidade de vida do trabalhador em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade e das práticas de saúde (técnicas e sociais) nos serviços de saúde. (FARAH, 2006).

Ainda neste tema os trabalhadores citaram experiências passadas com a educação permanente através do PROFORMAR no ano de 2004 "Atualmente não tivemos nenhuma experiência com EP, mas em 2004 teve o PROFORMAR" o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) ofereceu nos anos de 2003 a 2006 formação inicial e continuada aos agentes de saúde para dar conta de um processo formativo voltado para esses trabalhadores, tendo como principal objetivo fazer os agentes atuarem de forma mais articulada com a realidade de seu serviço (TORRES, 2009; SILVA, 2003).

Atualmente por meio da chegada dos residentes tiveram experiências com metodologias ativas nas capacitações dos trabalhadores do setor: "Teve uma capacitação aqui que eu me diverti muito, que foi aquela de febre amarela que agente usou uma metodologia diferente e ativa. Todo mundo participou e aprendeu" e "Através da vinda dos residentes nós começamos a ouvir falar de metodologias ativas e educação permanente com mais frequência".

Para ratificar a presença transformadora dos residentes, Nascimento e Oliveira (2010) em estudo realizado sobre residentes multiprofissionais comprovou que a formação dos profissionais esta pautada na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde, incorporando a escuta aos processos singulares e subjetivos, o estabelecimento de relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território, bem como garantir a transformação das relações sociais nos seus campos de prática promovendo mudanças em seu ambiente de trabalho.

Além disso, quando questionados sobre as facilidades de se implementarem programas de educação permanente os servidores expuseram que os profissionais adoecidos e frustrados são um empecilho: "Há muitos trabalhadores doentes aqui cansados do trabalho e frustrados com os sistema" e como facilidades a estrutura física, o relacionamento interpessoal entre os colegas e trabalhadores dispostos a trabalhar: "Uma coisa boa? A estrutura física", "Eu acho que a parceria", "O relacionamento é bom entre os colegas de trabalho" e "Eu não sei como é a palavra. Mas a vontade que cada um tem aqui de melhorar um pouquinho nem que seja um pouquinho".

Por fim quando os trabalhadores foram convidados a avaliarem o processo do grupo focal demonstraram sensibilização sobre os temas tratados e reações positivas para com experiência "Foi boa essa reunião de hoje, e que essa pesquisa possa ir além", "Eu achei muito importante e eu ia até resumir em desabafo... mas eu acho sempre muito bom agente refletir sobre as dificuldades que nós temos aqui no trabalho", "Foi bom para gente refletir sobre a realidade que agente vive e sobre a importância da educação permanente", "eu achei muito importante agente ouvir e ser ouvido" e "Pouco fazemos para mudar e ai quando agente tem encontros desse tipo agente pensa: Será que eu posso de alguma forma melhorar isso?". Colaborando com o resultado está o estudo de Sampaio et al.(2014) confirmando que o saber que o individuo compartilha em situações como essas nos permitem avaliar as problemáticas e oportunidades do ambiente de trabalho, além de encontros dialógicos que possibilitam a produção e ressignificação de sentido dos saberes sobre as experiências dos participantes, permitindo assim o levantamento de percepções e a sensibilização dos atores sociais para os temas tratados no grupo.

A entrevista semiestruturada demonstrou que ao serem questionados sobre a percepção da atividade que exercem, os colaboradores lideres consideravam o serviço que exercem no setor importante: "Eu considero importante porque se o número e a população desses vetores estiver controlada a chance de ter doenças transmitidas por esses vetores provavelmente

estivesse menor[...]", "Acho importante para cidade como um todo[...]" e" […] acho que é um trabalho de extrema importância[...]".
Os dados informados na fala dos colaboradores líderes retratam segundo literatura consultada que em gestão de pessoas os fatores que mais sobressaem como indicadores de boas condições de trabalho são: o reconhecimento, reputação organizacional, comunicação e gerenciamento de desempenho. De acordo com este estudo os funcionários que se identificam com o serviço, e o consideram importante é mais focado e consegue ver sentido em suas tarefas (GONÇALVES, 2014).
Quando questionados sobre o que é educação permanente, os entrevistados não estavam apropriados do termo e ambos tiveram seu primeiro contato com o termo a partir da chegada do PIRS no local.
"Entendo muito pouco na verdade. Por que isso não é comum em nosso trabalho agente começou aqui no setor com a residente. Eu não sei falar teoricamente o que é EP. Eu entendo através dos projetos que a residente trouxe para nós aqui[...]da gente observar o ambiente de trabalho, os processos de trabalho e detectar os problemas com algum projeto de intervenção"

"Quando vocês (residentes) vieram para cá" e "Eu entendo que é um investimento na educação dos servidores que vai ficar para o serviço também". Em consonância a esta realidade esta o estudo de Nascimento e Oliveira (2010) que compreendeu a residência multiprofissional como uma alternativa para promover a transformação nas práticas em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas, bem como a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Esta experiência não tem apenas o crescimento profissional dos residentes como objetivo, mas também deve promover mudanças no serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão dos demais profissionais sobre as práticas desenvolvidas no serviço e as possibilidades e limites para transformá-la. Além disso, pode-se perceber o pouco conhecimento da equipe sobre assuntos como: SUS, saúde pública, bem como o sentimento de não serem trabalhadores integrantes do SUS.
"Sim, acho que a maioria não sabe o que é SUS e nem se sente parte do SUS" e
"Porque quando entrei na saúde pelo fato de ser bióloga de formação. Como eu disse nunca tinha visto nada sobre saúde pública...Então quando agente chega aqui é um bum!! de informações...Então para minha vida profissional mesmo que eu não fique na saúde é um conhecimento que sempre ficará comigo".

Essa falta de conhecimento e emponderamento de seu papel são prejudiciais ao trabalhador e a seu próprio trabalho, pois segundo Lacaz (2007) ao incorporar o conhecimento nos trabalhadores, potencializa-se lutas pela melhoria das condições de trabalho e defesa da sua saúde. Diante dessa realidade surgiu na fala dos trabalhadores a necessidade da implementação de educação permanente no serviço. "Seria de extrema importância a implementação de educação permanente no serviço porque o que falta aqui é a qualificação dos profissionais, pois a maioria não é qualificado para função que exerce". Segundo Souza, Brandão e Parente (2015) somente a educação permanente como um espaço de busca constante à aprendizagem, possibilita os processos e o desenvolvimentos dos profissionais de saúde para se comprometerem com o serviço de modo consciente e responsável, inseridos no processo de trabalho.

Conclusão

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou um diagnóstico do setor, no que tange educação permanente e práticas de trabalho, incentivando a implementação de técnicas de educação permanente na população estudada. O estudo também subsidiou um processo reflexivo por parte dos colaboradores sobre educação e saúde. Demonstrou que a maioria das ações e projetos existentes é voltada para a educação em saúde com poucas movimentações voltadas à educação permanente. Possibilitou a identificação de problemas como: a falta de participação dos trabalhadores nos processos de trabalho, má representatividade social do CCZ, descuido com a saúde do trabalhador, falta de conhecimento sobre o serviço e desvalorização do servidor. Além disso, identificou as potencialidades do serviço que são: as relações interpessoais positivas internas, engajamento da equipe, estrutura física, PMEMPS e o advindo do PIRS para o local. Em suma, visto a importância do tema é necessário à implementação de planos e técnicas de educação permanente, a fim de possibilitar a transformação das práticas de trabalho dos atores sociais de forma a melhorar o seu envolvimento com o usuário e com o serviço, possibilitando assim o avanço do controle vetorial no ramo da saúde pública.

Referências Bibliográficas

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Retoe Augusto Pinheiro.São Paulo, Edições 70, 2011. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/217069465/Analise-de-Conteudo#scribd>Acess em: 10 jun. 2015.

BRAGA, I. A ; VALLE, D. Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Volume 16 - Nº 2 - abr/jun de 2007. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679 49742007002000006&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CECCIM, R. B.; FERLA, A A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/ scielo.phpscript=sc_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng =pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2015.

COSTA, D. et al . Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 38,n. 127,p. 11-21, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 25 ago. 2016.

COSTA, W. L.; DENADAI, O. G. Ambiente sócio profissional: comportamento e representações sociais do trabalhador. In: V Simpósio de excelência em gestão em tecnologia. Anais. Resende, 2008. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos08/473_SEGET_V_Simpósio_de_Excelência_em_Gestão_enviado_em_140808.pdf> Acesso em: 10 jul. 2016.

COUTINHO, M. C.. Participação dos trabalhadores: um estudo sobre as práticas e as representações em uma organização participativa. Psicol. estud., Maringá , v. 7,n. 2,p. 101-109, Dec. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722002000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2016.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, Marcos (org). Saúde em Debate na Educação Física, 2004. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_debate_educacao_fisica_v2.pdf>Acesso em: 30 ago. 2015.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 14,n. 4,p. 517-525,Aug. 2006. Disponivel: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2016.

FIOCRUZ. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro /12/2017_001%20-%20Dengue%20SE51_publicacao.pdf>. Acesso em: 10 de fev. 2016.

FARAH, B.F. A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família – experiência no município de Juiz de Fora/MG. 2006. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível: <http://obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013. A educação permanente. pdf>Acesso em:04 mar. 2016.

GONÇALVES, A. P. S. Valorização do servidor público: um instrumento de melhoria contínua na prestação de serviços – um estudo sobre a percepção de gestores no governo do estado do Espírito Santo. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 7, 2014, Brasília. Anais. Disponível em:<http://banco.consad.org.br/handle/123456789/1176> Acesso em: jun. de 2016.

GUEDES, A. C. A. et all. A representação social da responsabilidade social corporativa.psicol. Argum., Curitiba, v. 27, n. 58, p. 241-252, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdf&dd1=3251> Acesso em: 28 nov. 2015

LACAZ, F. A. C. Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007.Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf> Acesso em: mar. de 2016.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família.Saúde soc., São Paulo , v. 19,n. 4,p. 814-827, Dec. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2015.

PALMAS. Fundação Escola de Saúde Pública. Edital Pes/fesp nº 005/2016, de 29 de abril de 2016. Seleção para Tutores do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde. n. 005. Disponível em: <fesp.palmas.to.gov.br/.../4. EDITAL PES_FESP-005_2016 - SELEÇÃ.>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SAMPAIO, J. et al . Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18,supl. 2,p. 1299-1311,2014.Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414

SILVA, L J. O controle das endemias no Brasil e sua história. Cienc. Cult., SãoPaulo, v. 55, n. 1 Jan. 2003. . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000967252003000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 12 de fev. 2016.

SILVA, L.A.A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) set;31(3):557-61, 2010. Disponível em:<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchade Enfermagem/article/view/12738> Acesso em: 17 de ago. De 2015.

SOUSA, M. do S. T. ; BRANDÃO, I. R.; PARENTE, J. R. F. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de sobral (ce) Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, Vol. 3, Nº 1, Ano E, 2015. Disponível: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/260>. Acesso: jun. de 2016.

TORRES, R.Agentes de combate a endemias: A construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. Fiocruz, Revista Poli, jan./fev. pág. 16-17, 2009. Disponível em:<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload /EdicoesRevistaPoli/R4.pdf> Acesso em: 24 de jun. 2015.

Arquivo: EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE VETORIAL DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES, PALMAS-TO.docx

Idioma
Português

« Voltar

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104
Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 - FAX.: |21| 2260-3782 - revista@saudeemdebate.org.br
© Todos os direitos reservados para CEBES - Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação

Perfil do afastamento por doenças e agravos de profissionais da Atenção Primária à Saúde de Palmas – TO: análise do ano de 2015

Profile of removals due to diseases and injuries of primary health care professionals from Palmas - TO: analysis of the year 2015

Despeje el perfil de las enfermedades profesionales y los agravamientos de Primaria de Salud Palmas - A: análisis de 2015

Dórkas Pereira Borges [1]
Betânia Moreira Cangussu Fonseca [2]

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo traçar o perfil de afastamento para tratamento de saúde dos trabalhadores dos Centros de Saúde da Comunidade de Palmas – Tocantins, no ano de 2015. O universo do estudo constituiu-se dos 1.358 servidores públicos lotados nos 31 Centros supramencionados. Trata-se de estudo documental, descritivo e quantitativo. Para isso, utilizou-se como instrumento de coleta de dados: Dados secundários das licenças médicas, obtidos na Junta Médica Oficial do Município e quantitativo de trabalhadores por Centro, fornecido pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. Foram identificadas no total, 397 licenças médicas dos trabalhadores para tratamento da própria saúde. Verificou-se que cinco Centros apresentaram maior número de licença, porém todos eles tiveram ocorrências. Os grupos de atividades que mais apresentaram licenças médicas foram as de caráter operacional (n=279; 70,2%), alertando assim, para os riscos do adoecimento nessas categorias de trabalho. Os transtornos mentais e comportamentais (n=28; 50%) se sobressaíram referentes às doenças e agravos que podem estar relacionadas ao trabalho. Verificou-se também que o maior quantitativo das licenças médicas concedidas foram iguais ou superiores a 60 dias (n=135, 34%). Dessa forma, esse trabalho trás o alerta sobre a necessidade de intervenção nessa realidade, através da elaboração de políticas que visem à promoção de saúde dos trabalhadores da saúde.

[1] Psicóloga Residente do Programa de Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional em Saúde do Ceulp/Ulbra e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP). E-mail: dorkasborges@gmail.com, Rua NC 03, Quadra 03, Lote 25, Vale do Sol, Palmas- TO, Tel. contato (63) 98442-6363;
[2] Fonoaudióloga. Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Mestre em Saúde Pública, com ênfase em Vigilância em Saúde. Preceptora do Programa Integrado de Residências Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Ceulp/Ulbra e FESP. E-mail: betaniacangussu@gmail.com

Palavras-chaves: licenças médicas; trabalhadores, unidades básicas de saúde, saúde do trabalhador, afastamentos.

ABSTRACT: This research had the objective of tracing the outpatient profile for health treatment of the workers of the Health Centers of the Community of Palmas - Tocantins, in the year 2015. The universe of the study consisted of the 1,358 public employees filled in the 31 Centers mentioned above. It is a documentary, descriptive and quantitative study. For this, it was used as a data collection instrument: Secondary data of medical licenses obtained at the Official Medical Board of the Municipality and quantitative number of workers per Center, provided by the Human Resources Department of the Municipal Health Department. 397 workers' medical licenses to treat their own health. It was verified that five Centers had more license number, but all of them had occurrences. The groups of activities that presented the most medical licenses were operational (n = 279, 70.2%), thus alerting them to the risks of illness in these categories of work. Mental and behavioral disorders (n = 28; 50%) were outstanding in relation to diseases and injuries that may be related to work. It was also found that the highest number of medical licenses granted were equal to or greater than 60 days (n = 135, 34%). Thus, this work brings the alert about the need for intervention in this reality, through the elaboration of policies aimed at the health promotion of health workers.
Keywords: medical licenses; Workers, basic health units, worker's health, leave.

RESUMÉN: Esta investigación tuvo como objetivo trazar el perfil de eliminación para el tratamiento de la salud de los trabajadores de los centros sanitarios de la Comunidad Palmas - Tocantins, en el año 2015. La población total del estudio consistió en 1.358 funcionarios lleno en los 31 centros antes mencionados. Este es un documental, descriptivo y cuantitativo. Para ello se utilizó como instrumento de recolección de datos :. datos secundarios de licencias médicas obtenidas en la Junta Médica Municipal y la cantidad de trabajadores por centro oficial, proporcionados por el Departamento de Salud Municipal de Recursos Humanos se identificaron en total, 397 bajas por enfermedad de los trabajadores para el tratamiento de su salud. Se encontró que cinco centros tuvieron mayor número de licencia, pero todos tenían casos. Grupos de actividad mostraron que las licencias más médicos operaban carácter (n = 279; 70,2%), alertando así a los riesgos de enfermedad en estas categorías laborales. Los trastornos mentales y del comportamiento (n = 28; 50%) se destacaron en relación con las enfermedades y trastornos que pueden estar relacionadas con el trabajo. También se encontró que la mayor cantidad de licencias médicas concedida fuera igual o más de 60 días (n = 135,

34%). Por lo tanto, este trabajo detrás de la advertencia sobre la necesidad de intervenir en esta realidad a través del desarrollo de políticas destinadas a la promoción de la salud de los trabajadores de la salud.
Palabras clave: las bajas por enfermedad; trabajadores, unidades básicas de salud, salud ocupacional, licencia por enfermedad.

INTRODUÇÃO

A histórica VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no ano de 1986, que aconteceu em um período de intensa mobilização do movimento da reforma sanitária brasileira, trouxe em seu relatório final, o conceito ampliado de saúde. O mesmo apresenta a saúde como resultante de uma série de condições que podem ser geradoras de desigualdades nos níveis de vida, dentre elas, o trabalho[1].

Dejours et al[2] explica que na atividade profissional os aspectos físicos e psíquicos estão fortemente implicados, podendo tanto ser fonte de equilíbrio e desenvolvimento, como de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, fato que dependerá de uma série de fenômenos identificados na relação homem-tarefa. Para o autor[3], o trabalho vai muito além da questão de sobrevivência econômica, constitui identidade e meio de inserção social, o que requer engajamento do corpo, mobilização da inteligência e da criatividade, capacidade de refletir, de interpretar, de sentir e de reagir às situações. Proporciona assim[4], vivências de sofrimento e experiências prazerosas, um processo de formação contínua do indivíduo, de constante subjetivação entre o plano individual e o prescrito do trabalho.

Dessa maneira, é imprescindível considerar a atenção à saúde do trabalhador de forma integral, pois sendo conceito multifacetado, enfatiza a "contribuição do trabalho enquanto determinante das condições de vida e saúde"[5].

No Brasil, A Política Nacional de Atenção Básica[6] está organizada de maneira descentralizada, estando as Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, na busca contínua pela oferta de uma atenção à saúde acolhedora e de qualidade. Desta forma, o trabalhador da saúde deve estar preparado para receber e ouvir todas as pessoas que procuram seu serviço, atendendo as necessidades de saúde ou sofrimento da população, através da corresponsabilização e construção de vínculos.

Essa necessidade de ouvir as demandas trazidas por outras pessoas, através de envolvimento interpessoal direto e contínuo com o usuário do serviço, visando um atendimento integral, pode expor o trabalhador da saúde a uma série de estressores

psicossociais, tais como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho, situação frequentemente identificada entre os profissionais de ajuda[7,8,9].

Além disso, outros fatores mencionados em pesquisas sobre o processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde, no que tange a precariedade das condições físicas e organizacionais, são determinantes neste processo saúde-trabalho-doença[10,11,12].

Nesse contexto, muito se tem discutido sobre a saúde dos trabalhadores da saúde do serviço público. Os profissionais da atenção básica à saúde estão expostos a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos (mecânicos), psicossociais, violência e de acidentes, situação que pode gerar adoecimentos aos trabalhadores, prejuízos às instituições de saúde governamentais e interferências na qualidade dos atendimentos ofertados aos usuários do serviço[10,11,12].

Várias pesquisas científicas revelam que o ambiente laboral supracitado tem favorecido o aumento do absenteísmo ocasionado por problemas de saúde, entre essa categoria trabalhadora[13,14,15]. Assim, conhecer as principais causas do absenteísmo torna-se de extrema importância para o correto diagnóstico e intervenção nesta realidade, visto que permite compreender adequadamente o fenômeno e destacar os aspectos relativos ao contexto de trabalho[16].

Diante do exposto, pesquisar o fenômeno do afastamento do trabalho por doenças e agravos torna-se imperativo para fundamentar debates sobre as condições de saúde e doença dos trabalhadores, contribuir com informações que propiciem o planejamento e execução de ações de promoção à saúde e prevenção de adoecimentos desta categoria trabalhadora.

A amostra escolhida para o estudo foram os trabalhadores dos Centros de Saúde da Comunidade (CSC), nomenclatura utilizada para designar as antigas Unidades Básicas de Saúde do município. Os CSC atuam na lógica de base territorial para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde (assistência primária e operacional) e integram a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), que organiza o sistema municipal de saúde de Palmas, Tocantins[17].

Ressalta-se que estão diluídos nessa amostra os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com atuação de forma integrada e visando apoiar as Equipes de Saúde da Família, é composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Tem por objetivo a ampliação da abrangência e finalidade das ações na atenção primária à saúde, bem como proporcionar maior resolutividade, contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)[18].

Desse modo, objetiva-se com esta pesquisa traçar o perfil de afastamento para tratamento de saúde dos trabalhadores dos Centros de Saúde da Comunidade (CSC) de Palmas – Tocantins, por meio da análise das licenças médicas emitidas pela Junta Médica Oficial do Município, referentes ao ano de 2015. Os objetivos específicos foram: 1- Comparar os Centros de Saúde da Comunidade (CSC) de Palmas-TO que tiveram casos de trabalhadores afastados para tratamento de saúde no ano de 2015; 2 - Classificar dentre os CSC que tiveram casos de afastamentos para tratamento de saúde, quais apresentaram maior número de casos; e 3 - Descrever os tipos de doenças e agravos relacionados ao trabalho que acometeram esses trabalhadores dos CSC de Palmas-TO, no ano de 2015.

METODOLOGA

Trata-se de um estudo documental, descritivo e de natureza quantitativa. Visa uma descrição do fenômeno, por meio da utilização de banco de dados secundários para traçar o perfil dos afastamentos para tratamento de saúde dos trabalhadores dos Centros de Saúde da Comunidade (CSC).

Para a realização da pesquisa foi seguido o fluxo da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, através da aprovação do pré-projeto pela banca examinadora da FESP (Fundação Escola de Saúde Púbica de Palmas/TO) e anuência do Secretário. De posse desses documentos, solicitou-se a Secretaria de Planejamento e Gestão de Recursos Humanos do município de Palmas/TO a autorização de acesso ao banco de dados da Junta Médica. Para tanto, foi enviado ofício com esta petição, que acompanhou em anexo além dos itens supracitados, também o Termo de Compromisso de Utilização do Banco de Dados.

O Banco de Dados em questão refere-se ao Prodata Informática LTDA, sistema utilizado pela Junta Médica Oficial do Município (JMO) para registro e gerenciamento de todas as licenças médicas para tratamento de saúde, conferidas aos servidores municipais de Palmas. Entretanto, foram solicitadas apenas as informações relativas aos servidores lotados nos CSC deste município, sujeitos dessa pesquisa.

De posse da autorização da gestora da pasta, o estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas/TO (CEULP/ULBRA), sob o parecer número 1.806.273.

Universo do Estudo

A população estudada constitui-se de 1.358[3] servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde, lotados nos 31 CSC, em funções de Assistência Primária à Saúde (Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Consultório, Dentário, Auxiliar em Enfermagem, Enfermeiros, Farmacêutico/Bioquímico, Fonoaudiólogo, Médicos, Nutricionista, Odontólogos, Psicólogos e Técnicos em Enfermagem), além de servidores em ocupações operacionais (Auxiliar de Serviços Gerais, Assistentes Administrativos, Auxiliar de Serviços em Saúde, Assistentes de Serviços em Saúde, Motorista e Assistente de Gabinete) e coordenação do CSC. Destaca-se que os alguns profissionais que compõem o NASF apareceram na amostra e foram considerados na análise.

Ressalta-se que houve modificação da nomenclatura utilizada no ano de 2015 pela Atenção Primária à Saúde do município de Palmas. O fato ocorreu a partir da RAVS em 2016, ou seja, as antigas Unidades Básicas de Saúde hoje são denominadas Centros de Saúde da Comunidade. Esta terminologia será a adotada para referenciar o universo da pesquisa. Os CSC se tornaram espaços de reorganização de serviços de saúde e planejamento compartilhado[17].

O critério de inclusão no estudo foi o levantamento retrospectivo das licenças médicas para tratamento da própria saúde dos trabalhadores pertencentes aos Centros de Saúde da Comunidade, emitidas no ano de 2015, devidamente preenchidas com a Classificação Internacional de Doenças, vol. 10 (CID - 10) da doença ou agravo.

Os critérios de exclusão foram as licenças médicas conforme os itens a seguir: a) por motivo de doença em pessoa da família; b) à gestante ou adotante; c) por motivo de afastamento do cônjuge ou companheiro, desde que remunerada pelo Tesouro do Município; d) para o serviço militar; e) para atividade política; f) para capacitação.

Além desses, o Centro de Saúde da Comunidade 108 sul também entrou nos critérios de exclusão da pesquisa por se tratar de uma unidade mista, diferentemente das demais unidades, esta contém Atenção Primária à Saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)) e Atenção Secundária à Saúde (Policlínica de Especialidades). Dessa maneira, a JMO não continha dados independentes por tipo de serviço, mas sim do Centro de Saúde como um todo, não sendo assim possível mensurar seus resultados.

[3] Dados disponibilizados pela Diretoria de Recursos Humanos de Palmas/TO, consolidado do ano de 2015.

Fluxos das Licenças Médicas

O servidor público que adoece e fica impossibilitado de exercer suas atividades laborais procura o Departamento de Recursos Humanos do seu órgão de lotação com o Formulário de Licença Médica preenchido. Na sequência, o mesmo é encaminhado para a Junta Médica Oficial do Município-JMO, solicitando uma perícia médica.

Neste local, o servidor passa pela referida perícia, momento em que é submetido a uma avaliação inicial, que resultará ou não, na concessão desta licença. Se a mesma for deferida, inserem-se as informações constantes no Formulário de Licença Médica no banco de dados Prodata Informática LTDA, para o devido gerenciamento do período de afastamento dos servidores e ao seu término, caso este continue impossibilitado para o trabalho, uma nova perícia pode prorrogar a licença médica inicial.

Importante frisar que são consideradas licenças médicas, aqueles afastamentos com duração superior a três (3) dias, os inferiores a este período de tempo são considerados atestados médicos, administrados pela unidade onde o servidor está lotado, não sendo, portanto passíveis de perícia e não fazendo parte do presente estudo.

Análise dos Dados

A base de dados foi organizada em uma planilha eletrônica, no programa *Excel* (*Office*, 2007), local em que foram alimentados todos os dados coletados do Banco de Dados Prodata Informática LTDA, referente às licenças médicas para tratamento de saúde, dos servidores lotados nos CSC deste município.

Foram obtidas as seguintes variáveis relativas às licenças médicas dos servidores:

- Setor de lotação;
- Cargo/função;
- Doença que motivou a licença, codificada segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10; http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm, acesso em 16/01/2017);
- Data de início e término da licença médica;
- Quantidade de dias corridos da licença concedidos;
- Data de retorno do servidor às atividades laborais.

As variáveis sexo e idade não foram disponibilizadas pela JMO devido a dificuldades burocráticas de acesso aos dados, sendo essa uma limitação do estudo quanto à caracterização da amostra.

De posse das informações das licenças médicas solicitadas à JMO foi possível identificar quais CSC apresentaram maior número de casos de trabalhadores afastados para tratamento da própria saúde, relacionados ou não com o trabalho. Assim como, conhecer os tipos de doenças e agravos que acometeram esses trabalhadores dos Centros de Saúde da Comunidade de Palmas-TO, no ano de 2015.

As ocupações foram agrupadas em duas categorias, a saber: assistencial e operacional, a fim de proporcionar melhor visualização da quantidade de afastamentos pelos grupos ocupacionais.

A fim de se conhecer proporcionalmente os CSC e as ocupações que mais tiveram servidores afastados para tratamento de saúde, foi solicitado à Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, o total de trabalhadores lotados nos Centros de Saúde da Comunidade no ano de 2015, por ocupação.

Os dados constantes nas licenças médicas foram agrupados para comparação da diferença de frequências dos afastamentos, bem como o período de duração dos atestados homologados. Foram feitas análises estatísticas descritivas onde foram considerados índices, números absolutos e relativos.

O acesso ao banco de dados ocorreu no período de novembro de 2016 e sua análise foi realizada no período de dezembro a fevereiro de 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No ano de 2015 foram concedidas um total de 817 licenças médicas para servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO para tratamento da própria saúde, e dentre estas, 397 referem-se aos servidores dos Centros de Saúde da Comunidade. Estes dados revelam que, considerando o total de servidores da Atenção Primária à Saúde desse município de 1.358 profissionais, 29,2% se afastaram nesse período por este motivo.

Inicialmente, apresenta-se o quadro dos servidores dos CSC em 2015 e o total de licenças médicas emitidas por cada Centro de Saúde da Comunidade, conforme Tabela 1 e em seguida o índice de afastamentos por ocupações de acordo com a Tabela 2. Na Tabela 3 apresenta-se o percentual de afastamentos, segundo grupo de atividades e unidade de lotação. Exibe-se na Tabela 4 o percentual de doenças e agravos que podem ser relacionados ao

trabalho, de acordo com a Portaria/MS Nº 1.339/1999 e na Tabela 5 consta o quantitativo de licenças médicas mensais por grupos de dias em 2015.

De acordo com a Tabela 1, os dados analisados revelaram em 2015, 31 Centros de Saúde da Comunidade com um total de 1.358 servidores. Destaca-se que os cinco CSC com maior número de trabalhadores foram: Francisco Júnior (403 Sul) (n=62; 4,5%), 712 Sul (n=60; 4,4%), Valéria Pereira Martins (1.206 Sul), Laurides Lima Milhomem (Aureny III) e Taquari, ambos com 59 servidores, representando 4,3% cada Centro. Juntos, perfizeram 22%.

Dentre os CSC que apresentaram menor quantidade de servidores estão: Mariazinha Rodrigues da Silva (Buritirana) com 21 (1,5%), Vereador José Hermes R. Damaso (Setor Sul) com 22 (1,6%) e Alto Bonito (Aureny IV) contava com 24 servidores lotados (1,7%).

Tabela 1 - Quantitativo de servidores dos CSC em 2015* e o total de licenças médicas emitidas por CSC, conforme território de saúde. TS (total de servidores); TGA (total geral de afastamentos); IDA** (Índice de Afastamentos)

	Centros de Saúde da Comunidade (CSC)							
		TS	**TGA**	**IDA**		**TS**	**TGA**	**IDA**
Kanela	José Luiz Otaviani (307 Norte)	36	13	36,1	Karajá	Eugênio Pinheiro da Silva (Aureny I)	47	16	34,0
	403 Norte	56	9	16,1		Aureny II	38	13	34,2
	405 Norte	58	8	13,8		Liberdade (Aureny III)	33	15	45,5
	503 Norte	51	14	27,5		Novo Horizonte (Aureny IV)	38	23	60,5
	603 Norte	37	9	24,3		Alto Bonito (Aureny IV)	24	2	8,3
Apinajé	406 Norte	35	7	20,0	Javaé	Santa Bárbara	41	10	24,4
	508 Norte	30	3	10,0		Bela Vista	29	2	6,9
	Loiane Moreno Vieira (210 Sul)	55	19	34,5		Vereador José Hermes R. Damaso (Setor Sul)	22	10	45,5
						Santa Fé	46	32	69,6
Xambioá	Francisco Júnior (403 Sul)	62	24	38,7		Morada do Sol	35	8	22,9
	712 Sul	60	20	33,3	Xerente	Laurides Lima Milhomem (Aureny III)	59	13	22,0
	806 Sul	49	21	42,9		José Lúcio de Carvalho (Lago Sul)	46	10	21,7
Krahô	1.004 Sul (Albertino Santos)	49	12	24,5		Taquari	59	3	5,1
	Satilo Alves de Sousa (1103 Sul)	54	32	59,3	Pankararu	Walter Pereira Morato (Taquaruçú)	55	6	10,9
	1304 Sul	32	17	53,1		Mariazinha Rodrigues da Silva (Buritirana)	21	2	9,5
	Valéria Pereira Martins (1.206 Sul)	59	15	25,4		Waterly Wagner José Ribeiro Souza (Taquaruçú Grande)	42	9	21,4
						Total	**1358**	**397**	**901,9**

Fonte: Banco de dados – Prodata Informática LTDA (2016)

***** Dados consolidados fornecidos pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO;
** IDA = Total de afastamentos / Total de servidores * 100.

Em números absolutos, observa-se na Tabela 01, que os quatro CSC que apresentaram maior quantitativo de concessão de licenças para tratamento da própria saúde foram, em

ordem decrescente: Satilo Alves de Sousa (1103 Sul) e Santa Fé, ambos com 32 licenças médicas concedidas em 2015, Francisco Júnior (403 Sul) com 24 e Novo Horizonte com 23. E em números relativos, no que se refere ao índice de afastamentos dos trabalhadores dos Centros de Saúde da Comunidade, verifica-se que três se sobressaíram, sendo eles: Santa Fé (69,6%); Novo Horizonte (60,5%) e Satilo Alves de Sousa (1103 Sul) com 59,3%. Ressalta-se que os quatro centros representam juntos 26% em relação ao total de afastamentos.

Chama atenção a alta porcentagem de afastamento nestes centros, sendo que mais da metade de trabalhadores no ano de 2015 se ausentaram em algum período do ano para tratamento da própria saúde. O fato sugere a realização de ações de investigação e intervenção nessa realidade apresentada.

Em contrapartida, em números absolutos os quatro CSC com menor quantidade de deferimento de licenças médicas foram: Bela Vista e Mariazinha Rodrigues da Silva (Buritirana) com 2 episódios, 508 Norte e Taquari com 3 ocorrências cada. E em números relativos, os três CSC com menores índices de afastamentos de seus trabalhadores, revelaram-se os seguintes de forma decrescente: Alto Bonito (8,3%), Bela Vista (6,9%) e Taquari (5,1%).

Observa-se ainda por meio da análise dos dados que todos os Centros tiveram em 2015 a ocorrência de licenças médicas, demonstrando assim que amostra encontra-se distribuída e com bom nível de representação entre os CSC.

Na tabela 2, apresenta-se o índice de afastamentos por ocupações, sendo possível visualizar a ocorrência dos adoecimentos dos profissionais da Atenção Primária, conforme a atividade laboral exercida.

Tabela 2 – Índice de afastamentos por ocupações. TS (total de servidores); TGA (total geral de afastamentos); IDA* (Índice de Afastamentos) continua

Ocupações	TS	TGA	IDA
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	495	138	28
Agente de Combate de Endemias (ACE)	1	0	0
Agente de Limpeza Urbana	1	0	0
Agente de Manutenção	1	0	0
Analista Técnico Administrativo	1	8	800
Assessor Técnico II	1	0	0
Assistente de Gabinete II	1	0	0
Vigia	1	0	0
Analista em Saúde - Fonoaudiólogo	3	4	133
Estagiários	3	0	0
Analista em Saúde - Assistente Social	4	0	0
Analista em Saúde - Nutricionista	4	1	25

Tabela 2 – Índice de afastamentos por ocupações. TS (total de servidores); TGA (total geral de afastamentos); IDA* (Índice de Afastamentos) conclusão

Analista em Saúde - Fisioterapeuta	5	0	0
Motorista	5	5	100
Analista em Saúde - Psicólogo	6	6	100
Assistente de Gabinete I	7	2	29
Auxiliar em Saúde - Auxiliar de Enfermagem	10	4	40
Auxiliar em Saúde - Auxiliar de Serviços em Saúde	13	1	8
Analista em Saúde - Farmacêutico/Bioquímico	17	2	12
Técnico em Saúde - Auxiliar de Consultório Dentário	26	2	8
Bolsista	31	0	0
Técnico em Saúde - Assistente Administrativo	32	27	84
Auxiliar em Saúde - Auxiliar Administrativo	36	7	19
Analista em Saúde - Odontólogo	51	21	41
Analista em Saúde - Enfermeiro	55	20	36
Técnico em Saúde - Assistente de Serviços em Saúde	80	18	23
Analista em Saúde - Médico	81	18	22
Auxiliar em Saúde - Auxiliar de Serviços Gerais (ASG)	138	50	36
Técnico em Saúde - Técnico em Enfermagem	249	63	25
Total	**1358**	**397**	**1570**

Fonte: Banco de dados – Prodata Informática LTDA (2016)

* IDA = Total de afastamento / Total de ocupação * 100.

Verifica-se na Tabela 2, que em determinadas ocupações, os profissionais dos CSC receberam a concessão de mais de uma licença médica no ano de 2015, sendo compreendidos em afastamentos únicos e reincidentes.

Dessa forma, em números absolutos as três ocupações que mais apresentaram quantitativo de licenças médicas foram: Agente Comunitário de Saúde (ACS) com 138 licenças, seguido de Técnico em Saúde – Técnico em Enfermagem com 63 e Auxiliar em Saúde – Auxiliar em Serviços Gerais (ASG) com 50 episódios.

Observa-se, que referente aos números relativos, as três ocupações se destacam em se tratando do índice de afastamento, são descritas a seguir: Analista Técnico Administrativo (IDA=800), Analista em Saúde – Fonoaudiólogo (IDA=133), Motorista e Analista em Saúde – Psicólogo, ambos com IDA de 100 cada um.

Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas, que revelaram elevados índices de adoecimento nestas categorias trabalhadoras, assim como implicações do mesmo, nos processos de trabalho[19,20,21,22,23].

Ressalta-se, porém, conforme a tabela supracitada, que nem todas as ocupações apresentaram registro de afastamentos para tratamento para própria saúde no período de 2015.

A Tabela 3 apresenta o percentual de afastamentos, segundo o grupo de atividades e a centro de lotação. Nessa tabela é possível avaliar de maneira apropriada a ocorrência dos

afastamentos do trabalho motivados por doença nos trabalhadores dos Centros de Saúde da Comunidade.

Tabela 3 - Percentual de afastamentos*, segundo grupo de atividades e unidade de lotação.

	CSC	Grupo de Atividades				Total	
		Assistencial**		Operacional ***			
		n	%	n	%	n	%
Kanela	José Luiz Otaviani (307 Norte)	13	4,7	0	0	13	3,3
	403 Norte	9	3,2	0	0	9	2,3
	405 Norte	8	2,9	0	0	8	2,0
	503 Norte	14	5,0	0	0	14	3,5
	603 Norte	4	1,4	5	4,2	9	2,3
Apinajé	406 Norte	5	1,8	2	1,7	7	1,8
	508 Norte	3	1,1	0	0	3	0,8
	Loiane Moreno Vieira (210 Sul)	17	6,1	2	1,7	19	4,8
Xambioá	Francisco Júnior (403 Sul)	20	7,2	4	3,4	24	6,0
	712 Sul	20	7,2	0	0	20	5,0
	806 Sul	17	6,1	4	3,4	21	5,3
Krahô	1.004 Sul (Albertino Santos)	9	3,2	3	2,5	12	3,0
	Satilo Alves de Sousa (1103 Sul)	22	7,9	10	8,5	32	8,1
	1304 Sul	15	5,4	2	1,7	17	4,3
	Valéria Pereira Martins (1.206 Sul)	5	1,8	10	8,5	15	3,8
Karajá	Eugênio Pinheiro da Silva (Aureny I)	8	2,9	8	6,8	16	4,0
	Aureny II	7	2,5	6	5,1	13	3,3
	Liberdade (Aureny III)	10	3,6	5	4,2	15	3,8
	Novo Horizonte (Aureny IV)	15	5,4	8	6,8	23	5,8
	Alto Bonito (Aureny IV)	2	0,7	0	0,0	2	0,5
Javaé	Santa Bárbara	8	2,9	2	1,7	10	2,5
	Bela Vista	2	0,7	0	0	2	0,5
	Vereador José Hermes Rodrigues Damaso (Setor Sul)	10	3,6	0	0	10	2,5
	Santa Fé	18	6,5	14	11,9	32	8,1
	Morada do Sol	6	2,2	2	1,7	8	2,0
Xerente	Laurides Lima Milhomem (Aureny III)	5	1,8	8	6,8	13	3,3
	José Lúcio de Carvalho (Lago Sul)	1	0,4	9	7,6	10	2,5
	Taquari	0	0,0	3	2,5	3	0,8
Pankararu	Walter Pereira Morato (Taquaruçú)	3	1,1	3	2,5	6	1,5
	Mariazinha Rodrigues da Silva (Buritirana)	0	0,0	2	1,7	2	0,5
	Waterly Wagner José Ribeiro Souza (Taquaruçú Grande)	3	1,1	6	5,1	9	2,3
	Total	279	100	118	100	397	100

Fonte: Banco de dados – Prodata Informática LTDA (2016).

* Percentual de afastamentos = Total de licenças médicas concedidas por CSC / Total geral de licenças por grupos de atividades* 100.

**Atividades de assistência à saúde (Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social, Auxiliar de Consultório, Dentário, Auxiliar em Enfermagem, Enfermeiros, Farmacêutico/Bioquímico, Fonoaudiólogo, Médicos, Nutricionista, Odontólogos, Psicólogos e Técnicos em Enfermagem);

*** Atividades operacionais (Auxiliar de Serviços Gerais, Assistentes Administrativos, Auxiliar de Serviços em Saúde, Assistentes de Serviços em Saúde, Motorista e Assistente de Gabinete).

Observa-se que juntos, os CSC Satilo Alves de Sousa (n=32), Santa Fé (n=32), Francisco Júnior (403 Sul) (n=24) e Novo Horizonte (n=23) somam-se 28% do total de licenças médicas de trabalhadores envolvidos neste estudo.

Em números absolutos, o agrupamento de atividades de assistência à saúde (n=279) apresentaram maior contingente de concessão de licenças médicas, com 70,2% e o grupo de atividades operacionais (n=118) obteve 29,7%. Ressalta-se que esta diferença ocorreu em função de haver nos CSC uma quantidade maior de profissionais da área assistencial (n=1.131) compondo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em relação a servidores operacionais (n=227).

Desta forma, percebe-se em números relativos, comparando-os com o total de servidores por grupo de atividade, que 24,6 % dos trabalhadores da área assistencial se afastaram enquanto mais da metade (51,9%), dos servidores operacionais submeteram-se a licenças médicas nesse período.

Estudos análogos revelaram que os processos laborais das atividades operacionais apresentam rotinas de trabalho fragmentadas, monótonas, por vezes permeadas por desvalorização coletiva das tarefas e dos trabalhadores envolvidos. Esses fatores constituem-se fontes de riscos de adoecimentos e sofrimentos que incidem sobre as categorias profissionais. Já as atividades assistenciais em saúde perpassam por condições precárias de trabalho, falta recursos humanos, excesso de horas-extras e sobrecarga de atividades, fatores que implicam em processos de adoecimento[5,23].

Na Tabela 4, encontra-se o percentual de doenças e agravos que podem estar relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS Nº 1.339 de 18 de novembro de 1999.

Tabela 4 - Percentual de doenças e agravos que podem estar relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS Nº 1.339/1999 continua

CID - 10*	**Descrição**	**Total**	
		n	**%**
Doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	A90 - Dengue	8	14,3
	B35.8 - Outras dermatofitoses	1	1,8
	B01 - Varicela (catapora)	1	1,8
	A49 - Infecção bacteriana de localização não especificada	1	1,8
	B199 - Hepatite viral, não especificada, sem coma	1	1,8
Neoplasias (Tumores) (C00-D48)	C16 - Neoplasia maligna do estômago	1	1,8
	C73 - Neoplasia maligna da glândula tireóide	1	1,8
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	E03 - Outros hipotireoidismos	1	1,8
	E06 - Tireoidite	1	1,8

Tabela 4 - Percentual de doenças e agravos que podem estar relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS Nº 1.339/1999 conclusão

Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	12	21,4
	F32 - Episódios depressivos	7	12,5
	F43.1 - Estado de "stress" pós-traumático	4	7,1
	F43.2 - Transtornos de adaptação	3	5,4
	F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	1	1,8
	F32.9 - Episódio depressivo não especificado	1	1,8
Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)	G62.0 - Polineuropatia induzida por drogas	3	5,4
	G54 - Transtornos das raízes e dos plexos nervosos	2	3,6
	G56.0 - Síndrome do túnel do carpo	2	3,6
	G56 - Mononeuropatias dos membros superiores	2	3,6
	G54.2 - Transtornos das raízes cervicais não classificados em outra parte	1	1,8
	G62.9 - Polineuropatia não especificada	1	1,8
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	H10 - Conjuntivite	1	1,8
Total		56	100

Fonte: Banco de dados – Prodata Informática LTDA (2016)

* Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (http://datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm, acesso em 16/jan/2017).

Essa portaria instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho a ser adotada como referência dos agravos no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), para uso clínico e epidemiológico.

As doenças e agravos relacionados ao trabalho surgem e/ou são agravadas nos processos produtivos, no desenvolvimento das atividades laborais. A exposição a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos (mecânicos), psicossociais, violência e de acidentes, são situações que pode gerar adoecimentos aos trabalhadores[5].

Dessa maneira, observa-se que na Tabela 4, do total de 397 licenças médicas concedidas, 56 (14,1%) delas são de doenças e agravos que podem estar relacionados ao trabalho, distribuídas em seguintes classificações: Doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99); Neoplasias (Tumores) (C00-D48); Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90); Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99); Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99) e Doenças do olho e anexos (H00-H59).

Destaca-se que os transtornos mentais e comportamentais constituem o maior conjunto de licenças médicas que podem estar relacionados ao trabalho, com 28 afastamentos que representam 50% do total de doenças e agravos.

Na Tabela 5 apresenta-se o quantitativo de licenças médicas mensais por grupos de dias, referentes ao ano de 2015.

Tabela 5 - Quantidade de licenças mensais por grupo de dias, 2015.

Meses	Dias				Total
	4-10 dias	11-24 dias	25-59 dias	>=60 dias	
Jan	4	10	10	22	46
Fev	4	6	6	9	25
Mar	2	7	7	8	24
Abr	3	6	7	7	23
Mai	8	7	10	8	33
Jun	4	7	11	6	28
Jul	3	5	11	9	28
Ago	4	4	14	13	35
Set	6	8	13	15	42
Out	4	10	14	8	36
Nov	7	10	12	17	46
Dez	8	4	6	13	31
Total	57	84	121	135	397
%	13,2	19,4	27,9	31,2	100

Fonte: Banco de dados – Prodata Informática LTDA (2016)

Evidencia-se que dos 397 trabalhadores que se ausentaram durante o período do estudo, o maior quantitativo de licenças concedidas se concentraram nas superiores ou igual a 60 dias (n=135; 34%), seguidas das que possuem entre 25-59 dias (n=121; 30,4%) de afastamentos para tratamento da própria saúde.

Nota-se ainda que, em menor quantitativo de afastamentos estão os de 4-10 dias (n= 57; 13,2%), acompanhados de 11-24 dias (n=84; 19,4%), demonstrando que esses episódios de ausência também apresentam um caráter de cronicidade ao longo dos meses do ano de 2015.

Os dados revelam que grande parte dos servidores que estiveram de licença médica para tratamento da própria saúde se ausentaram de suas atividades por tempo prolongado, período igual ou superior a 25 dias (63,3%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados coletados permitiu compreender o perfil do afastamento de 29,23% dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Palmas/TO, que no ano de 2015, se

ausentaram de suas atividades laborais para o tratamento da própria saúde, sendo 63,3% por período igual ou superior a 25 dias.

Nesse contexto, foi possível identificar números preocupantes, onde alguns Centros de Saúde da Comunidade apresentaram mais de 60% de servidores afastados. Além disso, todos os Centros tiveram ocorrências de licenças médicas pelo motivo acima descrito. Outro fato que chamou a atenção foi à alta porcentagem de servidores operacionais (51,9%), submetidos a licenças médicas.

Observou-se nos afastamentos pelas ocupações, que os episódios de licenças se concentram em sua maioria nas atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n=138), Técnicos em Saúde – Técnico em Enfermagem (n=63) e Auxiliar em Saúde – Auxiliar em Serviços Gerais (ASG) (n=50), sendo que alguns profissionais apresentaram afastamentos reincidentes.

Algumas das licenças médicas concedidas podem ter relação com o trabalho, conforme apresenta a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, dentre elas, destacou-se na pesquisa os transtornos mentais e comportamentais, com 28 afastamentos (50%). Ressalta-se que não houve atualização dessa portaria desde sua publicação.

Além disso, torna-se importante mencionar que foram consideradas para essa pesquisa apenas as licenças médicas concedidas para tratamento da própria saúde, acima de três dias. Desta forma, não estão sendo contabilizados nestes números aqueles por períodos inferiores, que somados a estes, traria uma realidade de adoecimento ainda maior. É percebido também, através de visitas aos Centros de Saúde da Comunidade, que muitos profissionais adoecidos continuam trabalhando normalmente, embora apresentando várias queixas de problemas de saúde.

Nesse contexto, verifica-se a necessidade emergente de um despertar dos gestores a essa realidade. Promover a saúde dos trabalhadores da saúde é fator de extrema relevância, não só para estes sujeitos e seus familiares, mas também para a gestão do serviço, cujo absenteísmo impacta tanto na eficiência dos serviços ofertados, quanto onera a máquina pública, bem como para a população usuária do SUS.

Desta forma, propõe-se a elaboração e realização de projetos e pesquisas de saúde que visem promover à saúde dos trabalhadores, considerando para isso, seu ambiente de trabalho como fator promotor de saúde ou de adoecimento. Sugere-se a busca pela eliminação dos riscos laborais e pela análise dos processos de trabalho, contemplando suas subjetividades, a humanização nas relações interpessoais e a escuta do trabalhador.

REFERÊNCIAS

[1] Conferência Nacional de Saúde (1986). Brasília. Relatório final. Brasília, 1986.

[2] Dejours C, Dessors D, Desriaux F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. RAE, São Paulo, mai./jun. 1993, v.33, n 3, p. 98-104.

[3] Lancman S, Sznelwar LI. Christophe Dejours – Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.

[4] Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1992.

[5] Dias EC, Silva, TCL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). Rev bras saude ocup, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013.

[6] Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

[7] Carlotto, MS, Câmara, SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. Estudos de Psicologia. Campinas, 2007, v. *24*, n 3, p. 325-332.

[8] Silva MG, Barros BP. Percepção de Estresse de Servidores na Atenção Básica de Saúde de Dourados-Ms. Saúde em Redes. 2015; v. 1, n 4, p. 35 – 52.

[9] Cardoso EM, Nina SFM, Brasil LJ, Arruda AT. Saúde mental e trabalho: Estresse em trabalhadores da saúde na cidade de Manaus. Revista de ciências da Saúde da Amazônia. ISSN: 2447-486X , N. 02- 2016.

[10] Almeida LGN, Torres SC, Santos CMF. Riscos Ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Revista Enfermagem Contemporânea , ISSN: 2317-3378. 2012.

[11] Santos JLG. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. Rev Gaucha Enferm, 2012, p. 205-212.

[12] Rodrigues LMC et al. Riscos ocupacionais: Percepção de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa–PB. Revista brasileira de ciências da saúde, , 2012, v. 16, n. 3, p. 325-332.

[13] Rodrigues LF, Araújo JS. Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde: um ensaio à luz da medicina do trabalho. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina – Número 5. Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT: Cáceres. 2016 jan.-jul, p. 10-21.

[14] Dimarzio G. Absenteísmo entre trabalhadores da atenção primária à saúde no município de Amparo : 2006 e 2009. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciências Médicas Campinas, SP. 2011.

[15] Araújo LPP. Estudo do absenteísmo de trabalhadores de Unidade de Saúde de Brasília – DF. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Gestão em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília – UNB - 2014.

[16] Flores LI, Vilela LO, Borelli LM, Goulart Júnior E, Camargo ML. O Absenteísmo enquanto indicador para o processo de gestão de pessoas nas organizações e de Atenção à Saúde do Trabalhador. Revista Laborativa, out./2016, v. 5, n. 2, p. 47-65.

[17] Secretaria municipal de Saúde (Brasil). Portaria Institucional Nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do município de Palmas-TO 28 de junho de 2016.

[18] Ministério da Saúde (Brasil). Como funciona a DAB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php. Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

[19] Brotto TCA, Dalbello-Araujo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?. Rev. bras. saúde ocup., 2012, dez; v 37, n 126: p. 290-305.

[20] Trindade, LDL., Pires, DEPD., Amestoy, SC, Forte, E. C. N., Machado, F. L., & Bordignon, M. (2014). Trabalho na estratégia da saúde da família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. Cogitare enferm, *19*(3), 528-535.

[21] Antunes, R, Praun, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, 2015) , v 123, p. 407-427.

[22] De Lima Trindade L , De Pires DEP., Amestoy, S. C., & Bordignon, M. (2014, April). Cargas de trabalho na estratégia de saúde da família: implicação no desgaste de seus profissionais. in 11º Congresso Internacional da Rede Unida.

[23] Boschco C. Implicações do afastamento do trabalho por adoecimento na subjetividade do auxiliar de enfermagem (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná), 2011.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIV/ AIDS DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA HENFIL

Fabiana Lara Feliciano Franca
Marta Maria Malheiros Alves

Introdução

Os primeiros casos de AIDS foram identificados em 1981 no EUA, com um número expressivo de pacientes adultos, do sexo masculino, homossexuais que apresentavam ¨sarcoma de Kaposi¨, doença característica de quem convive com o vírus da AIDS. No Brasil os primeiros casos confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo (PINTO; PINHEIRO; VIEIRA; ALVES, 2007).

O vírus da imunodeficiência humana se caracteriza por uma grave disfunção no sistema imunológico, no qual os linfócitos TCD4+ são as células-alvo do vírus HIV, tendo como tratamento medicamentoso a terapia antirretroviral, a qual foi iniciada no Brasil em 1996, resultando em uma melhor qualidade e expectativa de vida para os pacientes vivendo com HIV/AIDS (BRASIL, 2010). A partir deste período a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica que tem tratamento (GONÇALVES *et al.*, 2012).

O Brasil se destaca internacionalmente no tratamento antirretroviral, disponibilizando a medicação através do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Os primeiros casos registrados de HIV/AIDS na década de 1980 geralmente ocorriam nos grandes centros urbanos. O perfil epidemiológico mais notável era de pacientes do sexo masculino, classe média alta e homossexual/ bissexual. Com o passar dos anos esse perfil geográfico e epidemiológico teve mudanças. A AIDS passou a ter notificação significativa em pequenas cidades, atingindo em massa vários perfis epidemiológicos (CASTRO *et al.*, 2013).

O surgimento da epidemiologia do HIV/AIDS foi marcado por uma época em que as autoridades sanitárias mundiais julgavam que as patologias infectocontagiosas estavam controladas pela evolução tecnológica e saberes de médicos atualizados, provocando comportamentos e repostas coletivas, na qual estratégias políticas e oficiais estão introduzidas nas estratégias públicas em inúmeros contextos. O HIV/ AIDS tem sido um problema de saúde no Brasil, que cresce demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais no país, constituindo um espaço metodológico expressivo na busca de repostas sobre como o poder público brasileiro sistematiza e demonstra as políticas de saúde pública (MARQUES, 2002).

Com o tempo a infecção pelo HIV/AIDS passou por diversas mudanças, tanto nas questões referentes ao tratamento quanto ao perfil das pessoas infectadas pelo vírus (AFFELDT *et al.*, 2015).

Mesmo passados mais de trinta anos desde os primeiros casos de HIV/AIDS, essa doença ainda é um grande problema e um desafio para a saúde pública (SOARES *et al.*, 2015).

O tratamento dos pacientes que convivem com AIDS é sinônimo de qualidade de vida, agregado as evoluções medicamentosas, pois permitiram continuidade do bem-estar e vida. Após o início da terapia antirretroviral de alta potência (HAART) no ano de 1996, pode proporcionar uma expectativa de vida para aqueles que convivem com HIV/AIDS (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

O sucesso do tratamento está vinculado à boa adesão do paciente à medicação antirretroviral. É essencial que a pessoal que convive com o vírus siga corretamente o tratamento sem interrupção. A função da medicação é baixar a carga viral (vírus da HIV/ AIDS no organismo), e aumentar os linfócitos T CD4+ que são responsáveis pela imunidade (ALMEIDA *et al.*, 2011).

O objetivo do tratamento é inibir a replicação do vírus HIV, dessa forma proporciona a redução do vírus RNA, consequentemente a elevação dos linfócitos CD4+, que são as células alvo do HIV. Com o tratamento os pacientes têm uma recuperação da imunidade garantindo uma maior expectativa de vida, pois diminuem os riscos das patologias oportunistas. Ainda que os medicamentos sejam eficientes, os usuários podem apresentar vários efeitos colaterais (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi identificar o perfil epidemiológico dos pacientes masculinos com HIV/ AIDS que foram atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no Núcleo de Assistência Henfil em Palmas – TO.

Materiais e métodos

O presente estudo teve caráter quantitativo descritivo de campo e exploratório. A pesquisa descritiva teve a finalidade de mostrar à característica da população estudada (RAUPP, 2003).

A pesquisa bibliográfica forneceu a fundamentação teórica ao trabalho, bem como a identificação do estágio atual do conhecimento referente ao tema, fundamentado em literaturas contidas em bibliotecas e *Scientific Eletronic Library Oline* (Scielo).

O estudo foi realizado no Núcleo de Assistência Henfil de Palmas -TO. Foram analisados os prontuários dos Pacientes do Núcleo de Assistência Henfil de Palmas – TO, que são do sexo masculino, maiores de 12 anos. Foram analisados os prontuários que estão ativos desde 20/08/2004 até dezembro de 2015 para construir o perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/ AIDS que fazem tratamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no Henfil em Palmas- TO. Foram estudadas as seguintes variáveis: idade; estado civil; município de residência; raça; situação do exame de CD4 e carga viral; doenças oportunistas; se faz o tratamento pelo SUS ou particular; adesão e abandono ao tratamento.

A coleta de dados foi feita de julho a agosto de 2016. Os prontuários analisados foram todos que estão ativos desde quando o Núcleo foi criado até o ano de 2015. Os dados relativos aos abandonos foram coletados através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – (Siclom) no qual foi possível ver quantos pacientes estão em dia com a medicação e quantos estão em abandono sem ir buscar o remédio.

Os demais dados foram coletados através dos prontuários dos pacientes e lançados em planilha criada para esse fim. O computador no qual os dados foram lançados na planilha teve senha para ser acessado. Essa senha não foi informada a ninguém. Sendo assim, não foi possível o acesso de outra pessoa aos dados da pesquisa senão o próprio pesquisador.

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com a resolução 466/12 da Comissão Nacional da Saúde, após ser encaminha e aprovada via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), mediante parecer número 1.622.766.

Resultados

Foram analisados um total de 596 prontuários de pacientes do sexo masculino. Os dados descritivos seguem na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Análise do perfil epidemiológico dos pacientes que convivem com o vírus do HIV/AIDS e que fazem tratamento no Núcleo de Assistência Henfil

Variáveis		Porcentagem
Idade	19 a 29 anos	21,47%
	30 a 40 anos	31,04%
	41 a 51 anos	31,04%
	52 a 62 anos	9,06%
	63 a 83 anos	4,86%
	Sem informação*	2,51%
Etnia	Branca	24,83%
	Parda	59,22%
	Negra	5,87%
	Sem informação*	10,06%
Estado Civil	Solteiro	57,05%
	Casado	17,95%
	União Estável	5,37%
	Viúvo	1,34%
	Divorciado	1,85%
	Sem informação*	16,44%
Município de Residência	Palmas	72,31%
	Outro Município	18,12%
	Sem Informação*	9,56%

continua...

continuação

Variáveis		Porcentagem
Doença Oportunista	HPV	32,05%
	Sífilis	30,77%
	Outras	30,77%
Adesão ao tratamento	Adesão	98%
	Abandono	2%
Tipo de acompanhamento	Público	94,96%
	Particular	5,04%
CD4	<200	7,55%
	>200	75,16%
	Sem informações*	17,28%
Carga Viral	Indetectável	75,16%
	>40	7,55
	Sem informação*	17,28%

Fonte: Prontuários dos pacientes ativos que fazem tratamento no Núcleo de Assistência Henfil, Palmas TO.

Durante a pesquisa percebeu-se que muitos prontuários não estavam totalmente preenchidos, muitos dados não eram anotados e nem anexados no mesmo.

Discussão

Dentro dos critérios utilizados para realizar esse estudo, a faixa etária dos homens infectados com HIV/AIDS variou entre 19 e 83 anos. As faixas etárias com maior frequência foram as de 30 a 40 anos e de 41 a 51 anos, ambas com 185 casos cada. Posteriormente vem à faixa etária de 19 a 29 anos com 128 casos. Na sequência vem à idade de 52 a 62 anos com 54 casos e por último vem de 63+ com 29 casos. Do total de prontuários, 15 não continham a informação referente à idade dos pacientes. Comparando esses resultados com outros estudos no Brasil vemos que a faixa etária com maior número de casos também foi entre 30 a 51 anos (BOFF, 2016; SOARES, 2016).

Analisando a Zona de residência percebeu-se que 72,31% dos pacientes residem em Palmas TO, 18,12% em outros municípios e 9,56% dos prontuários não continham esses dados. Tem-se observado um aumento progressivo da doença em municípios com menor número populacional, demonstrando assim a interiorização da epidemia do HIV/AIDS (SOARES, 2016).

Referente à etnia da população analisada a predominância foi da parda com 59,22% dos casos. Assim como visto em outras literaturas que também apontam que a infecção do HIV acomete em maior número as pessoas pardas (SOARES, 2015; SOARES, 2016). Os brancos foram 24,83% e os negros foram 5,87%.

Sobre o estado civil, mais da metade (340 pacientes de um total de 596) se disseram solteiros, sendo que esse número pode ser ainda maior levando em consideração que 16,44% (98 prontuários) não tiveram o estado civil informado. Dados

de outros estudos relacionados ao estado civil dos pacientes que convivem com o vírus do HIV/AIDS também apontam o estado civil solteiro com o maior número de casos da doença (CHAVES, 2015; RESENDE *et al.* 2013).

Os resultados encontrados referentes à carga viral dos pacientes mostraram que mais da metade (51,34%) estão com a carga viral indetectável. Isso mostra que mais da metade fazem o uso correto da medicação. Do total 31,87% tiveram a carga viral >40 e 16,77% dos prontuários não informavam esses dados. Esse resultado se assemelha com outro estudo, mostrando assim a efetividade da terapia antirretroviral; tornando possível manter essa doença de caráter crônico, controlável (REZER, 2016).

Sobre os exames de CD4 75,16% estavam acima >200 células/mm3; 7,55 com os resultados <200 células/mm3, o que é um resultado consideravelmente baixo. Ainda assim, 17,28% dos prontuários não tinham dados sobre os exames referentes ao CD4. A adesão correta ao medicamento está vinculada a um prognóstico positivo, possibilitando o aumento dos linfócitos CD4+ que são responsáveis pela imunidade. O resultado encontrado nesse estudo também foi encontrado parecido em outro (REZER, 2016).

Ao longo do convívio com o vírus do HIV muitos pacientes adquirem doenças oportunistas e outras ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Isso ocorre por conta da queda dos Linfócitos T CD4, que são responsáveis pela imunidade. A sífilis e o HPV geralmente são as doenças oportunistas mais frequentes nesses grupos (PICARELLI, 2015).

As doenças oportunistas que tiveram o maior número de casos nesse estudo foi o HPV (*Human Papiloma Vírus*) com 32,05% e a Sífilis com 30,77% dos casos. Muitos prontuários notificavam Hepatite sem discriminar o tipo, totalizando 7,69%. 6,41% de tuberculose; 5,13% de hepatite B; 3,85% de Leishmaniose Visceral; 2,56% informaram apenas Leishmaniose sem discriminar o tipo. As notificações como Hanseníase, Hepatite B + Dengue, Herpes Zoster, HPV + Dengue, HPV + Hanseníase, Leishmaniose + Chagas, Leishmaniose Tegumentar, Rubéola e Tuberculose + Dengue tiveram 1,28% cada.

Dos 596 prontuários analisados apenas 11 estão em casos de abandonos, 585 estão com adesão ao tratamento durante o período analisado. Isso significa que apenas 2% dos pacientes abandonaram o tratamento e que 98% seguem fazendo uso da medicação antirretroviral. Dos 11 casos de abandono ao tratamento 8 são solteiros, 1 casado, 1 em união estável e 1 não continha essa informação no prontuário. Em todos os casos de abandono o tipo de tratamento era feito pela rede pública (o paciente fazia o acompanhamento médico e multiprofissional pelo SUS).

Apenas um dos casos de abandono teve notificação de doença oportunista, 6 pacientes residiam em Palmas – TO, 3 no interior do estado do Tocantins, 1 no estado do Pará e 1 não tinha esse dado.

O Núcleo de Assistência Henfil é a unidade de referência para os usuários da rede pública municipal e estadual em tratamento ou acompanhamento de doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), como a AIDS.

Sobre a questão da etnia desses pacientes em abandono, 7 eram pardos, 2 negros, 1 branco e 1 não continha esse dado. Destes abandonos apenas 1 estava com a carga viral indetectável, o restante estava com a carga viral alta e o CD4 consideravelmente baixo. Estudos revelam que tanto a adesão quanto o abandono do tratamento estão interligados a forma como o paciente compreende e visualiza a terapia antirretroviral (PASCHOAL, *et al.* 2014). Muitos estudos sobre abandono apontam que um dos maiores problemas sobre a continuidade do tratamento é a aceitação da terapia antirretroviral (DE FIGUEIREDO *et al.*, 2001).

A medicação é dispensada através da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) que tem dentro do núcleo do Henfil. Mas sobre o tratamento, cabe ao paciente optar por fazer o acompanhamento médico e o multiprofissional público ou particular.

O Brasil se destaca internacionalmente por disponibilizar gratuitamente os antirretrovirais e por ser um dos primeiros países a se preocupar com políticas públicas disponibilizando um tratamento público efetivo e eficaz. Dos prontuários analisados 94,96% faziam acompanhamento público e 5,04% particular.

Muitos dos prontuários levantados nesse estudo continham falhas em seu preenchimento. Sendo essa uma questão a ser trabalhada com os profissionais da unidade, para que esses possam ver a importância do preenchimento correto de todos os itens referentes aos dados dos pacientes.

Considerações finais

Desde quando a AIDS se tornou conhecida, milhões de pessoas por ano recebem o diagnóstico positivo para a doença. Passados três décadas desde o início da epidemia o tratamento já teve avanços extremamente significativos.

Através deste estudo podemos conhecer o perfil mais acometido por essa doença entre os pacientes tratados nesse Núcleo em Palmas. O perfil epidemiológico levantado nesse trabalho é bastante semelhante aos encontrados na literatura.

Os dados referentes a carga viral e ao CD4 mostram um resultado positivo e satisfatório perante a qualidade do tratamento desses pacientes.

Faz parte dos serviços de promoção e prevenção às DST/AIDS, a realização de atividades educativas com técnicos capacitados a oferecer aconselhamento e orientações à população. Conhecendo o perfil epidemiológico mais suscetível a contrair o vírus fica mais fácil intervir em ações educativas para atender esse público.

REFERÊNCIAS

AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 79-86, 2015.

ALMEIDA, E. L; ARAÚJO, G. B. S; SANTOS, V. A; BUSTORFF, L. A. C. V; PEREIRA, A. V. L. e DIAS, M. D. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **RemE – Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 208-216, abr./jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitarias**. Brasília, 2010. 75 p. Guia de Bolso.

BOFF, Jessica Aparecida; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Notificações de AIDS/HIV: uma análise em um município de Santa Catarina. **Jornada Integrada em Biologia**, p. 59-66, 2016.

CHAVES, Amanda Rocha; SILVÉRIO, Tatiane Aparecida Barroso; BARROSO, Valdene Alves. Pré-processamento para mineração de dados de pacientes com HIV. **Journal of Health Informatics**, v. 7, n. 1, 2015.

DE FIGUEIREDO, Rosely Moralez *et al*. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 50-55, 2001.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. Bras Epidemiol**, 2012; v. 15, n. 1, p. 75-84.

GONÇALVES, Záfia R. *et al*. Perfil epidemiológico dos pacientes HIV positivo cadastrados no município de Teresópolis, RJ. **DST j bras doenças sex transm**, v. 24, n. 1, p. 9-14, 2012.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 41-65, 2002.

PASCHOAL, Eduardo Pereira *et al*. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 1, p. 32-40, 2014.

PICARELLI, Maria Elídia de Andrade; SANTOS, Ana Beatriz Rossetti; SPEZIA, Luiza Perissinotto. Avaliação da AIDS e da ocorrência de doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis em pacientes infectados pelo HIV residentes na região de Indaiatuba, SP. **J. Health Sci. Inst**, v. 33, n. 4, p. 303-308, 2015.

PINTO, A. C. S.; PINHEIRO, P. N. C; VIEIRA, N. F. C e ALVES, M. D. S. Compreensão Da Pandemia Da AIDS Nos Últimos 25 Anos. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007. ISSN:0103-4065.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**: teoria e prática, v. 3, p. 76-97, 2003.

RESENDE, Renata Cunha *et al*. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde doi: http://dx. doi. org/10.5892/ruvrv. 2012.102. 186201. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 186-201, 2013.

REZER, João Felipe Peres; LEAL, Daniela Bitencourt Rosa; FLECK, Juliana. Carga viral, contagem de linfócitos CD4+ e peroxidação lipídica em pacientes com sorologia reagente para anti-HIV. **Disciplinarum Scientia | Saúde**, v. 14, n. 2, p. 137-143, 2016.

SOARES, Fabine Neves Santos. Perfil epidemiológico e sócio demográfico dos pacientes vivendo com HIV/AIDS cadastrados no município de Vitória da Conquista/ BA. **Saúde.com**, v. 10, n. 1, 2016.

SOARES, Gabriella Barreto *et al*. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, 2015.

ARTIGO ORIGINAL

Primeiro registro dos escorpiões *Tityus obscurus* (Gervais, 1843) e *Tityus metuendus* (Pocock, 1897) (Scorpiones, Buthidae) no Estado do Tocantins, Brasil.

First registry of scorpions Tityus obscurus (Gervais, 1843) and *Tityus metuendus* (Pocock, 1897) (Scorpiones, Buthidae) in the Staty of Tocantins, Brazil

Primer resgistro de escorpiones Tityus obscurus (Gervais, 1843) y Tityus metuendus (Pocock, 1897) (Scorpiones, Buthidae) en el Estado de Tocantins, Brasil

Vigilância com acidentes escorpiônicos no Estado do Tocantins.

[1] Kesia Abreu dos Santos, Residente Bióloga em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, kesia_abreu@hotmail.com, Caixa Postal 196, CEP: 77001-970, Palmas, TO, (63) 98452-8189

[2] Maria do Socorro Nobre Sarmento, Bióloga, Mestre em Ciências do Ambiente, Tutora na Residência Multiprofissional em Saúde pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas., sarmentonobre@gmail.com.

[3] Anderson Brito Soares, Biólogo, Analista em Saúde da Secretaria Municipal de Palmas, TO, soares.ab@hotmail.com.

[4] Jorge Luiz de Souza, Biólogo, Analista em Saúde da Secretaria Municipal de Palmas, TO, jorgeccz@hotmail.com.

Resumo:

O presente trabalho visa contribuir para a ampliação geográfica dos escorpiões *Tityus obscurus* e *Tityus metuendus* no Brasil. Para isso, foram analisados escorpiões da coleção científica da Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses, recebidos entre os anos de 2014 a 2016. Foi realizado um estudo na localidade suspeita da ocorrência através de coleta ativa em todo o perimomicilio em busca da espécie *T. metuendus*. Foram encontrados cinco exemplares de *T. obscurus* e 13 de *T. metuendus*, todos provenientes da zona rural de Palmas,TO. Com isso, faz-se necessário elaborar efetivas ações de saúde pública, e adoção de estratégias para controle e prevenção de acidentes escorpiônicos, dando maior atenção para crianças, idosos e pacientes com morbidades provenientes da zona rural do referido município.

Palavras-chave: Escorpiões, Zona Rural, Vigilância em Saúde Pública

Summary:

The present work aims to contribute to the geographic expansion of scorpions *Tityus obscurus* and *Tityus metuendus* in Brazil. For this, we analyzed scorpions of the scientific collection of the Unit of Surveillance and Control of Zoonoses received between the years of 2014 to 2016 and a study realized through active collection in a locality suspected of the occurrence of one of the species. Five specimens of *T. obscurus* and 13 of *T. metuendus* were found, all from the rural area of Palmas, TO. With this, it is necessary to elaborate effective public health actions, and adopt strategies for the control and prevention of scorpionic accidents, giving greater attention to children, elderly and patients with morbidities coming from the rural area of the mentioned municipality.

Keyword: Scorpions, Rural areas, Public Health Surveillance

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo contribuir a la expansión geográfica de los escorpiones *Tityus obscurus* y *Tityus metuendus* en Brasil. Para ello, se analizaron los escorpiones unidad de recogida de Vigilancia y Control científica animal recibió entre los años 2014-2016 y un estudio de la colección activa en un lugar sospechoso de ocurrencia de las especies. Se han encontrado cinco copias *T. obscurus* y 13 *T. metuendus*, todos de Palmas rural, AL. Por lo tanto, es necesario desarrollar acciones de salud pública eficaces, y la adopción de estrategias de prevención y control de alacranismo, dando mayor atención a los niños, los ancianos y los pacientes con comorbilidades de la zona rural del municipio.

Palabras-clave: Escorpiones, Medio Rural, Vigilancia en Salud Pública

Introdução

Os acidentes por animais peçonhentos constituem um problema de saúde pública com aumento crescente nas últimas duas décadas. Os escorpiões são responsáveis por 1.200 milhões de acidentes e por cerca de 3.250 óbitos no mundo anualmente.[1]

No Brasil, os acidentes com escorpiões no ano de 2014 somaram mais de 88 mil notificações e 98 óbitos,[2] representando um aumento superior de 8 mil acidentes quando comparado com o ano anterior (79.713). Na região Norte, em 2014, o Tocantins ficou em segundo lugar no número de notificações com acidentes relacionados a escorpiões (714), ficando atrás somente do estado do Pará com 1.972 casos.[2]

Das 1.600 espécies distribuídas pelo mundo, apenas 25 são considerados de importância médica. No Brasil, até o momento, foram descritas cerca de 130 espécies de escorpiões, 23 gêneros e quatro famílias, porém, as responsáveis pelos acidentes graves

pertencem a família Buthidae, e ao gênero *Tityus*, que tem como característica, entre outras, a presença de um espinho sob o ferrão.[3] Segundo o Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos,[4] as principais espécies de interesse médico no Brasil são: *Tityus serrulatus*, *Tityus bahiensis*, *Tityus stigmurus*, *Tityus obscurus* e *Tityus metuendus.*

Durante muitos anos, o número de espécies que causam acidentes graves, tem se mantido limitado, porém, sugere-se que esse número seja mais elevado na natureza, pois não estão em contato com seres humanos.[5] A rápida expansão urbana leva a uma destruição do ambiente natural, onde é possível que espécies altamente tóxicas do gênero *Tityus* possam entrar em contato com a população, como vem ocorrendo com as espécies *Tityus obscurus* e *Tityus metuendus* que levaram a acidentes graves no estado do Pará.[6]

O Tocantins apresenta até o momento, registro de oito espécies de escorpiões, divididas em duas famílias, Liochelidae e Buthidae, que juntas somam cerca de 8% da escorpiofauna brasileira.[4,7] A família Liochelidae, apresenta somente a espécie *Opistacanthus cayaporum (*Vellard, 1932) e a família Buthidae, com sete espécies, sendo elas *Bothriurus cerradoensis* Lourenço, Motta, Godoi & Araújo 2004, *Bothriurus illudens* Mello-Leitão 1947, *Ananteris mariaterezae* Lourenço 1982, *Rhopalurus agamemmon* C. L. Koch 1839, *Tityus confluens* Borelli 1899, *Tityus mattogrossensis* Borelli 1901, *Tityus serrulatus* Lutz & Mello 1922 e *Tityus silvestris* Pocock 1897.

A espécie *Tityus metuendus*, até o momento, foi relatada em cinco estados da região Norte sendo Amazonas, Acre, Pará, Roraima e Rondônia[7] e *Tityus obscurus* encontrado em apenas três estados, Pará, Amapá e Mato Grosso.

Tendo em vista, a necessidade de conhecimento das espécies circulantes do município de Palmas, para que possam definir as medidas profiláticas adequadas para

prevenção e controle do escorpionismo, esse estudo visa ampliar a distribuição geográfica das espécies *T. obscurus* e *T. mentuendus* e mapear as áreas de ocorrência desses escorpiões.

Métodos

A investigação desse trabalho se realizou em duas etapas: A primeira parte consistiu-se em uma análise dos escorpiões depositados na coleção científica da Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses de Palmas-To, recebidos entre os anos de 2014 e 2016 através da entrega espontânea da população (busca passiva), coletados pelos Agentes de Combate as Endemias e Analistas de Saúde (busca ativa) como também escorpiões entregues pelas Unidades de Pronto Atendimento e Hospital Geral Público de Palmas (HGPP) provenientes de acidentes escorpionicos.

A segunda etapa deu-se em uma coleta ativa realizada em junho de 2016, na zona rural de Taquaruçu, distrito de Palmas-TO, em uma chácara localizada na Cabeçeira do Taquaruçuzinho, casa 14. A pesquisa foi realizada devido a suspeita da ocorrência do escorpião *T. metuendus* nessa localidade. A coleta foi realizada com uma equipe de cinco pessoas, investigando-se os microhabitats do peridomicílio, ocos de árvores, fendas em pés de coco babaçu e materiais de construção guardados no local, como tijolos e madeiras.[8-9]

Para coleta dos animais, foi necessário o auxílio de pinça e os animais encontrados foram acondicionados vivos em potes de polietileno até o seu deslocamento para o laboratório.

Os animais foram conservados vivos no laboratório de Entomofauna da Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses de Palmas (UVCZ), medidos com um paquímetro e observados em lupa para análise taxonômica. A identificação dos escorpiões será

baseada nas *chaves* de *Lourenço* (2002).[10] Todos os animais farão parte da coleção científica de escorpiões da UVCZ de Palmas, TO.

Para o mapeamento das áreas, serão utilizados três programas: Google Earth 7.1.5.1557 para captar as imagens de satélite, Photoshop CS6 para edição das imagens e GPS TrackMacker Versão 13.9.0000 para auxiliar na edição e mapeamento.

Resultados

Foram recebidos pela UVCZ de Palmas, entre os anos de 2014 a 2016, 54 escorpiões através de notificação de acidentes e 94 por busca ativa e passiva, totalizando 148 exemplares (figura 1).

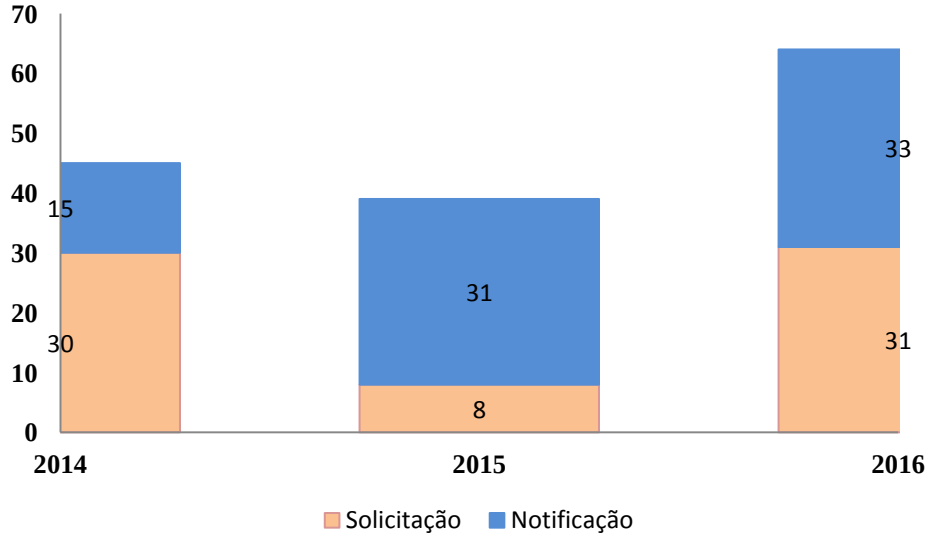


Figura 1: Escorpiões recebidos pela Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses entre os anos de 2014 a 2016;

No ano de 2014, a unidade recebeu pela primeira vez três exemplares de *T. obscurus*, sendo dois pelas Unidades de Pronto Atendimento, provenientes de acidentes que ocorreram na localidade de Água Branca (10º0’10.39”S, 48º15’40.39”W) e o outro na localidade Taquaruçu Grande (10º14’10.28”S, 48º9’14.26”W) incluindo mais um

exemplar, entregue espontaneamente por um morador da localidade Santa Fé Sítio (10º20’14.02”S, 48º8’41.24”W) (Figura 2).

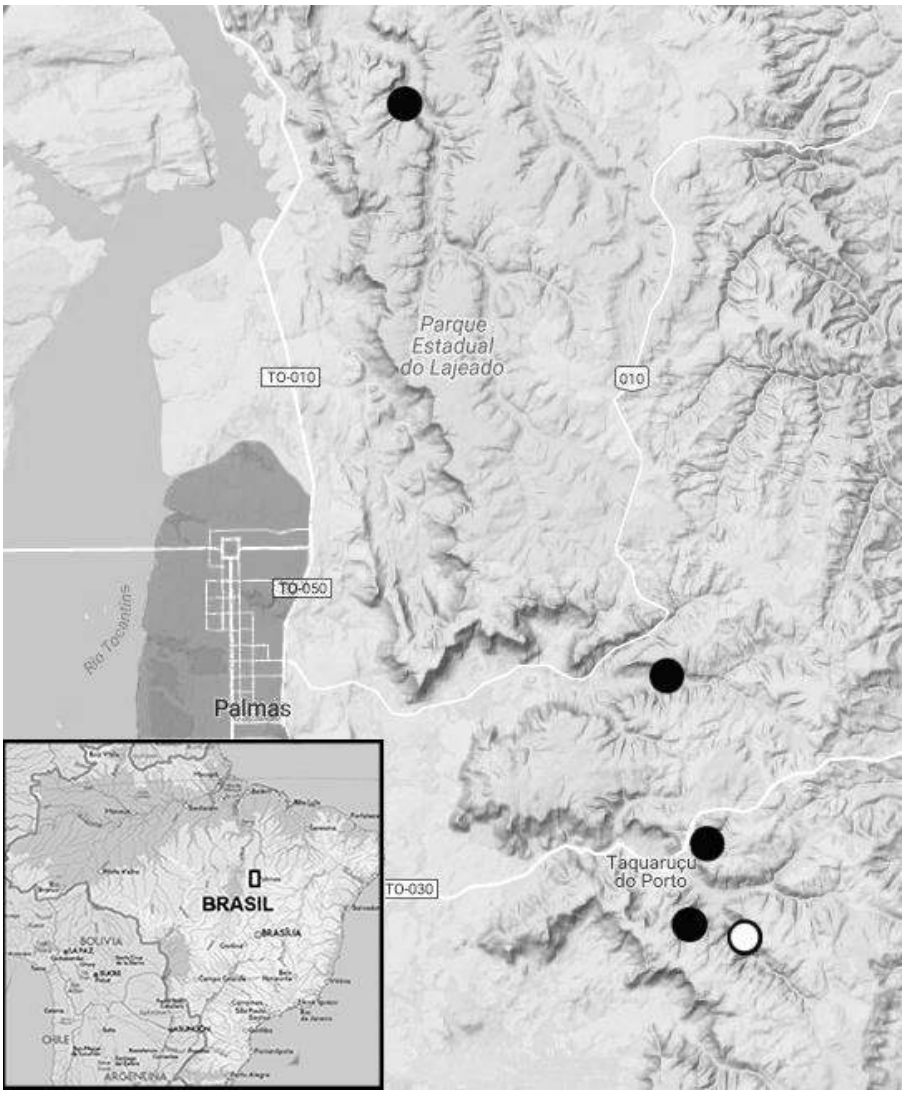


Figura 2: Mapeamento dos escorpiões na zona rural de Palmas, TO. Em branco *T. metuendus* e preto, *T. obscurus*.

Em 2016 um exemplar foi coletado na Cachoeira do Roncador, distrito de Taquaruçu (10º18’19.10”S, 48º8’19.95”W) e outro na localidade Água Branca totalizando cinco exemplares de *T. obscurus*, todos provenientes da zona rural do município de Palmas (Figura 3).

Figura 3: Exemplar de *Tityus obscurus* recebido pela Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses em junho de 2016.

Também em 2016, um morador da Cabeceira do Taquaruçuzinho, zona rural do distrito de Taquaruçu (10º20’26.78”S, 48º7’13.14”W), entregou a Unidade, nove exemplares da espécie *T. metuendus*, sendo indivíduos jovens e adultos, coletados em sua residência. Após um estudo para confirmar a ocorrência da citada espécie nessa região, foram coletados mais quatro exemplares, dois em restos de materiais de construção, um em uma palha seca de coco babaçu e um na chácara ao lado em que foi realizada a pesquisa (10º20’26.78”S, 48º7’22.82”W).

Discussão

Tityus metuendus, *T. silvestres* e *T. obscurus* são os principais responsáveis por envenenamentos humanos na Amazônia Brasileira, sendo que *T. obscurus* a espécie mais importante responsável por picadas de escorpiões nos estados do Pará e Amapá.[3,11-13]

Maioria dos acidentes por *T. obscurus* são classificados como leves a moderados, sendo que as mortes são raras.[11-12] Porém, manifestações clínicas neurológicas são observadas pelos pacientes como sensações de choques elétrico, dificuldade de deambulação, mioclonias, disartria, dismetria, ataxia cerebelar, fasciculação, rabdomiólise e, raros casos, lesão renal aguda.[11-14]

O aumento do tempo recorrido entre a picada e a assistência médica pode ser responsável pelo agravamento dos sinais e sintomas do envenenamento, assim como a quantidade de peçonha inoculada e dos mediadores químicos liberados.[15]

Estudos clínicos e epidemiológicos sobre o envenenamento de *T. metuendus* são escassos na literatura, porém é o maior responsável por acidentes nos municípios de Manaus, Apuí, Tabatinga e Rio Preto da Eva no Amazonas.[13] Vale ressaltar, que essa espécie está entre os cinco escorpiões do Brasil que podem se reproduzir por partenogênese, sendo elas: *Tityus serrulatus*, *Tityus metuendus*, *Tityus uruguaiensis*, *Tityus trivittatus* e *Tityus stigmurus.*[16] Observou-se que a tendência geral entre os escorpiões que se reproduzem dessa forma, é a partenogênese telítoca, onde os ovos originam apenas fêmeas, porém, a única exceção é para *Tityus metuendus*, onde foi observado a arrenotoquia, onde a ninhada é composta exclusivamente de exemplares machos.[16] É possível que essa forma de reprodução possa favorecer o aumento de exemplares encontrados na zona rural e conseqüentemente o início de acidentes com essa espécie.

Por *T. metuendus* e *T. obscurus* serem responsáveis pela maioria dos acidentes da região norte e a última estar entre as quatro espécies de importância médica do país, este estudo contribui para o conhecimento da ocorrência e distribuição geográfica das espécies no estado do Tocantins, especialmente no município de Palmas. Com isso, faz-se necessário elaborar efetivas ações de saúde pública, e adoção de estratégias para controle e prevenção de acidentes escorpiônicos, dando maior atenção para pacientes provenientes da zona rural, principalmente crianças, idosos ou pessoas com morbidades do referido município.[6,16]

Agradecimentos

Ao Agente de Combate às Endemias, Osmar de Souza Castro pelos trabalhos realizados em campo.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Chippaux JP, Goyffon M. Epidemiology of scorpionism: a global appraisal. Acta Tropical, 2008; v.107; p.71-79.

2. Casos de acidentes por escorpiões. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 2000 a 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1019-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-

z/animais-peconhentos-escorpioes/l2-animais-peconhentos-escorpioes/13692-situacao-epidemiologica-dados

3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Controle de Escorpiões. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

4. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001.

5. Lourenço WR. What do we know about some of the most conspicuous scorpion species of the genus *Tityus*? A historical approach. Journal of Venom Anim Toxins incl Trop Dis. 2015; 21:20.

6. Pardal PPO, Gadelha MAC, Menezes MMGO, Malheiros RS, Ishikawa EAY, Gabriel MDG. Severe envenomation by *Tityus obscurus* Gervais, 1843. Rev Pan-Amaz Saúde. 2014; 5: 65–70.

7. Brazil TK, Porto TJ. Os escorpiões. Salvador: 2010.

8. Edmonds RL, Marra JL. Decomposition of woody material, nutrient dynamics, invertebrate/fungi relationship and management in northwest forests. *In*: Meurisse, R. T.; Ypsilantis, W. G.; Seybold, C. Decomposition of woody material, nutrient dynamics, invertebrate/fungi 58 relationship and management in northwest forests. U.

S. Department of Agriculture, Forest Service Pacific Northwest Research Station, Portland. p.68-79.

9. Lira-da-Silva RM, Jordão GM, Silva TF, Candido DM, Brazil TK. Ocorrência De *Rhopalurus Debilis* (C.L. KOCH, 1840) (Scorpiones, Buthidae) no Estado da Bahia, Brasil - Biota Neotropica, 2005.

10. Lourenço WR. Escorpiões do Brasil. Paris-França, Les Èditions de I'If; 2002.

11. Pardal PPO, Castro LC, Jennings E, Pardal JSO, Monteiro MRCC. Aspectos epidemiológicos e clínicos de escorpiamento na região de Santarém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003, 36 (3): 349-353.

12. Pardal PPO, Ishikawa EAY, Vieira JLF, Coelho JS, Dórea RCC, Abati PAM, et al. Clinical aspects of envenomation caused by *Tityus obscurus* (Gervais, 1843) in two distinct regions of Pará state, Brazilian Amazon basin: a prospective case series. Jornaul of Venom Anim Toxins Incl Trop Diseases. 2014; 20:3.

13. Costa CLSO, Fé NF, Sampaio I, Tadei WP. A profile of scorpionism, including the species of scorpions involved, in the State of Amazonas, Brazil. Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2016 Mai – Jun; Vol.49 no.3.

14. Torreza PPQ, Quiroga MMM, Abatia PAM, Mascherettia M, Costa WS, Camposc LP, et al. Acute cerebellar dysfunction with neuromuscular manifestations after

scorpionism presumably caused by *Tityus obscurus* in Santarém, Pará / Brazil. Toxicon. 2015 Mai; Volume 96; 68–73.

15. Matthiensen, FA. Os escorpiões e suas relações com o homem: uma revisão. Ciência e Cultura. 1998; 40:11; 68-1172.

16. Lourenço WR. Parthenogenesis in Scorpions: some history – new data. Jornaul of Venom Anim Toxins Incl Trop Diseases. 2008; 14; 19-44.

TENDÊNCIA DA INCIDÊNCIA E MORTALIDADE MASCULINA POR NEOPLASIAS MALIGNAS SELECIONADAS EM PALMAS - TOCANTINS.

Trend of men's incidence and mortality for malignant neoplasms selected in Palmas - Tocantins.

Tendencia de la incidencia y mortalidad masculina por neoplasias malignas seleccionadas en Palmas - Tocantins.

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Kívya Borges Vasconcelos[1*], Patrícia Ferreira Nomellini[2], Paula Mariane Souza Prates [3].

1 e 3 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Vigilância em Saúde, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas-TO, Brasil.

[2] Secretária de Saúde do município de Palmas, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins, Brasil

**Correspondência:Kívya Borges Vasconcelos, Rua Amazonas, nº208, Setor Rodoviário, Colinas, Tocantins, Brasil. CEP:77.760-000. e-mail kivyaborges.vasconcelos@gmail.com.*

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

Estimativas apontam, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer no Brasil, para cada ano (INCA, 2017). Estudos de incidência e mortalidade por câncer têm aumentado no Brasil e suas regiões, entretanto ainda são insipientes em municípios, como Palmas – TO. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo apresentar as taxas de incidência e de mortalidade dos três cânceres mais frequentes no período de 2000 a 2012, em homens com 30 anos e mais, residentes em Palmas, Tocantins. Estudo ecológico de incidência e mortalidade por câncer de próstata, estômago, brônquios e pulmão em homens de 30 anos e mais. Foram registrados 441 casos novos de câncer de próstata, 86 casos de câncer de estômago e 85 casos de câncer de brônquios e pulmões em homens de 30 e mais de 2000 a 2012. A tendência de incidência por câncer de próstata manteve-se estável no período do estudo. O fortalecimento da Política de Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é primordial, contemplando o estudo do perfil de morbimortalidade da população masculina local, viabilizando a qualificação do atendimento deste grupo.
Palavras-chave: Saúde do homem. Epidemiologia. Tendência.

ABSTRACT

Estimates indicate, for the biennium 2018-2019, the occurrence of 600 thousand new cases of cancer in Brazil, for each year (INCA, 2017). Studies of cancer incidence and mortality have increased in Brazil and its regions, although they are still insipient in municipalities, such as Palmas - TO. Thus, this study aims to present the incidence and mortality rates of the three most frequent cancers in the period from 2000 to 2012, in men aged 30 years and over, living in Palmas, Tocantins. Ecological study of incidence and mortality from prostate, stomach, bronchial and lung cancer in men aged 30 years and over. There were 441 new cases of prostate cancer, 86 cases of stomach cancer and 85 cases of bronchial and lung cancer in men aged 30 and over from 2000 to 2012. The trend of prostate cancer incidence remained stable in the period of the study. The strengthening of the National Policy for Integral Attention to Human Health is fundamental, contemplating the study of the morbimortality profile of the local male population, making possible the qualification of the attendance of this group.
Keywords: *Men's Health. Epidemiology. Trend*

RESUMEN

Las estimaciones apuntan, para el bienio 2018-2019, la ocurrencia de 600 mil casos nuevos de cáncer en Brasil, para cada año (INCA, 2017). Los estudios de incidencia y mortalidad por cáncer han aumentado en Brasil y sus regiones, sin embargo todavía son insípidos en municipios, como Palmas - TO. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo presentar las tasas de incidencia y mortalidad de los tres cánceres más frecuentes en el período de 2000 a 2012, en hombres de 30 años y más, residentes en Palmas, Tocantins. Estudio ecológico de incidencia y mortalidad por cáncer de próstata, estómago, bronquios y pulmón en hombres de 30 años y más. Se registraron 441 casos de cáncer de próstata, 86 casos de cáncer de estómago y 85 casos de cáncer de bronquios y pulmones en hombres de 30 y más de 2000 a 2012. La tendencia de incidencia por cáncer de próstata se mantuvo estable en el período del estudio. El fortalecimiento de la Política de Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre es primordial, contemplando el estudio del perfil de morbimortalidad de la población masculina local, viabilizando la calificación de la atención de este grupo.

Descriptores: *Salud del hombre. Epidemiología. Tendencia.*

INTRODUÇÃO

O câncer compõe juntamente com as doenças cardiovasculares, diabetes e as doenças respiratórias crônicas, o grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Está intrinsecamente relacionado ao estilo de vida, hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e/ou cultural; fatores genéticos e ao próprio processo de envelhecimento, possui alta magnitude na morbimortalidade da população (TORRE et al., 2015). Em países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito alto já existe a sobreposição do câncer em relação a doença pulmonar obstrutiva crônica e às doenças cardiovasculares, fato que preocupa pelos altos impactos socioeconômicos que tem a doença (IARC, 2014).

Estima-se mais de 20 milhões de casos novos de câncer para 2025 em todo o Mundo. Mais de 60% do total de casos novos anuais do Mundo ocorrem na África, Ásia, América Central e América do Sul, sendo estas regiões responsáveis por 70% das mortes por câncer no mundo (IARC, 2014).

Estimativas apontam, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer no Brasil, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata 68 mil (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais (INCA, 2017).

De 56 milhões de mortes ocorridas em todo o Mundo em 2012, 38 milhões foram devidas as DCNT's, destas, mais de 40% foram prematuras, ou seja, óbitos de pessoas com menos de 70 anos de idade. Estima-se que o número anual total das mortes por DCNT deverá aumentar para 52 milhões até 2030. Em 2012, as neoplasias foram responsáveis por 8,2 milhões (21,7%) do total de mortes por DCNT mundialmente (WHO, 2014).

No Mundo, somente em 2016, as neoplasias causaram 8,93 milhões de mortes no mundo, ficando em segundo lugar, após apenas das doenças cardiovasculares no grupo das DCNT. As mortes por neoplasias aumentaram globalmente em 17,8%, passando de 7,58 milhões de mortes (7,46 a 7,67 milhões) em 2006 para 8,93 milhões de mortes (8,75 a 9,09 milhões) em 2016 (STEEL, 2017).

Dados de incidência de câncer são coletados e disponibilizados no Brasil em 26 capitais através do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), o mesmo está presente em apenas 33 municípios brasileiros, alguns em fase de implantação (INCA, 2017). Palmas, possui dados disponíveis desde o ano 2000. Enquanto, dados de mortalidade são amplamente conhecidos e disponibilizados no Brasil.

Estudos de incidência e mortalidade por câncer têm aumentado no Brasil e suas regiões, entretanto ainda são insipientes em municípios, como Palmas – TO. Entretanto, eles podem mostrar dados importantes para subsidiar o planejamento de estratégias nas áreas de prevenção, promoção, assistência e reabilitação em saúde. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo apresentar as taxas de incidência e de mortalidade dos três cânceres mais frequentes no período de 2000 a 2012, em homens com 30 anos e mais, residentes em Palmas, Tocantins.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo ecológico (GORDIS, 2004) de incidência e mortalidade por câncer de próstata, estômago, brônquios e pulmão em homens de 30 anos e mais, representados pelos códigos C61, C16 e C34 presentes no capítulo II da Classificação Internacional de Doenças CID – 10ª revisão (OMS, 2008).

Foram consideradas as informações de indivíduos com idade de 30 anos e mais, em virtude do da baixa incidência dos cânceres selecionados em adultos mais jovens e, do registro inexpressivo de óbitos no período estudado. As informações sobre incidência foram obtidas do RCBP e os dados vitais e demográficos foram extraídos da base de dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus) de domínio público.

As taxas de incidência e mortalidade foram padronizadas pela População Mundial de Segi modificada por Doll e Cook (1967). Em detrimento da frequência de dados, apenas foi realizada a análise da tendência para a incidência por câncer de próstata em homens com mais de 60 anos, sendo utilizado o período de 2000 a 2012.

A tendência temporal foi verificada através do Modelo de Regressão Linear do Programa '*Joinpoint*' versão 4.3.1.0 de janeiro de 2017 (*National Cancer Institute*, Bethesda, Maryland, USA) disponível em https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/download. Foi definido como variável independente o ano da incidência, e foi considerada como variável dependente a taxa de incidência por câncer de próstata. Foram estimadas as Variações Percentuais Anuais (APC). A significância estatística foi determinada quando o Intervalo de Confiança de 95% da APC não incluiu o zero ($p<0.05$). O valor de APC negativo indica uma tendência de redução e, um valor positivo da APC indica aumento da tendência em um ou mais períodos de tempo e quando as tendências encontradas não foram significativas ($p>0.05$) foram consideradas "estáveis".

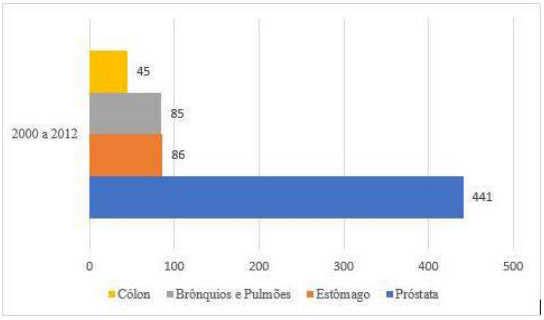
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas -TO (Processo CAAE Nº 58556516.9.0000. 5516) e foi conduzida dentro dos padrões éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Incidência

Em Palmas, no período de 2000 a 2012 foram registrados no banco de dados do RCBP 1.132 casos de câncer em homens de 30 anos e mais, sendo o câncer de próstata, de estômago e brônquios e pulmões os de maiores incidências (Figura 1).

Figura 1. Cânceres mais frequentes em homens de 30 anos e mais no município de Palmas-TO, 2000-2012.



Fonte: RCBP Palmas, 2016.

Foram registrados 63 casos novos de câncer de próstata, 37 casos de câncer de estômago e 23 casos de câncer de brônquios e pulmões em homens de 30 a 59 anos de 2000 a 2012. As taxas ajustadas da incidência de câncer de próstata variaram de 1,8 a 12 e foram maiores que as taxas de incidência por câncer de estômago, brônquios e pulmões que variaram de 0,8 a 11,3 em 100.000 habitantes no período de 2004 a 2012, período em que foi haviam registros todos os anos seguidos (Tabela 1).

Na faixa etária de 60 anos e mais foram registrados 378 casos de neoplasia de próstata, 49 casos de câncer de estômago e 62 casos de câncer de brônquios e pulmões no período de 2000 a 2012. Houve variação de 51,1 a 143,8 nas taxas de incidência para o câncer de próstata e estas foram maiores que as taxas de incidência por cânceres de estômago, brônquios e pulmões que variaram de 5,5 a 32,8 em 100.000 habitantes para o mesmo período (Tabela 2).

Tabela 1. Taxas brutas e ajustadas de incidência por cânceres de próstata, estômago, brônquios e pulmões em homens de 30 a 59 anos, Palmas-TO, 2000 - 2012.

	Próstata C61			Estômago C16			Brônquios e pulmões C34		
	Taxa Incidência			Taxa Incidência			Taxa Incidência		
Ano	N	Bruta	Ajustada*	N	Bruta	Ajustada*	N	Bruta	Ajustada*
2000	3	14,1	4,7	3	14,1	4,7	0	0	0
2001	0	0	0	3	12,8	4,2	0	0	0
2002	4	16	5,3	0	0	0	1	4	1,3
2003	0	0	0	1	3,8	1,2	1	3,7	1,2
2004	4	14,1	4,7	2	7,1	2,3	2	7	2,3
2005	7	21,7	7,2	3	9,3	3,1	2	6,2	2,0
2006	3	8,8	2,9	3	8,8	2,9	3	8,8	2,9
2007	2	5,5	1,8	2	5,5	1,8	3	8,2	2,7
2008	3	10,3	3,4	10	34,3	11,3	2	6,9	2,3
2009	11	36,4	12,0	4	13,2	4,4	3	9,9	3,3
2010	7	17,5	5,8	2	5	1,7	4	10	3,3
2011	9	21,9	7,2	3	7,3	2,4	2	4,9	1,6
2012	10	23,6	7,8	1	2,4	0,8	0	0	0
Total	63	189,9	62,6	37	123,6	40,7	23	69,6	23,0

*por 100.000 habitantes (Padrão Mundial)

Tabela 2. Taxas brutas e ajustadas de incidência por cânceres de próstata, estômago, brônquios e pulmões em homens de 60 anos e mais, Palmas -TO, 2000 - 2012.

	Próstata C61			Estômago C16			Brônquios e pulmões C34		
	Taxa Incidência			Taxa Incidência			Taxa Incidência		
Ano	N	Bruta	Ajustada*	N	Bruta	Ajustada*	N	Bruta	Ajustada*
2000	23	1139,7	125,4	2	99,1	10,9	1	49,6	5,5
2001	15	676,6	74,4	5	225,5	24,8	3	135,3	14,9
2002	11	464,7	51,1	2	84,5	9,3	4	169,0	18,6
2003	24	949,0	104,4	2	79,1	8,7	2	79,1	8,7
2004	26	965,8	106,2	3	111,4	12,3	4	148,6	16,3
2005	40	1307,2	143,8	2	65,4	7,2	3	98,0	10,8
2006	36	1109,1	122,0	3	92,4	10,2	5	154,0	16,9
2007	28	826,4	90,9	3	88,5	9,7	7	206,6	22,7
2008	17	633,6	69,7	5	186,4	20,5	8	298,2	32,8
2009	33	1193,1	131,2	7	253,1	27,8	3	108,5	11,9
2010	29	566,0	62,3	3	58,5	6,4	7	136,6	15,0
2011	41	776,4	85,4	7	132,6	14,6	5	94,7	10,4
2012	55	1012,5	111,4	5	92,0	10,1	10	184,1	20,3
Total	378	11620,1	1278,2	49	1568,6	172,5	62	1862,2	204,8

a por 100.000 habitantes (Padrão Mundial)

Mortalidade

Registrou-se 4 óbitos por câncer de próstata, 16 por câncer de estômago e 21 por câncer de brônquios e pulmões em homens de 30 a 59 anos em Palmas, de 2000 a 2012. As taxas ajustadas de óbitos por câncer de próstata variaram de 0,9 a 1,8; por câncer de estômago variaram de 0,9 a 4,4 e brônquios e pulmões variaram de 0,8 a 5,0 em 100.000 habitantes (Tabela 3).

Observa-se um número maior e taxas mais elevadas de mortalidade a partir de 60 anos de idade. Na faixa etária de 60 anos e mais houve 88 óbitos por câncer de próstata, 32 por câncer de estômago e 52 por câncer de brônquios e pulmões no mesmo período. As taxas ajustadas de óbitos por câncer de próstata variaram de 12,2 a 47,4; por câncer de estômago variaram de 2,1 a 18,4 e brônquios e pulmões variaram de 6,2 a 20,4 em 100.000 habitantes (Tabela 4).

Tabela 3. Taxas brutas e ajustadas de mortalidade por cânceres de próstata, estômago, brônquios e pulmões em homens de 30 a 59 anos, Palmas-TO, 2000 - 2012.

	Próstata C61			Estômago C16			Brônquios e pulmões C34		
	Taxa Mortalidade			Taxa Mortalidade			Taxa Mortalidade		
Ano	N	Bruta	Ajustada*	N	Bruta	Ajustada*	N	Bruta	Ajustada*
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	0	0	0	1	4,9	1,6	0	0	0
2002	0	0	0	1	4,3	1,4	0	0	0
2003	1	5,6	1,8	1	5,6	1,8	4	15	5,0
2004	0	0	0	0	0	0	2	7	2,3
2005	0	0	0	1	3,2	1,0	2	6,2	2,1
2006	0	0	0	2	5,8	1,9	3	8,8	2,9
2007	0	0	0	1	2,8	0,9	2	5,5	1,8
2008	0	0	0	2	8,5	2,8	3	10,3	3,4
2009	0	0	0	4	13,5	4,4	1	3,3	1,1
2010	0	0	0	2	5,5	1,8	1	2,5	0,8
2011	2	5,2	1,7	1	2,6	0,9	2	4,9	1,6
2012	1	2,6	0,9	0	0	0	1	2,4	0,8
Total	4	13,4	4,4	16	56,7	18,7	21	65,9	21,7

*por 100.000 habitantes (Padrão Mundial)

Tabela 4. Taxas brutas e ajustadas de mortalidade por cânceres de próstata, estômago, brônquios e pulmões em homens de 60 anos e mais, Palmas - TO, 2000 - 2012.

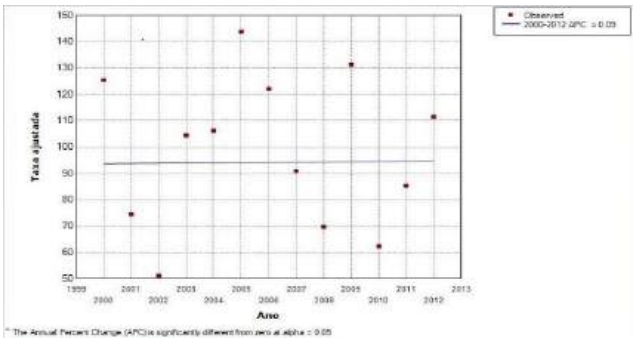
	Próstata C61			Estômago C16			Brônquios e pulmões C34		
		Taxa Mortalidade			Taxa Mortalidade			Taxa Mortalidade	
Ano	N	Bruta	Ajustada[a]	N	Bruta	Ajustada[a]	N	Bruta	Ajustada[a]
2000	4	236	26,0	2	118	13,0	1	49,6	5,5
2001	2	124,1	13,7	2	124,1	13,7	2	90,2	9,9
2002	4	200,5	22,1	1	50,1	5,5	4	169	18,6
2003	8	372,2	40,9	1	46,5	5,1	3	118,6	13,0
2004	7	277,4	30,5	2	79,2	8,7	5	185,7	20,4
2005	11	430,8	47,4	0	0	0	2	65,4	7,2
2006	4	150	16,5	1	37,5	4,1	4	123,2	13,6
2007	7	213,9	23,5	3	91,7	10,1	4	118,1	13,0
2008	7	292,1	32,1	4	166,9	18,4	4	149,1	16,4
2009	7	258,5	28,4	4	147,7	16,2	5	180,8	19,9
2010	10	195,2	21,5	1	19,5	2,1	6	117,1	12,9
2011	5	111,1	12,2	5	111,1	12,2	3	56,8	6,2
2012	12	242,9	26,7	6	121,5	13,4	9	165,7	18,2
Total	88	3104,7	341,5	32	1113,8	122,5	52	1589,3	174,8

[a]por 100.000 habitantes (Padrão Mundial)

Análises de tendência

Devido as taxas muito pequenas de mortalidade e incidência dos cânceres observados, a análise de tendência foi realizada apenas para a incidência por câncer de próstata em homens com 60 anos e mais no período de 2000 a 2012 (IC: -5.1 a 5.6). Nesse grupo de homens, embora com taxas mais altas, houve estabilidade na incidência (Figura 2). Entretanto, essa estabilidade é marcada pela dispersão das taxas de incidência, o que mostra fragilidade na coleta de dados em alguns anos somada a uma população pequena.

Figura 2. Tendência da incidência de câncer de próstata, homens de 60 anos e mais, Palmas-TO, 2000-2012. (Taxa ajustada Padrão Mundial)



A magnitude da incidência do câncer de próstata em Palmas é algo que merece atenção. No Tocantins os homens vivem em média 6,2 anos a menos que as mulheres (IBGE, 2013), grande parte desses anos de vida perdidos podem ser relacionados aos cânceres. O câncer está se tornando a principal causa de óbitos prematuros entre doenças não-transmissíveis.

O câncer de próstata é o segundo câncer mais incidente em homens em todo o Mundo, com 1,1 milhão de novos casos estimados em 2012 e, ocupa o quinto lugar como causa de óbito por câncer em todo o Mundo. É o câncer mais frequente em homens em países desenvolvidos (TORRE et al., 2015).

Aproximadamente três quartos dos casos no mundo acontecem homens a partir dos 65 anos. No Brasil o câncer de próstata acompanha o perfil mundial, sendo o segundo mais comum, na população masculina, depois do câncer de pele não-melanoma. Em Palmas o câncer de próstata é o mais comum entre os homens. Para o Brasil, estimam-se 68.220 casos novos de câncer de próstata para cada ano do biênio 2018-2019 (INCA, 2017).

Os óbitos por câncer de próstata aumentaram mais de 30% de 2006 a 2016, (30,8%), chegando a 381.000 mortes no mundo em 2016 (STEEL, 2017). Em todo o Brasil 14.484 homens morreram por câncer de próstata em 2015. No Tocantins, em 2015, foram 126 óbitos por neoplasia maligna de próstata. E 2015 ocorreram 18 mortes por câncer de próstata em Palmas- TO, a maioria na faixa etária acima de 80 anos. No ano de 2012 foram 13.354 óbitos por câncer de próstata no Brasil, 117 no Estado do Tocantins e 13 na capital Palmas (BRASIL, 2017).

Em 2018 estima-se para a Região Norte, 2.700 casos novos de câncer de próstata, 1.150 casos de câncer de estômago e 820 casos de câncer de traqueia, brônquio e pulmão. São os três tipos mais incidentes estimados nos homens numa distribuição proporcional

dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018, exceto pele não melanoma (INCA, 2017).

No Estado do Tocantins, em 2018, são estimados, para a população masculina, 420 casos novos de neoplasia de próstata, 80 novos casos de câncer de traqueia, brônquio e pulmão; e 70 novos casos de câncer de estômago, estas foram as localizações primárias mais incidentes excetuando-se o câncer de pele não melanoma. As taxas ajustadas de incidência estimadas para o ano de 2018 foram de 59,24 para o câncer de próstata; 13,16 para o câncer de traqueia, brônquio e pulmão e 7,06 para câncer de estômago para cada 100 mil habitantes.

Já na capital Palmas, para população masculina são estimados 60 casos novos de neoplasia de próstata em 2018, para os cânceres de traqueia, brônquio e pulmão e estômago são esperados número de casos menor que 20 para cada tipo. As taxas ajustadas de incidência estimadas para o ano de 2018 foram de 67,82 para o câncer de próstata; 14,56 para o câncer de traqueia, brônquio e pulmão; 12,04 para câncer de estômago para cada 100 mil habitantes (INCA, 2017).

A etiologia do câncer de próstata ainda não é bem compreendida; a idade mais avançada, a cor de pele/etnia (negra) e a história familiar da doença foram identificadas como fatores de risco para câncer de próstata (ILIC, 2015). Outras associações controversas estão descritas na literatura: estado hormonal de um indivíduo, atividade sexual, vasectomia, obesidade, consumo de álcool, hábitos de tabagismo, exposição ocupacional a certas substâncias químicas e radiação ionizante, atividade física e dieta (ILIC, 2015) (INCA, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a detecção precoce de um câncer envolve o diagnóstico precoce das pessoas que apresentam sinais iniciais da doença e o rastreamento de pessoas aparentemente saudáveis. A decisão do uso do rastreamento do câncer de próstata por meio da realização de exames de rotina (geralmente toque retal e dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA) em homens sem sinais e sintomas sugestivos de câncer de próstata, como estratégia de saúde pública, deve se basear em evidências científicas de qualidade sobre possíveis benefícios e danos associados a essa intervenção. Contudo, para o Ministério da Saúde, não é recomendada organização de ações de rastreamento devido a resultados falso-positivos, infecções e sangramentos resultantes de biópsia. Soma-se isto a ansiedade agregada ao diagnóstico do câncer e tratamento de casos que não iriam evoluir clinicamente (INCA, 2015).

Para o Brasil, estimam-se 13.540 casos novos de câncer de estômago entre homens e 7.750 nas mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 13,11 casos novos a cada 100 mil homens e 7,32 para cada 100 mil mulheres. Entre homens, é o quarto mais incidente. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de estômago em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Norte (12,35/100 mil) e Nordeste (11,17/100 mil) (INCA, 2017).

De todos os cânceres que ocorrem no mundo, essa neoplasia maligna alcançou o quinto lugar, no ano de 2012, com prevalência de quase um milhão de casos, 6,8% do total (FERLAY et al., 2013). Diferenças são observadas entre os sexos, sendo duas vezes mais frequente no sexo masculino do que no feminino (INCA, 2017). Geograficamente, é mais frequente em países com IDH baixo ou médio, e as menores taxas foram encontradas na África Ocidental (FERLAY et al., 2015) (FORMAN et al., 2014).

No Brasil, ocorreram, em 2015, 9.132 óbitos por câncer de estômago em homens e 5.132 em

mulheres (BRASIL, 2017). A previsão global para 2025 sugere que as taxas de incidência para o câncer de estômago apresentarão decréscimos anuais, da mesma maneira que a mortalidade, como já vem sendo observado nas últimas décadas (HOWLADER et al., 2017) (JEMAL et al., 2017) (IARC, 2014).

A infecção por Helicobacter Pylori compreende a causa mais fortemente associada ao aumento no risco para o desenvolvimento de câncer de estômago. Entre os demais fatores ambientais, estão os hábitos nutricionais, como dietas ricas em alimentos defumados ou conservados no sal, a obesidade, o consumo de álcool, em grandes quantidades, e de tabaco (IARC, 2014).

O câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer em países com IDH médio, alto e muito alto e é determinado em grande parte pelo tabagismo (IARC, 2014). As mais altas taxas de incidência são observadas na Europa e na Ásia Oriental (FERLAY et al., 2013). A neoplasia de pulmão é uma das mais agressivas e possui alta letalidade. No Brasil, ocorreram, em 2015, 15.514 óbitos por câncer de pulmão em homens (BRASIL, 2017).

Para o Brasil, estimam-se 18.740 casos novos de câncer de pulmão entre homens para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 18,16 casos novos a cada 100 mil homens, sendo o segundo tumor mais frequente. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de pulmão em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Sul (36,27/100 mil) e Centro-Oeste (16,98/100 mil). Sendo nas Regiões Sudeste (19,22/100 mil), Nordeste (10,37/100 mil) e Norte (9,03/100 mil), o terceiro mais frequente (INCA, 2017).

Em estudo realizado em Cuiabá-MT, em homens de 20 a 59 anos, no período de 2002 a 2012, o coeficiente de mortalidade para as neoplasias de brônquios e pulmões foi o que apresentou maior representatividade entre os cânceres (DE PAULA CORRÊA et. al., 2016) assim como no estudo aqui apresentado, tal achado também se assemelha a grandes cidades brasileiras, como Rio de Janeiro e Porto Alegre (LUIZAGA & GOTLIEB, 2013).

O controle do tabaco permanece como sendo a principal forma de redução da ocorrência desse tipo de neoplasia. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Brasil é considerado modelo para o controle dos cânceres relacionados ao tabaco, como o de pulmão, porém a comprovação da eficácia do programa só poderá ser observada com maior ênfase nas próximas décadas (INCA, 2017).

A taxa de incidência para populações pequenas se aproxima da verdadeira, entretanto o tamanho da população influencia a precisão das taxas de incidência, sendo mais susceptíveis a variação aleatória quanto menor for o número de indivíduos (FORMAN et al., 2014).

Um dos fatores limitadores das análises desse estudo foi a variação na frequência de casos de incidência, podendo mostrar um banco de dados que não manteve o mesmo padrão de captura de dados ao longo dos anos. Outro, a inserção de pessoas que não são residentes em Palmas e que recebiam assistência médica no município, também aquelas que eram residentes em Palmas, mas foram tratadas em outros municípios ou estados de referência e não foram capturadas pelas equipes dos registros para retroalimentação. Sendo assim, reiteramos a relevância das análises de incidência e mortalidade tendo em vista sua importância para a identificação de riscos, monitoramento da situação e desenvolvimento de políticas públicas.

CONCLUSÃO

Analisando-se alguns sítios de tumores mais importantes no homem, verificaram-se altas estimativas de risco para pulmão e brônquios, próstata e estômago em Palmas -TO (INCA, 2017).

O modelo hegemônico de masculinidade encoraja homens a adotarem comportamento mais agressivo e de risco, tais como direção perigosa de veículos, elevadas prevalências de tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, dieta rica em gorduras e menor preocupação com a saúde. Decorre, então, que os homens utilizam muito menos os serviços de saúde e acabam desprezando os primeiros sinais e sintomas das doenças (LUIZAGA & GOTLIEB, 2013).

Continua sendo importante o estudo e fortalecimento da Política de Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada oficialmente em 2009 pelo Ministério da Saúde, (LEAL et al., 2012) contemplando o estudo do perfil de morbimortalidade da população masculina local, dessa forma, tanto gestores quanto profissionais da atenção primária terão subsídios para direcionarem suas ações no intuito de qualificar atenção às necessidades de saúde desta população (BRASIL, 2009). Deve haver motivação para que os homens passem a fazer maior uso dos serviços de saúde, principalmente nas ações de prevenção e diagnóstico precoce (LUIZAGA & GOTLIEB, 2013).

Sugerimos que haja manutenção e fortalecimento das ações desenvolvidas no RCBP no município de Palmas-TO, que haja ampliação da disseminação dos dados e de análises, que haja estímulos a pesquisas sobre os cânceres e, que ocorram ações de ampliação da qualidade dos dados de incidência e mortalidade através de ações conjuntas entre os profissionais que trabalhem nas duas áreas (incidência e mortalidade).

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde**. Departamento de Informática do SUS (Datasus)**. Informações de Saúde [tabnet]. Estatísticas Vitais e Demográficas. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br . Acesso em: 8/02/2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

BRAY, F., JEMAL, A., TORRE, L. A., FORMAN, D., VINEIS, P. Long-Term Realism and Cost-Effectiveness: Primary Prevention in Combatting Cancer and Associated. Inequalities Worldwide, **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**, Volume 107, Issue 12, 1 December 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1093/jnci/djv273. Acesso em 04/10/2017.

DE PAULA CORRÊA, Á.C.; ROCHA, R.M.; MEDEIROS, R.M. K; MOZER, I.T. Principais causas da mortalidade masculina e os anos potenciais de vida perdidos por estes agravos. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 4, p. 746-754, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Renata_Marien_Knupp/publication/313785306. Acesso em 11/12/2017.

DOLL, R.; COOK, P. Summarizing indices for comparison of cancer incidence data. **International journal of cancer**, v. 2, n. 3, p. 269-279, 1967.

FERLAY J; SOERJOMATARAM I.; ERVIK M.; DIKSHIT R.; ESER S.; MATHERS C.; REBELO M.; PARKIN D.M.; FORMAN D.; BRAY F. GLOBOCAN 2012. **Cancer Incidence and**

Mortality Worldwide. Lyon, France: IARC, 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 16/12/2017.

FERLAY J; SOERJOMATARAM I.; DIKSHIT R.; ESER S.; MATHERS C.; REBELO M.; PARKIN D.M.; FORMAN D.; BRAY F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International journal of cancer**, v. 136, n. 5, 2015.Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/full. Acesso em: 3/12/2017.

FORMAN, D.; BRAY, F.; BREWSTER, D.H; GOMBE MBALAWA, C.; KOHLER, B.; PIÑEROS, M.; FERLAY, J. **Cancer incidence in five continents**, Vol. X (electronic version). Lyon: IARC, 2014. Disponível em: http://ci5.iarc.fr. Acesso em 3/12/2017.

GORDIS L. Epidemiologia. Rio de Janeiro; Revinter; 2004.

HOWLADER, N.; NOONE, A.M.; KRAPCHO, M.; MILLER, D.; BISHOP, K.; KOSARY, C.L.; YU, M.; RUHL, J.; TATALOVICH, Z.; MARIOTTO, A.; LEWIS, D.R.; CHEN, H.S.; FEUER, E.J.; CRONIN, K.A. (eds). **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014, National Cancer Institute**. Bethesda, MD, 2017. Disponível em: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/. Acesso em 17/12/2017.

ILIC, M.; ILIC, I.; Prostate cancer mortality in Serbia, 1991–2010: a joinpoint regression analysis, **Journal of Public Health,** Volume 38, N. 2, P. e63–e67, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv064 . Acesso em 7/12/2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060; **Projeção da população das Unidades da Federação por sexo e idade 2000-2030.** Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em 09/09/2017.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp . Acesso em 10/02/2018.

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. **Nota técnica conjunta nº 001/2015**. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nota_tecnica_saude_do_homem_ms.pdf. Acesso em 08/12/2017.

International Agency of Cancer Research (IARC). **World cancer report** / edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild. Lyon, 2014. Disponível em:http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014. Acesso em 04/10/2017.

JEMAL, A.; WARD, E. M.; JOHNSON, C. J.; CRONIN, K. A.; MA, J.; RYERSON, A. B., ... & ANDERSON, R. N. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2014, featuring survival. **JNCI: Journal of the National Cancer Institute**, v. 109, n. 9, 2017. Disponível em: https://academic.oup.com/jnci/article/109/9/djx030/3092246. Acesso em: 17/12/2017.

Joinpoint Regression Program [Internet]. Disponível em: https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/download

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.dos S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. **O percurso da Política Nacional**

de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes . Acesso em 02/12/2017.

LUIZAGA, C. T. D. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 87-99, 2013 Disponível em https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1415-0X2013000100087&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em 09/12/2017.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Volume 10 (CID-10)**. 2008. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm . Acesso em 8/02/2017.

STEEL, N. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 390, n. 10100, p. 1151-1210, 2017. Disponível em: http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)32152-9.pdf . Acesso em: 03/10/2017.

TORRE, L.A., BRAY, F., SIEGEL, R.L., FERLAY, J., LORTET-TIEULENT, J., & JEMAL. Global Cancer Statistics, 2012. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 65, n. 2, p. 87-108, 2015. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21262/abstract . Acesso em 20/08/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://www.who.int/topics/cancer/en/ . Acesso em: 10/08/2017.

REVISTA DESAFIOS DA UFT

NORMAS DE ACORDO COM O LINK

https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions

DOI: http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2236

A Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho em Palmas – Tocantins: Diagnóstico Situacional e Contribuições ao setor.

The Surveillance in the Environments and Work Processes in Palmas - Tocantins: Situational Diagnosis and Contributions to the sector.

La vigilar el medio ambiente y procesos de trabajo en Palmas - Tocantins: Diagnóstico situacional y contribuciones a la industria.

Renata de Freitas Silva[1]
Betânia Moreira Cangussu Fonseca[2]

RESUMO: Este estudo teve como objetivo contribuir com a reestruturação do processo de trabalho do Núcleo de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho da Vigilância em Saúde do Trabalhador do município de Palmas – Tocantins, descrevendo o mesmo, identificando suas fragilidades e buscando soluções, sendo este Núcleo, portanto, o universo da pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo tipo intervenção, constituído por quatro fases. A fase I contextualizou historicamente a Saúde do Trabalhador no município de Palmas – TO; A fase II descreveu o atual processo de trabalho da equipe de Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho; Na *fase III* foram identificadas as necessidades da equipe quanto às melhorias necessárias; A *fase IV* foi destinada à construção dos fluxos e instrumentos necessários para a estruturação do setor no planejamento e execução de suas ações. A história da Saúde do Trabalhador no município iniciou-se em 2004, a partir da habilitação do CEREST Regional de Palmas, perpassando por várias fases até a habilitação do Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Foram identificadas ausência de legislações municipais para a saúde do trabalhador, da Comissão Intersetorial de Saúde do

1 Fisioterapeuta Residente em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – TO, Brasil. E-mail: freitas-renata@hotmail.com
2 Mestre em Saúde Pública, Preceptora da Residência Multiprofissional pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – TO. E-mail: betaniacangussu@gmail.com

Trabalhador junto ao Conselho Municipal de Saúde e de recurso federal. Também se percebeu a informalidade nas solicitações de demandas e respostas entre os setores da Vigilância em Saúde do Trabalhador e um fluxo não estruturado na rotina do serviço. Desta forma, o trabalho trouxe contribuições de intervenção nesta realidade, de maneira participativa e democrática.
Palavras-chaves: Vigilância, Saúde do Trabalhador; Processos de Trabalho.

ABSTRACT: This study aimed to contribute to the restructuring of the work process of the Nucleus of Surveillance in the Environments and Work Processes of the Occupational Health Surveillance of the municipality of Palmas - Tocantins, describing the same, identifying its fragilities and seeking solutions, this Nucleus Therefore, the universe of research. It is a descriptive, intervention-type study, consisting of four phases. *Phase I* has historically contextualized the Worker 's Health in the municipality of Palmas - TO; *Phase II* described the current work process of the Surveillance Team in Environments and Work Processes; In *phase III*, the team's needs were identified for the necessary improvements; *Phase IV* was devoted to the construction of the necessary flows and instruments for structuring the sector in the planning and execution of its actions. The history of Workers' Health in the municipality began in 2004, starting with the CEREST Regional de Palmas accreditation, going through several phases until the Enabling Nucleus of Worker's Health Surveillance. Difficulties were identified in the absence of municipal legislation for workers' health, the Inter-Sectoral Worker's Health Committee with the Municipal Health Council and federal appeal. Informality was also perceived in the requests for demands and responses between the sectors of Occupational Health Surveillance and an unstructured flow in the routine of the service. In this way, the work brought contributions of intervention in this reality, in a participatory and democratic way.
Key words: Surveiillance, Occupational Health, Work Processes.

RESUMÉN: Este estudio tuvo como objetivo contribuir a la reestructuración de la Unidad de Vigilancia del proceso de trabajo en el medio ambiente y procesos de trabajo de Vigilancia de la Salud de la ciudad de Palmas Trabajador - Tocantins, que describe el mismo, identificando sus debilidades y la búsqueda de soluciones, y este núcleo Por lo tanto, el universo de investigación. Se trata de una intervención de tipo de estudio descriptivo que consta de cuatro fases. Fase I históricamente contextualizado trabajador de la salud en la ciudad de Las Palmas - A; *Fase II* describe los entornos de equipo de vigilancia del proceso de trabajo actual y los procesos de trabajo; En la *fase III* de las necesidades del equipo han sido identificadas como las mejoras necesarias; *Fase IV* fue para la construcción de los flujos y las herramientas necesarias para la estructura de la industria en la planificación y ejecución de sus acciones. La historia Salud en el Trabajo en la ciudad comenzó en el año 2004, de permitir Palmas CEREST regional, pasando por varias etapas para que el Centro de Vigilancia de la Salud en el Trabajo. El desarrollo de las dificultades de la falta de legislación municipal para el trabajador de la salud, Trabajador Comisión Intersectorial de Salud con el Consejo Municipal de Salud y fondos federales. También se dio cuenta de la informalidad en las solicitudes de demandas y respuestas entre los sectores de Vigilancia de la Salud Ocupacional y

corriente no estructurado de la rutina de servicio. Por lo tanto, el trabajo llevado contribuciones de intervención en esta realidad, de una manera participativa y democrática.
Palabras chave: Vigilancia, Salud Ocupacional, Procesos de Trabajo.

INTRODUÇÃO

Compete ao Sistema Único de Saúde - SUS, realizar ações de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras de maneira integral e universal, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariados, autônomos, avulsos, temporários, cooperativados, aprendizes, estagiários, domésticos, aposentados ou desempregados [1, 2, 3, 4, 5].

Para tanto, torna-se essencial o papel das equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS - VISAT na execução desta tarefa, de maneira contínua e sistemática, detectando, conhecendo, pesquisando e analisando os fatores determinantes e condicionantes dos agravos relacionados aos processos e ambientes de trabalho. O cumprimento destes itens permite a realização de um adequado planejamento, execução e avaliação das intervenções sobre os aspectos sociais, organizacionais e epidemiológicos[3].

A VISAT integra a Vigilância em Saúde, acrescentando estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção. Compõe um conjunto de práticas sanitárias centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, para a melhoria das condições de vida e saúde da população[3].

Insere-se na VISAT a Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho - VAPT, sendo esta definida como o conjunto de ações que visam à prevenção e a redução dos riscos aos quais os trabalhadores estão expostos em decorrência de um ambiente, de uma atividade ou de um processo de trabalho, resultando na aplicação de medidas preventivas e/ou corretivas, englobando desde a investigação das formas de adoecimento do trabalhador até a solicitação de adequação para a prevenção de acidentes e agravos[6].

A Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho - VAPT inicia-se a partir do conhecimento da realidade de saúde da população trabalhadora, considerando como objeto o processo, o trabalhador e o ambiente. As ações necessitam ser realizadas através de articulações intra e intersetoriais e planejadas a partir do estabelecimento de prioridades, com efeitos educativos e disciplinadores, utilizando as categorias base sindical, ramo produtivo, território e critério epidemiológico, individualmente ou de forma combinada[3].

Para o desenvolvimento da ação, deve ser estabelecido o diagnóstico situacional dentro do princípio da pesquisa-intervenção, com avaliação permanentemente dos resultados pretendidos, sendo: fase preparatória, inspeção/fiscalização sanitária, análise dos processos, inquéritos,

mapeamento de riscos, estudos epidemiológicos e acompanhamento do processo. Também devem ser verificadas as informações básicas acerca da mortalidade, morbidade, IBGE e relativas às atividades e aos processos produtivos[3].

As atividades em questão não são desenvolvidas isoladamente, mas através de redes. O Ministério da Saúde, através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, implantou CEREST estaduais e regionais em estados e municípios brasileiros, além dos Núcleos Municipais de Saúde do Trabalhador, estes relacionam-se entre si e com os demais parceiros intra e intersetoriais[4, 7, 8]. As redes assumem diversos perfis na constituição do cenário de produção da saúde, podendo se organizar de diversas maneiras[9].

Desta forma, essa pesquisa surge a partir de solicitação da equipe que compõe o Núcleo de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho, inserido na Vigilância em Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins. Considera a necessidade de se rediscutir os fluxos do atual processo de trabalho deste setor, após a ocorrência de mudanças estruturais desencadeadas pela desabilitação do CEREST Regional de Palmas e criação do referido Núcleo a nível municipal, no ano de 2014.

Associam-se a este contexto, outras transformações na estrutura desta Secretaria, a partir do ano de 2016, quando foi estruturada a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde – RAVS[19].

Tem como objetivo contribuir com a reestruturação do processo de trabalho do Núcleo de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho da Vigilância em Saúde do Trabalhador do município de Palmas – Tocantins, descrevendo o mesmo, identificando suas fragilidades e buscando a construção coletiva das melhorias necessárias, desde o planejamento até a execução de suas ações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo tipo intervenção, constituído por quatro fases. O universo pesquisado é o Núcleo de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho, inserido na Vigilância em Saúde do Trabalhador do município de Palmas – Tocantins. Foi realizado no período de agosto de 2016 a fevereiro de 2017, após seguir o fluxo da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas para realização de pesquisa científica, através da aprovação do pré-projeto pela banca examinadora da FESP (Fundação Escola de Saúde Púbica) e anuência do Secretário, com posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº. 1.780.713 em 19 de outubro de 2016.

A *Fase I* contextualizou historicamente a Saúde do Trabalhador no município de Palmas – TO, através de dados secundários, sendo, portarias ministeriais, trabalho de conclusão de curso que relata a história da construção da saúde do trabalhador na rede SUS do Tocantins, diagnóstico situacional realizado no ano de 2011 por residentes que atuaram no CEREST Regional de Palmas, resoluções do Conselho Municipal de Saúde - CMS e Comissão Intergestora Bipartite – CIB e plano de trabalho apresentado ao CMS e CIB para a Vigilância em Saúde do Trabalhador de Palmas

no ano de 2014.

A *Fase II* descreveu o atual processo de trabalho da equipe de Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho, construindo seu diagnóstico situacional. Para tanto, foram analisados dados primários e secundários do local de pesquisa.

Os dados primários foram coletados através da observação participante com o intuito de examinar minuciosamente o objeto no seu todo e apreender a variedade de situações que ocorrem na rotina do ambiente laboral. Esta observação é utilizada como forma de coleta de dados empíricos na pesquisa qualitativa, onde o observador coloca-se na posição dos observados, devendo inserir-se no grupo a ser estudado como se fosse um deles, pois assim tem mais condições de compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características do funcionamento daquele grupo, o que requer que o observador torne-se parte do universo investigado para entendimento do contexto das ações e apreensão dos aspectos simbólicos que o permeiam[10].

As pesquisadoras são residente e preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, estando inseridas neste ambiente laboral, o que facilitou a referida observação.

1. Os dados secundários foram extraídos através de análise documental, de documentos relevantes para a pesquisa elaborados pelo setor, tais como relatórios técnicos e instrumentos utilizados para nortear as ações. Os documentos serviram de subsídios para a compreensão do contexto organizacional, no qual as atividades observadas estão inseridas.

2. Na *Fase III*, para a identificação das necessidades da equipe quanto *à* melhorias que venham *a contribuir com a reestruturação dos fluxos desse processo de trabalho*, foi utilizado como instrumento de coleta de dados o grupo focal*,* cuja essência consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos[11]. A coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos[11].

3. A população estudada nesta fase foi composta por trabalhadores que atuam dentro da Vigilância em Saúde do Trabalhador do município de Palmas (Vigilância Epidemiológica de Campo da Saúde do Trabalhador e Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho) e que aceitaram participar do estudo e excluídos aqueles que não trabalham diretamente no local.

4. Vale ressaltar, que apesar da pesquisa ser específica ao Núcleo de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho, toda a equipe que atua na Vigilância em Saúde do Trabalhador foi convidada a participar, pois trabalham de maneira integrada, produzindo demandas reciprocamente.

5. Todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que cumpriam os critérios de inclusão assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Participaram desta fase do estudo sete sujeitos, sendo duas psicólogas, uma odontóloga, duas assistentes sociais, uma fonoaudióloga e uma enfermeira.

6. A aplicação desta técnica ocorreu por meio de reuniões com o grupo de pessoas que integram a pesquisa, local onde foram estimuladas a expressarem seus pontos de vista sobre a atual estruturação deste processo de trabalho. Os pesquisadores fizeram o papel de mediadores, criando um ambiente propício para que diferentes percepções e pontos de vista viessem à tona e conduziram a discussão de modo que a reunião se mantivesse dentro dos tópicos de interesse, sem que houvesse geração de novos conceitos aos participantes, salientando as ideias relevantes e incentivando a discussão.

7. O grupo teve um encontro com duração de duas horas, foi conduzido na sala de trabalho da equipe, o que lhes assegurou anonimato e uso exclusivo para finalidades de pesquisa, em um horário que não prejudicou as atividades rotineiras dos participantes.

8. A análise dos resultados foi realizada através da técnica de análise do conteúdo, que ocorreu posteriormente a reunião, através do material de áudio gravado durante a realização do grupo focal, com a prévia autorização de todos os participantes. Depois de transcritas, as falas foram analisadas a partir de categorias construídas com os temas emergidos durante o grupo.

9. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações[12]. Pode ser aplicada na análise de textos escritos ou de qualquer comunicação oral, visual, gestual, procurando compreender o sentido da comunicação[13].

A *Fase IV* foi destinada à construção dos fluxos e instrumentos necessários para a estruturação do setor no planejamento e execução de suas ações. Para tanto, a partir das necessidades identificadas na fase anterior por meio do grupo focal e análise documental, nessa fase foram elaborados os fluxos e instrumentos de trabalho como produtos das reflexões anteriores.

O mesmo ocorreu na forma de construção participativa com o Núcleo de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho, tendo como base, outros produtos já existentes. A construção participativa, além de apresentar um produto rico, composto por múltiplos saberes, tem o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados, como consequência da organização do processo de trabalho. O grupo produz uma organização do seu pensamento que lhe dá a real dimensão de como são produzidas

as ações de saúde[14].

Para que essa fase fosse concluída, ocorreu um novo encontro com os participantes envolvidos, momento em que foram apresentados e validados os dados obtidos, de modo a garantir que os mesmos contemplassem a realidade do serviço.

RESULTADOS

I.Contextualização histórica da Saúde do Trabalhador no município de Palmas – TO

A Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador – RENAST foi a principal estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. A mesma implantou Centros de Referência Estaduais, Regionais e Municipais nos estados e em vários municípios brasileiros[4].

Nesse contexto, o município de Palmas – Tocantins esteve entre os primeiros municípios a implantar este serviço na sua região, sendo o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Palmas, habilitado em maio de 2004, através de pactuação entre os gestores federal, estadual e municipal[15].

No ano de 2005, uma equipe recém-aprovada em concurso público foi lotada no referido Centro, contemplando a equipe mínima obrigatória, com equipamentos e mobiliários adequados para o serviço, tendo sido capacitados para o desenvolvimento de suas atribuições, inicialmente através de cursos de curta duração (nos anos de 2005 e 2006) e em anos posteriores através da realização de especialização e mestrado[16].

Os anos que sucederam foram de aprendizados e descobertas. A partir da realização das conferências de saúde do trabalhador, na tentativa da compreensão do papel do CEREST, este serviço passou por períodos assistenciais, até definir-se que o mesmo não seria porta de entrada da rede SUS, mas que teria o papel de suporte técnico e científico, fato que se encontra mais claro nos dias atuais, principalmente a partir da publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora[5, 7, 16].

Dessa forma, o serviço inseriu-se no organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, na Diretoria de Vigilância em Saúde, Gerência do CEREST. No ano de 2010, com o intuito de atender a população de quinhentos mil habitantes exigidas pela portaria GM/MS nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, o CEREST Regional de Palmas ampliou sua abrangência de 14 para 75 municípios do estado, muitos destes, distantes da capital, mantendo para isso, o mesmo quantitativo de pessoal e processo de trabalho estabelecido, através dos núcleos de projetos e pesquisas, vigilância em ambientes e processos de trabalho e informação[8,17].

Já no ano de 2014, o então gestor municipal questionou a existência do serviço a nível regional,

para mais da metade dos municípios do estado. Argumentou sobre a impossibilidade de se fazer um serviço de qualidade na capital levando em consideração o território de abrangência e quantitativo limitado de pessoal, lembrando ainda que a política de saúde do trabalhador é transversal, necessitando perpassar por várias áreas.

Como a portaria ministerial[8] exigia uma população mínima de 500 mil habitantes para habilitação de um CEREST municipal, a solução apresentada pelo gestor foi a desabilitação do serviço e criação de um Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador Municipal, com manutenção da equipe já capacitada para atuação na área. Esta proposta foi apresentada e aprovada no Conselho Municipal de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite[18].

A nova proposta contemplou a organização do serviço de Saúde do Trabalhador municipal em seis territórios e suas respectivas equipes, para apoio matricial e educação permanente em todos os níveis de atenção da rede SUS, além das ações de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho e foi seguida na íntegra durante os anos de 2014 e 2015, em contínua implementação. No ano de 2016 o mesmo sofreu pequenas adaptações, em virtude de mudanças na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde[19], fato que não impediu a continuidade das ações.

A desabilitação favoreceu a intensificação das atividades a nível municipal, tais como a análise do perfil produtivo e situação de saúde dos trabalhadores nos territórios do município, a oferta de retaguarda técnica especializada às equipes e planejamento e execução de ações conjuntas. Foram iniciadas a partir da Atenção Primária à Saúde, considerando o papel da mesma enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede SUS[20].

Apesar disso, alguns percalços foram identificados durante a trajetória do serviço após sua desabilitação a nível regional, fatores esses que fragilizam ou dificultam a atuação da equipe em vários momentos. Os mesmos são perceptíveis nas falas dos atores envolvidos neste processo e serão apresentados nas demais fases deste estudo.

II. Diagnóstico situacional do atual processo de trabalho da equipe de Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho do município de Palmas – TO:

A Secretaria Municipal de Saúde de Palmas instituiu em junho de 2016, a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde – RAVS, como forma de organização do sistema municipal de saúde e buscando garantir a integralidade do cuidado. Nesta, a Vigilância em Saúde do Trabalhador permanece inserida na Vigilância em Saúde. A RAVS organiza o município em oito divisões territoriais, sendo: Território de Saúde Canela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararú[19] .

A Vigilância em Saúde do Trabalhador está subdividida em dois setores, que atuam em conjunto, sendo a Vigilância Epidemiológica de Campo da Saúde do Trabalhador e a Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho - VAPT, objeto de estudo desta pesquisa.

O atual processo de trabalho do setor de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho se propõe a desenvolver ações geradoras de intervenção e redução dos riscos à saúde dos trabalhadores relacionados a um ambiente, a uma atividade ou a um processo de trabalho, em parceria com órgãos intra e intersetoriais, conforme preconizam as legislações ministeriais[3].

Para tanto, conta atualmente com uma equipe de apenas dois técnicos efetivos e um residente, número reduzido se comparado há tempos anteriores, que possuía de quatro a cinco profissionais. O fato ocorreu porque recentemente o serviço sofreu a perda de três trabalhadores, que por necessidade da gestão, foram destinados a outras atividades da secretaria.

As demandas do serviço são organizadas seguindo os critérios territoriais, epidemiológicos, de atividade produtiva e denúncias sindicais e de trabalhadores, não sendo excludentes entre si. Para tanto, a equipe tem gradativamente realizado o levantamento das atividades produtivas do município (formais e informais), e distribuído às mesmas através dos territórios de saúde organizado pela RAVS, mapeando assim, o município em questão. Como o território vivo da cidade é dinâmico, esta ação ocorre continuamente.

Essas informações servem de subsídio para o planejamento e execução das ações. No ano de 2016, a equipe realizou em conjunto com os parceiros intra e intersetoriais (CEREST Estadual, Vigilância em Saúde Ambiental Estadual e Municipal e sindicatos da categoria) a vigilância por atividade produtiva em todos os postos de combustíveis da cidade, e consta no planejamento para o ano de 2017, o desenvolvimento dessas ações com as indústrias de mármores e granitos.

As ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho desencadeadas pelo critério epidemiológico ocorrem a partir da análise e envio dos dados das fichas de notificação pela vigilância epidemiológica de campo da saúde do trabalhador para este setor, podendo se referir a óbitos, acidentes de trabalho graves ou adoecimentos relacionados ao trabalho, cumprindo os requisitos para a inspeção in loco.

As denúncias de trabalhadores e sindicatos são recebidas através de ofícios ou pela ouvidoria da secretaria de saúde municipal, podendo o denunciante se manifestar ou manter o anonimato.

Além dessas demandas, outros parceiros intra e intersetoriais também costumam solicitar via ofício ou memorando a realização de inspeções para averiguação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de estabelecimentos comerciais e industriais, sendo eles: Vigilância Sanitária Municipal, CEREST Estadual, Ministério Público, Ministério Público do Trabalho, dentre outros.

Os sindicatos são convidados a participar das inspeções in loco e grande parte deles costuma acompanhar a ação, desde seu planejamento até a execução. Toda ação gera um termo de visita, se tudo estiver em conformidade com a legislação, ou um termo de notificação, caso haja alguma irregularidade.

Após expedido o termo de notificação, a empresa tem o prazo de trinta dias para as adequações, que pode ser prorrogado por mais trinta dias, a pedido da empresa. Finalizado o prazo, a equipe retorna ao local que ocorreu a vigilância para averiguação do cumprimento das inconformidades. Caso as mesmas não tenham sido sanadas, um relatório da situação identificada é encaminhado para o Ministério Público do Trabalho, via ofício.

III. Necessidades da equipe para melhor estruturação dos fluxos do processo de trabalho:

A participação dos técnicos no grupo focal se deu de forma bastante construtiva, os participantes se mostraram solícitos, empenhados em auxiliar no levantamento de questões que apresentavam falhas, bem como levantaram hipóteses e deram sugestões de como melhorar alguns pontos de fragilidade identificada, sendo elas:

a) Ausência de legislação municipal e do poder de polícia administrativa para a Vigilância em Saúde do Trabalhador:

> [...] O que nós temos são as legislações nacionais, a nível municipal o que nós tínhamos era a portaria de habilitação do CEREST, depois que foi desabilitado nós não temos mais, a Vigilância Sanitária e a Ambiental tem leis municipais, nós não temos. Isso dificulta a organização do nosso trabalho e o andamento das ações.

> [...]Então, nós sabemos que o ideal seria que em todas as ações a vigilância sanitária pudesse estar presente, mas na prática do serviço existe a dificuldade de agenda, eles tem a programação anual deles, para acrescentar as demandas não programadas ou programadas que requer um período de tempo maior, fica complicado. Além disso, nem todos os locais inspecionados são de competência da vigilância sanitária. Então várias vezes precisamos ir sem eles.

> [...] A falta do poder de polícia já nos causou vários problemas, como sermos impedidos de entrar em estabelecimentos, sermos barrados, isso amarra nosso serviço.

Como a equipe desenvolve ações de campo, de inspeção nos estabelecimentos comerciais e industriais, necessita a todo momento se identificar para adentrar a estes locais, inclusive com poder de polícia administrativa quando necessário. O mesmo seria dispensável se sempre fosse possível contar com a participação da Vigilância Sanitária, mas muitas vezes isso não ocorre. Dessa forma, a falta do poder de polícia tem fragilizado, dificultado e prejudicado o desenvolvimento de várias atividades de vigilância nos ambientes e processos de trabalho.

b) Ausência da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST no Conselho Municipal de Saúde - CMS:

> [...] A CIST municipal já existiu, mas há tempos não atua mais, isso é muito ruim, porque o controle

social é que dá vida ao SUS, sentimos muita falta de uma CIST atuante no município.

Outro fator que tem fragilizado as ações de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho é a ausência da CIST Municipal no CMS, visto que esta comissão contribui com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na articulação intersetorial necessária para o acompanhamento das ações em Saúde do Trabalhador, de políticas e programas de interesse para a saúde.

c) Ausência de recurso federal para o desenvolvimento das ações:

[...] A falta do recurso faz falta, nós compreendemos o argumento do gestor para atuar a nível municipal, mas é muito difícil planejar ações sem recurso, acredito que o ministério deveria disponibilizar algum recurso para os núcleos de saúde do trabalhador também, as outras áreas recebem, porque nós não?

Esta é uma fala consensuada entre o grupo, que tem sentido a dificuldade de planejar e executar ações sem nenhuma contrapartida nacional. Sabendo da dificuldade de se desenvolver uma política que busca a proteção social do trabalhador frente ao mercado capitalista e a grandes interesses comerciais, a falta do investimento federal compromete ainda mais a implementação efetiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS.

d) Informalidade nas solicitações de demandas e respostas das mesmas entre os setores da Vigilância em Saúde do Trabalhador e serviços parceiros:

[...] a gente foi em uma unidade de saúde e os trabalhadores reclamaram a respeito dos protetores que eles recebiam, então nós levamos essa informação pra VAPT, para que eles pudessem fazer uma avaliação ou uma investigação para a verificação desse produto e nunca deu em nada, não tivemos resposta.

[...] Essas informações não podem ser trazidas verbalmente, precisa ser seguido o fluxo de denúncia, através da ouvidoria, notificação ou um ofício.

[...] não veio para a instituição VISAT, veio para uma técnica através do e-mail pessoal dela, é muito informal, não dá pra ser assim, tem que ter os fluxos certos da demanda [...]

Observa-se que apesar de existir um fluxo o mesmo não se encontra estruturado na rotina do serviço. As condições relatadas prejudicam a eficácia do trabalho desenvolvido, tornando o ambiente confuso e as relações fragilizadas. A fim de solucionar esses impasses, os técnicos propuseram algumas sugestões de melhorias:

[...] precisaria ver como essa solicitação pode ser feita do núcleo de epidemiologia para o VAPT, se precisaria de um formulário especifico ou cópia da notificação por exemplo [...]

[...] acho que seria um formulário mesmo, foi lá na unidade, tem determinada ação, vou encaminhar

> para a VAPT, preenche o formulário com todos os dados que necessita pra ação e pega um recebido [...] um fluxo de resposta de ida e vinda, esse formulário já tem que ter um campo pra colocar o tempo de resposta [...]
>
> [...] seria interessante estabelecer um prazo para resposta do pedido, porque se não você fica sem um feedback [...] nesse formulário mesmo que for criado coloca a data pra resposta, 15 dias, 30 dias, e o técnico que levar já pega um recebido e lá já tem que constar o prazo de devolutiva.
>
> [...] quando o técnico recebe a denúncia informal, ele deve orientar a pessoa a oficializar a demanda, a ligar na ouvidoria [...] ou então a instituição sindicato mandar um oficio pra gente.

A proposta apresentada pela equipe foi a de que ocorresse a elaboração de um formulário interno para referência e contra-referência entre os núcleos da Vigilância em Saúde do Trabalhador. O mesmo deveria conter o motivo da solicitação da ação, bem como a estipulação de um prazo para a realização da mesma e encaminhamento de parecer com resposta ao solicitante.

Além disso, também foi apontado como solução para informalidade das solicitações externas de ação, o compartilhamento do fluxo de entrada dessas demandas, que devem vir acompanhadas de um documento do solicitante (ofícios, memorandos, formulários internos) dependendo do setor gerador da demanda. O mesmo dará respaldo aos técnicos quanto à motivação das inspeções.

e) Demandas encaminhadas pelo setor de epidemiologia em saúde do trabalhador ao setor de VAPT sem a devida investigação prévia.

> [...] é necessário que tenha uma investigação prévia, para que não ocorra como uma vez que o endereço estava errado, ao invés do endereço da empresa, estava o endereço residência da pessoa que sofreu o acidente [...]
>
> [...] uma vez nos entregaram uma declaração de óbito pra fazer a investigação na empresa, quando fomos solicitar uma cópia da notificação do SINAN, esse caso não tinha sido notificado, nos encaminharam a D.O sem notificar, nos passaram o caso sem investigação da ficha [...]

Houve relatos de alguns casos que foram encaminhadas do setor de Vigilância Epidemiológica de Campo da Saúde do Trabalhador para a Vigilância em Ambiente e Processos de Trabalho sem que tivesse ocorrido uma prévia investigação da ficha, fato este que é de extrema importância e determinante para a devida preparação para a inspeção *in loco*. Para tanto foram realizadas sugestões de como deverá ocorrer o envio desse formulário:

> *[...] a medida que tomamos conhecimento da notificação, fazemos uma análise, verificamos a necessidade de uma inspeção e encaminhamos a solicitação, acho que já poderia ter uma pasta com esse formulário pronto [...] temos que anexar uma cópia da notificação, e já tem que ter tido a investigação da ficha.*

f) Deficiência no fluxo de encaminhamento dos casos de Acidente de Trabalho Grave entre os setores:

> [...] outro assunto que a gente tem que falar é sobre fazer investigação de ATG, a gente fazia todos que aconteciam e hoje isso não está ocorrendo mais, a VAPT está recebendo apenas de alguns, eu acho que todo ATG típico deveria ser investigado [...]

A queixa da falta de investigação em alguns casos que eram rotineiros de inspeção surgiu nos relatos da equipe. Acredita-se que o fato se deve em parte pelas mudanças que ocorreram no setor nos últimos tempos, associado ao reduzido número de profissionais que estão disponíveis para atuar nessas vigilâncias.

IV. Fluxos e instrumentos necessários para a estruturação do setor no planejamento e execução de suas ações

Percebe-se que o fluxo existente foi criado a partir de experiências prévias adquiridas no decorrer dos anos, porém o mesmo não se encontra estruturado formalmente no momento atual. Além disso, se verifica que algumas questões estão dúbias entre os membros da equipe, alguns deles com várias dúvidas relativas a esta estrutura. Acredita-se que os processos de mudanças ocorridas nos anos de 2014 e 2016 podem ter contribuído para a ocorrência deste contexto. Verifica-se a emergente necessidade de nivelamento deste conhecimento entre os pares, bem como de construção de um fluxograma, a fim de estabelecer o mesmo na rotina da equipe.

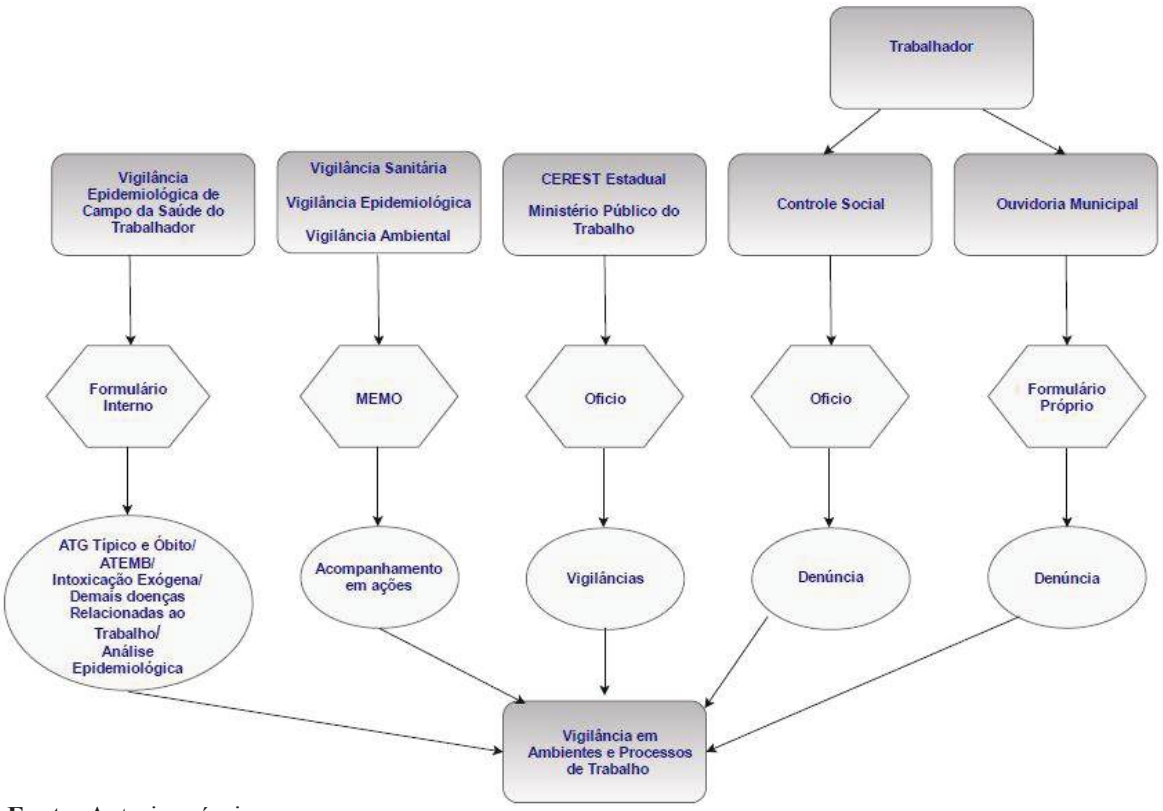
Segue a nova proposta construída e validada pela equipe. Estas foram estruturadas no decorrer das fases metodológicas III e IV, momento em que, a partir do grupo focal, foram identificadas as necessidades de melhorias para a reestruturação e construção dos fluxos dos processos de trabalho, abaixo descritos:

a) Elaboração de um fluxograma para entradas das solicitações de inspeção em ambientes e processos de trabalho:

Segundo Oliveira[21], "fluxograma é a representação gráfica que apresenta a sequência de um trabalho de forma analítica, caracterizando as operações, os responsáveis e/ou unidades organizacionais envolvidas no processo". Apresenta como objetivo evidenciar a sequência de trabalho, permitindo a visualização dos movimentos ilógicos[22]. Ou seja, fluxograma é uma técnica utilizada para representar graficamente as etapas de um processo, permitindo a visualização do fluxo e sua análise.

A nova estrutura do fluxograma de referência para as solicitações de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho, definida como produto resultante desta pesquisa, contará com a seguinte estrutura:

Figura 01: Fluxograma de entrada



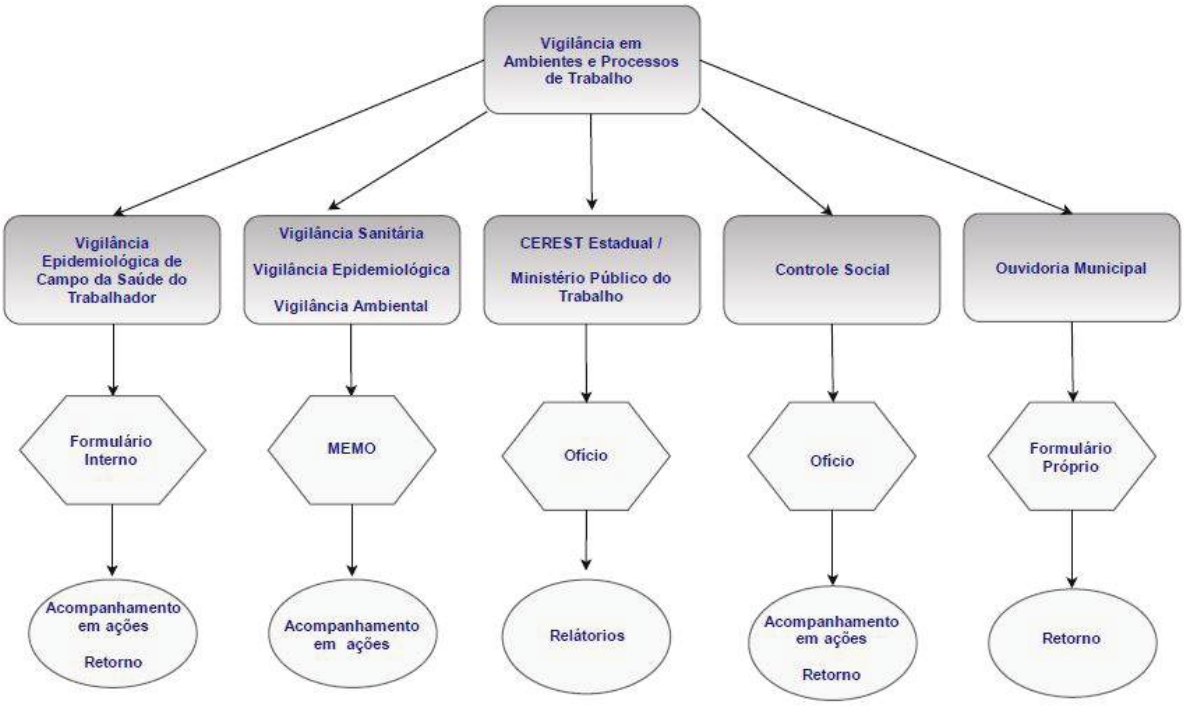
Fonte: Autoria própria.

As demanda internas de referência e contra-referência da Vigilância em Saúde do Trabalhador deverão ser encaminhadas através de formulário elaborado especificamente para esses casos, levando em consideração os critérios definidos, Acidente de Trabalho Grave (ATG) Típico e Fatal, Acidente com Exposição a Material Biológico (ATEMB), Intoxicação exógena, demais doenças relacionadas ao trabalho e solicitações decorrente de análise epidemiológica.

As demanda da Vigilância em Saúde (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental), deverão ser encaminhadas via memorando. As oriundas de parceiros externos à SEMUS, como o Controle Social, CEREST estadual, Ministério Público e Ministério Público do Trabalho e Emprego, através de oficio. As demais solicitações, provenientes de denúncia, terão como porta de entrada a ouvidoria municipal, que deverá seguir seu próprio fluxo até a entrega no setor de VAPT.

As respostas às demandas solicitadas seguirão o mesmo fluxo de entrada.

Figura 02: Fluxograma de saída



Elaboração de formulário para referência e contra-referência entre os setores da Vigilância em Saúde do Trabalhador:

Como resultado deste estudo, o mesmo foi construído a partir da análise do material resultante do grupo focal, que apontou as necessidades do setor pesquisado. Associou-se a este, conceitos teóricos acerca do assunto, com posterior validação pela equipe. Levou em consideração a realidade do setor e o objetivo de contemplar todos os aspectos relevantes de uma solicitação. Conta com campos de preenchimento obrigatório e se apresenta de modo autoexplicativo, tendo a finalidade de contemplar as especificidades da equipe, de formalização da referência e contra-referência.

Figura 03: Formulário de Encaminhamento Interno.

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO INTERNO DE SOLICITAÇÕES DE INSPEÇÃO DO NÚCLEO EPIDEMIOLÓGICO PARA A VAPT

Nº _____ / 20___

ATG TÍPICO E FATAL ☐	ATEMB ☐	INTOXICAÇÃO EXÓGENA ☐	OUTRAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO ☐	ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA ☐
NOME DO PACIENTE:			Nº Notificação: (anexar cópia da notificação)	
Ocupação:			Data do Acidente:___/___/_____	
Empresa:			Ramo Produtivo	
Endereço da Empresa:				
Descrição Caso / Analise Epidemiológica:				
Técnico Responsável:			Território:	

Recebido em: ___/___/_____ _____ Assinatura	Data provável da inspeção: ___/___/_____
Parecer/Desfecho do caso: ___/___/_____ _____ Técnico Responsável	

Fonte: Autoria Própria.

b) Prazo para respostas as solicitações recebidas

Foi definido que os prazos para resposta e realização das inspeções serão definidos pelo técnico da área que receber a solicitação, após verificação da demanda pendente no setor e recursos disponíveis para sua realização, como disponibilidade de pessoal e de veículo. O prazo poderá ser prorrogado com aviso prévio ao solicitante, sempre que necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a realização de um diagnóstico situacional do setor de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho do Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador no município de Palmas – TO. A partir dele, evidenciou-se a importante missão que o mesmo tem a atribuição de desempenhar, bem como os percalços e as fragilidades enfrentadas no decorrer de sua história.

O processo de desabilitação do CEREST Regional de Palmas e criação do Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador, resultou em uma série de mudanças na organização deste serviço a nível municipal. Verificou-se que esse contexto facilitou a ampliação das ações, tendo em vista a redução do território de atuação da equipe. Em contrapartida, trouxe algumas fragilidades, como: ausência de recurso federal para o desenvolvimento do plano de trabalho e de uma legislação municipal que fortaleça a atuação da equipe técnica. Também apresentou a necessidade de realinhamento do novo modelo de atuação.

Percebe-se no cenário atual, que alguns dos desafios identificados são possíveis de resolução a partir de uma readequação de fluxos e instrumentos utilizados no processo de trabalho, proposta apresentada pelo grupo e construída nesta pesquisa de maneira participativa e democrática. Já outros dependem de intervenções dos gestores municipais, federais e do Conselho Municipal de Saúde.

Apesar das ações serem continuamente desenvolvidas pelo setor pesquisado, as questões apresentadas tornam essa execução desgastante, exigindo mais de seus técnicos no cumprimento do trabalho prescrito, desde o planejamento até sua realização. Cita-se como exemplo, a constante dependência de agenda de alguns setores e a dificuldade na implementação de novas estratégias de atuação em decorrência de um orçamento apertado.

Espera-se que esse trabalho contribua para sanar alguns itens elencados como dificuldade e que se tornaram visíveis a partir deste estudo, através da instituição efetiva e formal dos fluxos supramencionados e dos critérios para utilização dos mesmos. Importante salientar que esta contribuição só foi possível a partir de uma escuta qualificada do trabalhador, sendo este, o maior conhecedor do processo de trabalho a que está inserido, com suas fortalezas e fragilidades, fato que favoreceu uma intervenção adequada as reais necessidades da equipe.

Deseja-se ainda, que aqueles desafios que fogem do alcance de resolução desta pesquisa, possam servir de reflexão e análise para futuras intervenções dos gestores na realidade apresentada, que possivelmente, se repete em vários locais do país.

REFERENCIAS

1 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Bra-

sília, DF: Senado Federal; 1988.

2 Brasil. Lei n. 8.080, de 19 se setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.

3 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 3.120, de 1º de Julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

4 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 1679 de 19 de setembro de 2002.

Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências

5 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

6 Laguardia FC, Quintino ND, Gusmão RB, Moraes CA, Oliveira PBB. Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde: projeto fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais. 400p. Belo Horizonte, Autêntica Editora; 2014.

7 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providencias.

8 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST e dá outras providências.

9 Franco, TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde (tese). Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2003a.

10 GERHARDT TE, SILVEIRA DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

11 Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enf USP. 2001; 35(2):115-21.

12 Bardln L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 1977.

13 Chizzotti A. Parte II: Pesquisa Qualitativa. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez, 2001.

14 FRANCO TB. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de luz (MG). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**.** São Paulo: Hucitec, 2003b.

15 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 135, de 23 de abril de 2004. Habilita Centros de Referência em Saúde do Trabalhador para realizar os procedimentos previstos na Portaria GM/MS nº 1.679, de 20 de setembro de 2002. Diário Oficial da União, de 26 de abril de 2004, seção 1.

16 Gomes EM, Santos MNC. A Construção da saúde do trabalhador na Rede SUS no Tocantins (monografia) – Fiocruz; 2008.

17 Oliveira Filho JF, Nascimento MDWR, Arantes RCC, Albuquerque SR. Diagnóstico situacional CEREST Regional de Palmas (monografia) – Fundação escola de Saúde Pública; 2011.

18 Conselho Municipal de Saúde (Brasil). RESOLUÇÃO Nº 14, de 23 de julho de 2014. Aprova a desabilitação do CEREST Regional de Palmas e a Habilitação do CEREST municipal de Palmas. Diário Oficial do município de Palmas-TO 17 de dezembro de 2014.

19 Secretaria municipal de Saúde (Brasil). Portaria Institucional Nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do município de Palmas-TO 28 de junho de 2016.

20 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, 2006.

21 Oliveira DPR. Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

22 Araujo LCG. Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional: arquitetura organizacional, benchmarking, empowerment, gestão pela qualidade total, reengenharia. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Artigo apresentado em 13/04/2017
Artigo aprovado em 27/02/2018
Artigo publicado no sistema em 05/03/2018

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS QUE CONVIVEM COM HIV

ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN PEOPLE WHO LIVE WITH HIV

Roberta Barajas Silva[I]
Neci Sena Ferreira[II]

I Enfermeira robertabarajasfisio@hotmail.com

II Psicóloga necisena@gmail.com

Endereço para correspondência:

Quadra 306 Sul alameda 04 lote 09 casa 04 .Palmas - Tocantins

Afiliação Institucional: Secretaria Municipal de Saúde de Palmas / FESP.

Este estudo contou com recursos institucionais da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

RESUMO

Introdução: A não adesão de alguns pacientes se configura como um problema crítico que irá resultar na falência de esquemas básicos de tratamento e por consequência a necessidade de esquemas terapêuticos de resgate mais complexos e que exigem um número maior de comprimidos representando uma ameaça ao plano de cuidado individual e coletivo. **Objetivo:** apresentar algumas estratégias que podem ser adotadas pelo profissional para a redução de casos de abandono ou não adesão a tratamento com uso de antirretrovirais a partir de uma revisão bibliográfica que tem como foco o estudo das principais causas do abandono do tratamento antirretroviral e das ferramentas que podem ser adotadas pelos profissionais para a redução do abandono. **Metodologia:** trata-se de uma revisão bibliográfica em que foram considerados artigos publicados em periódicos e livros acerca do tema. Optou-se por executar um trabalho do tipo exploratório descritivo, não experimental. **Resultados:** Na busca foram encontrados 34 artigos e após exclusão de duplicidades, estudos que não atendiam aos objetivos deste estudo, foram selecionados 24artigos, 01 publicação do Ministério da Saúde e 01 dissertação que fizeram parte desta análise. **Discussão:** Os estudos apresentaram forte influência dos fatores socioeconômicos e culturais no tratamento o que irá demandar do profissional conhecimento de políticas públicas e a elaboração de planos de cuidados individuais que levem em consideração a realidade de cada paciente. **Conclusão:** A não adesão ao tratamento deve ser tema permanente de discussão entre a equipe multiprofissional que deve levar em consideração as demandas individuais e coletivas propiciando melhorias na assistência. A adesão ao tratamento também está vinculada ao sucesso das políticas de saúde e a assistência ofertada por profissionais de saúde. **Palavras Chave:** Abordagem diagnóstica e terapêutica. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. HIV. Medicamentos antirretrovirais.

Introduction: The non-adherence of some patients is a critical problem that will result in the bankruptcy of basic treatment regimens and consequently the need for more complex therapeutic regimens that require a greater number of pills representing a threat to the treatment plan. Individual and collective care. **Objective:** to present some strategies that can be adopted by the professional to reduce cases of abandonment or non-adherence to antiretroviral treatment based on a bibliographic review that focuses on the study of the main causes of abandonment of antiretroviral treatment and of the tools Which can be adopted by professionals to reduce abandonment. **Methodology:** this is a bibliographical review in which articles were considered published in periodicals and books on the subject. We chose to perform a descriptive, nonexperimental exploratory type work. **Results:** In the search we found 34 articles and, after excluding duplicities, studies that did not meet the objectives of this study, we selected 24 articles, 01 publication of the Ministry of Health and 01 dissertation that were part of this analysis. **Discussion:** The studies showed a strong influence of socioeconomic and cultural factors in the treatment, which will require the professional knowledge of public policies and the preparation of individual care plans that take into account the reality of each patient. **Conclusion:** Nonadherence to treatment should be a permanent topic of discussion among the multiprofessional team that should take into account the individual and collective demands for improvements in care. Adherence to treatment is also linked to the success of health policies and the assistance offered by health professionals.

Keywords: Diagnostic and therapeutic approach. Acquired immunodeficiency syndrome.

HIV. Antiretroviral drugs.

INTRODUÇÃO

A partir de 1996, no Brasil, foi observada uma queda nos índices de mortalidade e morbidade relacionado ao HIV/Aids, resultado da responsabilização política, da adoção de ações de prevenção, estruturação da rede de serviços, disponibilização de medicamentos antirretrovirais e do apoio de organismos não governamentais. Neste contexto, a adesão ao tratamento antirretroviral, se configura como um determinante essencial que requer uma abordagem ampla que transcenda a dimensão assistencial, e que seja realizada a partir de políticas públicas para enfrentamento da epidemia. [1]

Apesar dos importantes avanços observados nos últimos anos no tratamento da Aids, ainda persistem desafios na busca em se garantir a efetividade do tratamento, entre eles, assegurar uma boa adesão dos pacientes aos cuidados necessários. Muitos fatores podem ser associados a dificuldade de adesão, como por exemplo, prazo indefinido de tratamento, efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos, assim como as dificuldades psicossociais das pessoas que estão vivendo com o HIV. [2]

A adesão deve ser encarada como um processo dinâmico e multifatorial que abrange vários aspectos, como os físicos, culturais, psicológicos, comportamentais e sociais. Desta forma a não adesão de alguns pacientes se configura como um problema crítico, principalmente entre os que apresentam história de tratamento psiquiátrico e uso de drogas ilícitas até um ano antes de iniciar na terapia antirretroviral. [3]

Outros autores definem a adesão como o estabelecimento de uma atividade conjunta na qual o paciente não se configura apenas como um mero seguidor do tratamento, mas aquele que compreende e concorda com o que foi prescrito dentro de um processo de corresponsabilidade entre o paciente e sua equipe de saúde. [4]

Para o sucesso da terapia antirretroviral torna-se crucial a avaliação

constante de intervenções propostas assim como a adoção de monitoramento de forma a identificar preditores de baixa adesão e por consequência, os indivíduos mais vulneráveis.[4]

Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento vai além de riscos individuais, não existindo apenas em função de uma pessoa e de suas características relaciona-se as influências ou fatores encontrados em seu contexto capazes de ampliar ou reduzir o risco que uma pessoa apresenta diante de uma determinada doença ou dano.[5]

A baixa ou não adesão irá resultar na falência de esquemas básicos de tratamento e por consequência a necessidade de esquemas terapêuticos de resgate mais complexos e que exigem um número maior de comprimidos o que representa uma ameaça ao plano de cuidado tanto individual quanto coletivo, favorecendo a disseminação do vírus que apresenta resistência aos medicamentos disponíveis. [3]

Em função da importância da realização de estudos que abordem sobre a adesão ao tratamento antirretroviral, o objetivo deste estudo foi apresentar algumas estratégias que podem ser adotadas pelo profissional para a redução de casos de abandono ou não adesão a tratamento com uso de antirretrovirais.

A não adesão acarreta prejuízos para o paciente, para a história clínica da doença e para a saúde pública, uma vez que, transforma o melhor tratamento disponível em ineficaz. Algumas mudanças no modelo de atenção, originadas a partir da compreensão das necessidades de saúde são capazes de proporcionar reflexão crítica além de respostas/ferramentas ao conjunto de necessidades de saúde que são percebidas pelo profissional à demanda de cada indivíduo que se encontra sob seus cuidados. [6]

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica em que foram

considerados artigos publicados em periódicos e livros acerca do tema. Optou-se por executar um trabalho do tipo exploratório descritivo, não experimental, que tem como foco o estudo das principais causas do abandono do tratamento antirretroviral e das ferramentas que podem ser adotadas pelos profissionais para a redução do abandono.

O recorte temporal escolhido foi dos últimos dez anos, ou seja, do período compreendido entre, 2006 a 2015, de forma a proporcionar a utilização de publicações recentes.

A busca das referências bibliográficas nesta pesquisa foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library on-line) e no site da BIREME (www.bvs.br). Sendo utilizadas na busca as seguintes palavras-chave: Abordagem diagnóstica e terapêutica. Síndrome da Imunodeficiência adquirida. HIV. Medicamentos antirretrovirais.

O critério para inclusão dos artigos foram os artigos publicados na íntegra e em língua portuguesa. Após seleção do material foi realizada Leitura exploratória e reconhecimento dos artigos; leitura seletiva e escolha do material que servirá aos propósitos do estudo; leitura analítica e análise dos textos, e por fim, a leitura interpretativa e redação. [7]

Foram identificados 497 estudos dos quais foram aplicados os limites estipulados, ou seja, informações escritas em português, publicações na íntegra, no período de 10 anos de publicação e sendo artigos, monografias ou teses. Excluíram-se 463 artigos. Restando 34 documentos, observando se os mesmos alguns repetiam-se pela utilização das diferentes palavras chaves sendo então excluídos 10 estudos, após a leitura do título e resumo nos quais foram aplicados os critérios de inclusão que atendessem ao objetivo deste estudo, restaram 24 estudos potencialmente relevantes, que descreviam as

estratégias que podem ser adotadas pelo profissional para a redução de casos de abandono ou não adesão a tratamento conforme ilustrado na FIG.1.

Figura 1 - Seleção do estudo

RESULTADOS

Para uma visão geral dos estudos avaliados, elaborou-se uma síntese dos artigos segundo autores, título, , número de serviços estudados, e respectivo ano, tipo de estudo conforme mostram as tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhos encontrados sobre as principais causas do abandono do tratamento antirretroviral e ferramentas que podem ser adotadas pelos profissionais para a redução do abandono.

Na busca foram encontrados 34 artigos e após exclusão de duplicidades, estudos que não atendiam aos objetivos deste estudo, foram selecionados 24artigos, 01 publicação do Ministério da Saúde e 01 dissertação que fizeram parte desta análise.

Tabela 2 – Trabalhos utilizados neste estudo sobre as principais causas do abandono do tratamento antirretroviral e ferramentas que podem ser adotadas pelos profissionais para a redução do abandono.

DISCUSSÃO

Para o sucesso da terapia antirretroviral é fundamental que sejam mantidas altas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso, entretanto existe certa dificuldade na definição dos limites mais adequados para que o tratamento seja considerado eficaz, sendo que alguns estudos afirmam ser ideal uma adesão de pelo menos 95%.[8]

Muitas concepções podem ser relacionadas a adesão ao tratamento, como

por exemplo, o seu significado de obediência do paciente a prescrição médica, mas a adesão deve ser encarada de uma forma mais ampla que inclui entre uma série de aspectos: o fortalecimento dos indivíduos que convivem com a doença, acesso oportuno a informação, compartilhamento de decisões relacionadas a saúde, adequação de necessidades e hábitos individuais. A adesão torna-se mais eficaz a partir da compreensão e aceitação da doença associadas a participação ativa no tratamento e no autocuidado. [5]

Outros autores também afirmam que a boa adesão é resultado de um processo dinâmico e multifatorial relacionada ao grau de comprometimento e comportamento do paciente ao seu regime terapêutico, boa disposição e capacidade de tomar medicamentos e sua relação com aspectos psicológicos, sociais, comportamentais e culturais que demandam decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a equipe de saúde e a pessoa que vive com HIV. [9]

A adesão ao tratamento ocorre quando o paciente torna-se capaz de compreender sua própria condição, os aspectos básicos de sua doença assim como a importância da adesão adequada para a melhoria de seu quadro clínico. É fundamental que se tenha um novo entendimento do papel do paciente, não apenas como cumpridor de ordens, mas como um sujeito atuante capaz de assumir responsabilidades além de conhecer e acionar recursos psíquicos, sociais e emocionais quando necessário. [10]

Fatores que podem interferir na adesão adequada ao tratamento

A não adesão ao tratamento da AIDS se configura como um dos fatores mais ameaçadores a continuidade e efetividade do tratamento o que pode ser resultado da necessidade de uma integração complexa entre aceitação, conhecimentos e habilidades relacionados ao cuidado com a saúde. Outros fatores também podem ser citados, como por exemplo, quantidade de medicamentos, necessidade de períodos de jejum, tratamento

por períodos prolongados, efeitos colaterais de medicamentos, compreensão de metas da terapia e a implicação do seu uso inadequado. [9]

Outros autores abordam como condições para a efetividade do tratamento as influências tanto pelo plano individual como o social podendo ser citados perfil sócio econômico, sexo, idade, uso de drogas, ansiedade, depressão, isolamento social, transtornos psiquiátricos, tempo e esquema de tratamento e até mesmo as características dos serviços de saúde que atendem este público. [11]

Ocupação/emprego:é relatada uma associação direta entre este fator e adesão em condições de adversidade extrema, o que gera um impacto negativo da participação do cliente em seu tratamento.[16]

A relação da baixa adesão e o uso de drogas lícitas e ilícitas

O uso de drogas ilícitas e álcool é considerado por alguns autores como um dos fatores prejudiciais a adesão ao tratamento. Entretanto, pode-se observar na literatura que estas relações são examinadas enquanto dados, sem que sejam analisados em conjunto com outros fatores que também são responsáveis por interferir na não adesão ao tratamento. Desta forma esta associação deve ser cautelosa, pois encontra-se muitas vezes permeada de estigmatização, discriminação e reprodução da desqualificação destes grupos sociais. [11]

Outros estudos também revelam que o uso de drogas ilícitas apresentou associação com abandono ao tratamento podendo ser associado ao aumento das chances de abandono em até 1,8 vezes. [2]

Medidas capazes de auxiliar na adesão ao tratamento com antirretrovirais

Algumas estratégias podem ser utilizadas para contribuir para a melhoria da

adesão ao tratamento, podendo ser citadas o aumento de informações, disponibilidade da equipe médica, educação do paciente, melhora do esquema de doses, comunicação adequada entre paciente e equipe. Cabe ressaltar que independente da estratégia utilizada torna-se imprescindível a informação do paciente sobre seus direitos e corresponsabilidade dos profissionais frente ao tratamento, assim como a constante vigilância e a identificação e busca em sanar pontos deficientes de forma a atingir os benefícios advindos deste processo [9].

Segundo o Ministério da Saúde a adesão ao tratamento constitui-se como um dos maiores desafios para a assistência aos portadores de HIV/aids, pois demanda mudanças comportamentais, dietéticas assim como a construção de novos arranjos de atividades específicas de adesão. A adesão é um processo colaborativo que deve ser iniciado precocemente antes mesmo do início da terapia além de perpassar todas as ações em saúde e ser realizada por diversos profissionais sempre tendo por base as diretrizes do SUS. [1]

Outros autores afirmam que a adesão ao tratamento é um processo dinâmico e multifatorial que se dará a partir da negociação entre o usuário e os profissionais e do estabelecimento, de responsabilidades e fortalecimento da autonomia para o autocuidado. Este processo demanda decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o paciente, a equipe de saúde e até mesmo a rede social. [11]

Uma ação importante mencionada pelo Ministério da Saúde que pode auxiliar na melhoria das taxas de adesão ao tratamento é a elaboração de planos de tratamento pela equipe multiprofissional junto ao paciente, o que irá propiciar ao usuário do serviço melhor entendimento de seu tratamento, maior participação nas decisões a respeito do mesmo e por consequência o fortalecimento da confiança e conhecimento que o tratamento não se limita apenas a prescrição de medicamentos. [1]

Outros autores afirmam que para que a adesão tenha sucesso são necessários três níveis diferentes de comprometimento, o primeiro está relacionado ao serviço que deve ser eficiente, eficaz e resolutivo, devendo ser ofertado agendamentos facilitados, especialidades, vínculo, acolhimento e exames laboratoriais. O segundo nível é referente a qualidade da assistência que é prestada, o profissional deve estar disposto a ouvir, adequar sua linguagem a realidade de cada paciente, interagir e conscientizar. O último nível é referente ao paciente que deve compreender e aderir as estratégias e aceitar o tratamento proposto. [12]

Desta forma, um dos principais fatores que se relacionam a efetividade do tratamento é a compreensão do paciente do que ocorre consigo, quais são as maneiras de preservar sua saúde, ofertadas a partir de um diálogo e troca de experiências o que torna os pacientes sujeitos ativos e responsáveis pela concretização de ações saudáveis fortalecidas a partir da construção de autonomia e da não dependência. [12]

Neste contexto, o enfermeiro tem papel relevante pois, por meio da atuação/orientação de sua equipe interdisciplinar pode proporcionar a pacientes e familiares uma forma de orientação efetiva e contínua. A Criação de programas de adesão também demonstra ser bem eficaz e deve contemplar a consulta de enfermagem como um espaço de escuta individual e aconselhamento, o que resultará no fortalecimento de aliança terapêutica a partir da criação do vínculo profissional/paciente/família. [13]

Cabe ressaltar que a compreensão ao conceito de adesão merece destaque no contexto multiprofissional, pois o profissional deve ser capaz de identificar e investigar as causas do abandono e por consequência deve ser capaz, junto a sua equipe, de desenvolver estratégias capazes de melhorar a adesão. [14]

Desta forma, é imprescindível que ocorra uma reflexão contínua sobre a

estruturação e adequação dos serviços que prestam atendimento, o paciente deve ser acolhido e atendido em suas dúvidas e necessidades a partir de uma relação de confiança e vínculo. Também é fundamental que ocorra uma interação entre os serviços de saúde de forma que se propicie o compartilhamento de acertos e dificuldades de forma a contribuir para a construção formas cada vez mais eficientes de intervenção sobre a questão da adesão. [15]

Também devem ser realizados estudos que propiciem uma análise da influência de aspectos socioculturais, crenças, qualidade do serviço prestado, relações do cliente com a equipe multiprofissional e outros referentes à raça e aos efeitos colaterais dos anti-retrovirais uma vez que podem favorecer a implantação de estratégias que melhorem a adesão dos clientes auxiliando ao mesmo tempo para a construção e exercício da cidadania. [16]

Garantir que o paciente tenha uma adesão ao tratamento , de boa qualidade e adequada necessita de arranjos institucionais e uso de tecnologias específicas, devido a heterogeneidade epidemiológica e dos recursos de saúde ofertados pelo SUS[17]. Entretanto alguns estudos que buscam avaliar a causalidade do fenômeno com aspectos socioeconômicos apontam que apesar de existir relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida, muitas vezes torna-se difícil definir a causalidade do fenômeno. [18]

Outros estudos apontaram a relação da não adesão do tratamento com as questões sócio econômicas, hábitos diários e em especial as reações adversas e complicações e afirmam que as condições são multifatoriais, e devido a este fato ressaltam ser fundamental antes de que se inicie o tratamento o paciente seja orientado sobre os diversos efeitos que podem ser enfrentados e que as estratégias sejam constantemente melhoradas conforme a realidade de cada paciente. [19,20] Vale ressaltar que dentro as diferentes variáveis socioeconômicas alguns estudos apontam uma relação importante da

não adesão do tratamento com a idade, sendo que os mais velhos tendem a uma maior adesão. [21] A relação entre raça e adesão ao tratamento também foi citada, foi evidenciado em um estudo, que indivíduos da raça negra apresentaram 6,48 vezes mais risco de nãoadesão. [22]

Varáveis importantes citadas em estudos que contribuem para a adesão referem-se a escolaridade, convívio com a família, diagnóstico por doença oportunista, ausência de efeitos colaterais, influência da rede social e aumento da sobrevida. [23,24]

Desta forma, é importante que o profissional tenha o conhecimento que os fatores sociais e culturais são difíceis de serem superados para a adesão ao tratamento devendo-se apoiar em políticas públicas sociais claras assim como considerar que a epidemia afeta homens e mulheres de forma heterogênea o que irá auxiliar na escolha do tratamento mais adequado. [25,26,27]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adequada adesão ao tratamento se configura como um importante desafio da atenção aos portadores de HIV uma vez que demanda uma série de mudanças comportamentais por toda vida e ainda, por parte dos serviços, ofertas de medidas eficientes e específicas capazes de promover adesão.

O estudo dos fatores que se relacionam a não adesão ao tratamento deve ser tema permanente de discussão entre a equipe multiprofissional que deve sempre levar em consideração as demandas individuais e coletivas de forma a propiciar melhorias na assistência.

Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento também está vinculada ao sucesso das políticas de saúde e a assistência ofertada por profissionais de saúde. De uma maneira geral os estudos apresentaram forte influência dos fatores socioeconômicos e culturais no tratamento o que irá demandar do profissional conhecimento de políticas públicas e a

elaboração de planos de cuidados individuais que levem em consideração a realidade de cada paciente.

O profissional capacitado compreende sua responsabilidade e necessidade de planos terapêuticos coletivos e individuais além de reconhecer fragilidades, barreiras relacionados a problemática da adesão com propósito de avaliar e implementar intervenções eficientes capazes de promover a adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

2 Schilkowsky LB, Portela MC, Castilho M. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. Rev. Bras. Epidemiol. 2011; 14(2):187-197.

3 Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(6):1188-1198.

4 Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15(1):1201-1208.

5 Santos FB. Abandono do tratamento antirretroviral e busca consentida de casos de pessoas convivendo com HIV/Aids. Especialização em Desenvolvimento Humano e Saúde. Brasília, 2011.

6 Rodrigues MEC. Escolha, acaso ou descaso? Itinerário terapêutico de pacientes que abandonaram o tratamento para o HIV/AIDS [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), 2013.

7 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2006.

8 Resende RC, Podesta MHMC, Souza WA, Barroso TO, Vilas Boas OMGC, Ferreira EB. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev. Univ. Vale do Rio Verde. 2012; (10)2:186-201.

9 Saldanha JS, Andrade CS, Beck ST. Grau de adesão ao tratamento com anti-retovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. Rev. Saúde. 2009; (35)1:4-9.

10 Lima HMM. Adesão ao tratamento de HIV/aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

11 Souza, S. Os discursos de adesão ao tratamento de Aids: uma reflexão ética. Rev. Biéthicos. 2011; (5)1:98-106.

12 Guaragn, BFP, Ludwig MLM, Cruz AL, Graciotto A, Schatkoski AM. Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/aids: relato de experiência. Rev HCPA. 2007;27(2):35-8.

13 Almeida EL, Araújo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL; et al.

Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. REME. 2011, 15(2):208-216.

14 Padoin SMM, Paula CC, Zuge SS, Primeira MR, Santos EE et al. Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Adultos acima de 50 Anos que Têm HIV/Aids DST. J Bras Doenças Sex Transm,. 2011 23(4):197-197.

15 Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007. 16(4):267-278.

16 Colombrini, MRC, Lopes MHBM, Figueiredo, RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. Rev. Esc. Enf. USP. 2006. 40(4): 576-581.

17 Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009. 55(2): 207-212.

18 Liberato SMD, Souza, AJG, Gomes ATL, Medeiros LP, Costa IKF, Vasconcelos TG et al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem.16(1):191-198.

19 Silva, JVF, Nascimento Júnior FJM, Rodrigues APRA. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. Cad. Grad. Ciências Biológicas e da Saúde. 2014. 2(1): 165-175.

20 Silva ARS, Costa MMN, Costa DARS. Adesão ao tratamento com antirretrovirais por pessoas com aids: revisão de literatura. Journal of Nursing. 2013. 7(5): 4227- 4234. 21

21 Barroso LLMMB, Pereira KKCP, Almeida PPCA, Galvão MMTGG. Adesão ao tratamento anti-retroviral em pacientes com AIDS - um estudo descritivo. Braz J Nurs. 2006. 5 (2).

22 Colombrini, MRC, Coleta MFD, Lopes MHBM. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. Rev. esc. enferm. USP. 2008. 42(3)490-495.

23 Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos antiretrovirais em um município no Sul do Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2009. 42(2): 131-136.

24 Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. Rev. bras. enferm. 2011 .64(6): 1028-1037.

25 Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2007. 41(2):87-93.

26 Tietzmann DC, Béria JU, Santos GM, Mallmann DA, Trombini ES, Schermann LB. Prevalências de adesão à terapia antirretroviral e fatores associados em pacientes adultos de três centros urbanos do Sul do Brasil. Aletheia. 2013. 16(41):154-163. 27

27 Lilas M, Carandina L, Marin MJS. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. Rev. Baiana Saúde Púb. 2011. 35(2):471-484.

Figura 1 - Seleção do estudo

Figure 1 - Selection of the study

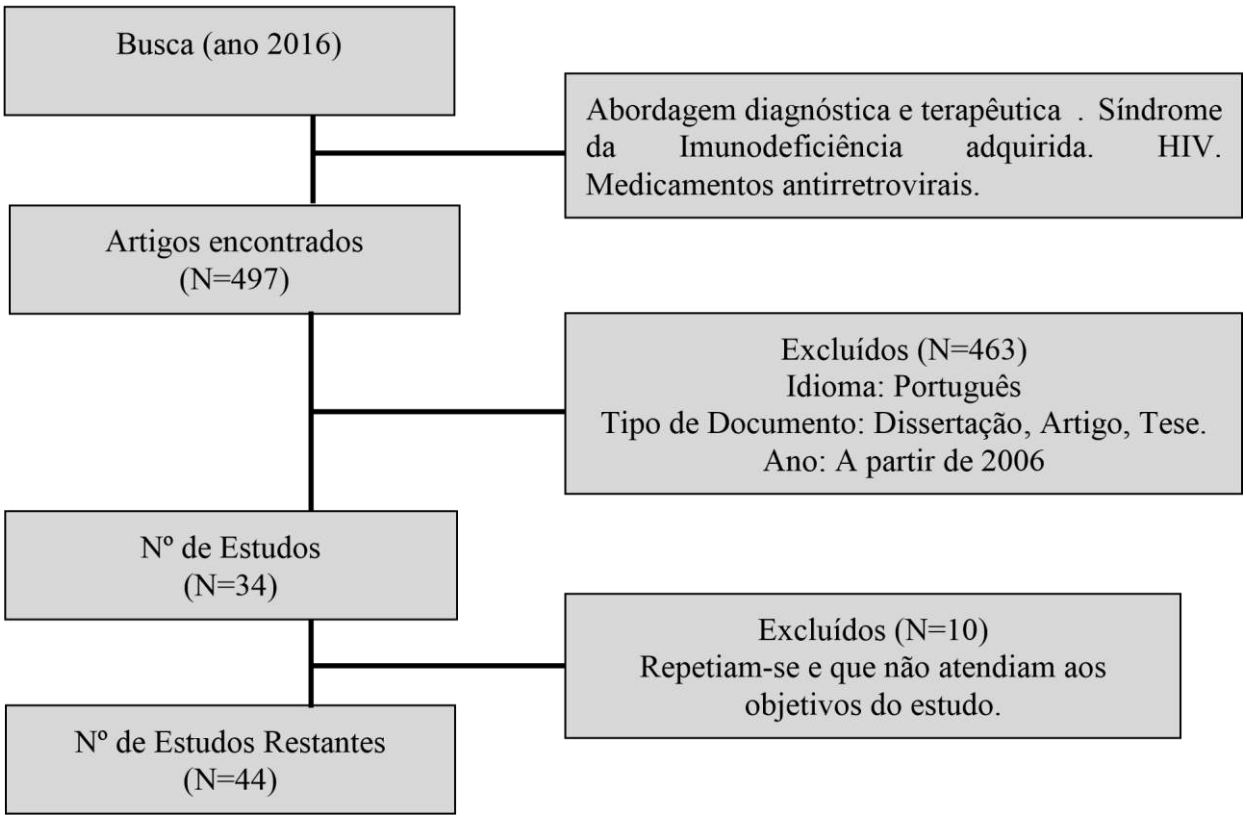


Tabela 1 – Distribuição dos trabalhos encontrados sobre as principais causas do abandono do tratamento antirretroviral e ferramentas que podem ser adotadas pelos profissionais para a redução do abandono.

Table 1 - Distribution of the works found on the main causes of the abandonment of antiretroviral treatment and tools that can be adopted by the professionals to reduce the abandonment.

Tipo de Estudos Encontrados	**n**	**%**
Artigo	34	94,0
Dissertação	01	3,0
Publicação Ministério da Saúde	01	3,0
Abordagem Metodológica - Artigos	**n =21**	**%**
Quantitativa	15	63%
Qualitativa	11	47%

FONTE: BVS, 2016

Tabela 2 – Trabalhos utilizados neste estudo sobre as principais causas do abandono do tratamento antirretroviral e ferramentas que podem ser adotadas pelos profissionais para a redução do abandono.

Table 2 - Work used in this study on the main causes of abandonment of antiretroviral treatment and tools that can be adopted by professionals to reduce abandonment.

Número	Autores	Ano	Título do Estudo	Objetivo do Estudo	Nº de serviços estudados
01	Barroso LLMMB, Pereira Colombrini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM.	2006	Adesão ao tratamento com anti-retrovirais	Avaliar a adesão dos portadores de HIV/aids em tratamento.	-
02	Lima HMM.	2006	Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS	Analisar, mediante revisão de literatura, os fatores de risco para não-adesão à HAART e agrupá-los.	-
03	Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC.	2007	Adesão ao tratamento de HIV/aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas de São Paulo.	Subsidiar profissionais de saúde para melhoria das estratégias de adesão.	04
04	Guaragn BFP, Ludwig MLM, Cruz AL, Graciotto A, Schatkoski AM.	2007	Adesão à terapia antiretroviral (HIV/aids): uma revisão de literatura sobre o tema da adesão à TARV	Apresentar fatores associados e medidas da adesão.	-
05	Alencar TMD, Buchalla CM.	2007	Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/aids: relato de experiência.	Proporcionar aos pacientes e seus familiares uma forma de orientação efetiva e contínua.	01
06	Melchior R, Nemes MIB, KKCP, PPCA, Galvão MMTGG, Almeida M.	2006/2007	Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.	Analisar dificuldades referentes à adesão ao tratamento antiretroviral (TARV) e propor estratégias.	-
07	Colombrini MRC, Coleta MFD, Lopes MHBM.	2008	Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz.	Mensurar a prevalência de não-adesão e identificar fatores associados.	01
08	Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D.	2009	Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil.	Avaliar os fatores preditores e o grau de adesão aos anti-retrovirais.	01
09	Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR et al.	2009	Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil.	Discutir relações entre adesão e qualidade dos serviços de assistência.	-
10	Saldanha JS, Andrade CS, Beck ST.	2009	Grau de adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria.	Avaliar, por seis meses, o grau de adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos maiores de 15 anos.	01
11	Polejack L, Seidl EMF.	2010	Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento para	Discutir possibilidades e desafios no processo de	-

Número	Autores	Ano	Título do Estudo	Objetivo do Estudo	Nº de serviços estudados
			HIV/aids: desafios e possibilidades.	monitoramento e avaliação da adesão.	
12	Almeida EL, Araújo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL et al.	2011	Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento e os fatores intervenientes.	Investigar a adesão dos portadores do HIV/aids ao tratamento.	01
13	Lilas M, Carandina L, Marin MJS.	2011	Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório de Marília-SP.	Relacionar fatores sociodemográficos e psicossociais com a adesão à terapia antirretroviral.	01
14	Santos FB.	2011	Abandono do tratamento antirretroviral e procedimento de busca consentida de pessoas convivendo com HIV/Aids.	Identificar e realizar busca de casos de abandono do tratamento, entender motivos e percepções.	01
15	Padoin SMM, Paula CC, Zuge SS, MR, Santos EE et al.	2011	Fatores Associados à não Adesão ao Tratamento Antirretroviral Adultos acima de 50 Anos com HIV/Aids DST.	Determinar a adesão à Terapia antirretroviral de adultos com HIV/Aids em hospital universitário do Sul do Brasil.	01
16	Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF.	2011	Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG.	Conhecer dificuldades e aspectos que facilitam a adesão à TARV.	01
17	Schilkowsky LB, Portela MC, Castilho M.	2011	Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids.	Identificar fatores associados ao abandono do serviço de saúde por pacientes com HIV/aids.	01
18	Tietzmann DC, Béria JU, Santos GM, Mallmann DA, Trombini ES, Schermann LB.	2013	Prevalências de adesão à terapia antirretroviral e fatores associados em pacientes adultos de três centros urbanos do Sul do Brasil.	Conhecer a prevalência e fatores associados à adesão em pacientes atendidos em três municípios do RS.	03
19	Liberato SMD, Souza AJG, Gomes ATG, Medeiros LP, Costa IKF, Vasconcelos TG et al.	2014	Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura.	Investigar as relações entre adesão ao tratamento e qualidade de vida publicadas na literatura.	-
20	Silva JVF, Nascimento Júnior FJM, Rodrigues APRA.	2014	"Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública".	Identificar e analisar os principais fatores que interferem na adesão ao tratamento antirretroviral.	-
21	Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL.	2015	Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em indivíduos com AIDS em Salvador, Bahia, Brasil.	Investigar fatores associados à não adesão à TARV em adultos nos primeiros seis meses da terapia.	01
22	Silva ARS, Costa MMN, Costa DARS.	2013	Adesão ao tratamento com antirretrovirais por pessoas com aids: revisão de	Caracterizar a produção científica sobre a adesão ao tratamento com	-

Número	Autores	Ano	Título do Estudo	Objetivo do Estudo	Nº de serviços estudados
			literatura.	antirretrovirais.	
23	Souza S.	2011	Os discursos de adesão ao tratamento de Aids: uma reflexão ética.	Discutir uma questão essencial após o diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids.	-
24	Resende RC, Podesta MHMC, Souza WA, Barroso TO, Vilas Boas OMGC, Ferreira EB.	2012	Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde.	Determinar o grau de adesão ao tratamento farmacoterapêutico dos portadores de HIV em Alfenas/MG e avaliar fatores preditivos.	02

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM PALMAS/TO NO PERÍODO DE 2010 - 2015.

SPATIAL DISTRIBUTION OF VISCERAL LEISHMANIOSIS IN PALMAS / TO IN THE PERIOD 2010 - 2015

DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LEISHMANIOSE VISCERAL EN PALMAS / TO EN EL PERÍODO DE 2010 - 2015.

Alexandre Maia Cardoso [1]
Whisllay Maciel Bastos [2]
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – TO
Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO

RESUMO

A presente pesquisa tem como tema o estudo da leishmaniose visceral (LV) no período de 2010 – 2015. Com objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico e a distribuição espacial dos casos de LV em humanos. Utilizando o método de estudo transversal, os dados secundários obtidos através do Sistema de Informação de Agravos e de Notificação (SINAN), tabulados e tratados por meio do TABWIN, os quais foram analisados e tratados em um sistema de informações geográficas (QGis 2.14), com confecção de mapas de densidade de Kernel. Observou-se uma concentração dos casos positivos na região sul da cidade, com incidência de 20,6 e uma média anual de 28,3 sendo classificado como área de transmissão intensa. A doença acomete principalmente pessoas residentes na zona urbana da cidade, com baixa escolaridade, predominantemente masculina, da cor parda, e crianças com idade inferior a 10 anos de idade. A febre e o aumento do baço aparecem como as principais manifestações clínicas nos casos positivos. Foram 12 (7%) os pacientes

[1] Aluno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. alexandremaiacardoso@gmail.com

[2] Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. whisllay@gmail.com

notificados para LV que apresentam a coinfecção de HIV e registrados 12 óbitos por LV, apresentando uma letalidade de 7%. Os resultados demonstraram natureza endêmica da LV no município, que apresenta um perfil urbano de transmissão, expondo um quadro de vulnerabilidade socioambiental da região. Concluiu-se que a aplicação de técnicas de análise espacial associada a um sistema de vigilância da LV permite ampliar o entendimento sobre a epidemiologia da doença, a fim de subsidiar o planejamento de políticas públicas mais amplas e articuladas, a partir de ações intersetoriais.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral, Epidemiologia, Vigilância.

ABSTRACT

The present study has as its theme the study of visceral leishmaniasis (VL) in the period of 2010-2015. In order to characterize the epidemiological profile and the spatial distribution of LV cases in humans. Using the cross-sectional study method, the secondary data obtained through the Disease and Notification Information System (SINAN), tabulated and treated through TABWIN, which were analyzed and treated in a geographic information system (GIS 2.14), with Kernel density mapping. There was a concentration of positive cases in the southern region of the city, with incidence of 20.6 and an annual average of 28.3 being classified as an intense transmission area. The disease mainly affects people living in the urban area of the city, with low schooling, predominantly male, of the brown color, and children under 10 years of age. Fever and spleen enlargement appear as the main clinical manifestations in positive cases. Twelve (7%) patients were notified for LV who presented HIV coinfection and 12 died for LV, presenting a lethality of 7%. The results demonstrated the endemic nature of LV in the municipality, which presents an urban profile of transmission, exposing a socioenvironmental vulnerability of the region. It was concluded that the application of spatial analysis techniques associated with a surveillance system of LV allows to broaden the understanding of the epidemiology of the disease, in order to subsidize the planning of broader and more articulated public policies, based on intersectoral actions.

Key words: Visceral leishmaniasis, epidemiology, surveillance

RESUMEN

La presente investigación tiene como tema el estudio de la leishmaniasis visceral (LV) en el período 2010 - 2015. Con el objetivo de caracterizar el perfil epidemiológico y la distribución espacial de los casos de LV en humanos. En el método de estudio transversal, los datos secundarios obtenidos a través del Sistema de Información de Agravios y de Notificación (SINAN), tabulados y tratados por medio del TABWIN, los cuales fueron analizados y tratados en un sistema de informaciones geográficas (QGis 2.14), con la confección de mapas de densidad de núcleo. Se observó una concentración de los casos positivos en la región sur de la ciudad, con incidencia de 20,6 y una media anual de 28,3 siendo clasificada como área de transmisión intensa. La enfermedad acomete principalmente a personas residentes en la zona urbana de la ciudad, con baja escolaridad, predominantemente masculina, del color parda, y niños menores de 10 años de edad. La fiebre y el aumento del bazo aparecen como las principales manifestaciones clínicas en los casos positivos. Los pacientes notificados a LV que presentaban la coinfección del VIH y 12 muertes por LV, presentando una letalidad del 7%, fueron 12 (7%). Los resultados demostraron naturaleza endémica de la LV en el municipio, que presenta un perfil urbano de transmisión, exponiendo un cuadro de vulnerabilidad socioambiental de la región. Se concluyó que la aplicación de técnicas de análisis espacial asociada a un sistema de vigilancia de la LV permite ampliar el entendimiento sobre la epidemiología de la enfermedad, a fin de subsidiar la planificación de políticas públicas más amplias y articuladas, a partir de acciones intersectoriales.

Palabras clave: Leishmaniasis Visceral, epidemiología, Vigilancia

1. INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) representa um grave problema de Saúde Pública e esta distribuído em 47 países (na Ásia, na Europa, no Oriente Médio, na África e nas Américas), sendo apontada como uma das sete endemias mundiais,

acometendo populações com maiores riscos de vulnerabilidade biológica, social e de saúde [1].

A LV é uma doença infecciosa e sistêmica ocasionada pelos protozoários tripanosomatídeos do gênero *Leishmania*. No Brasil o protozoário *Leishmania chagasi* e o vetor *Lutzomya longipalpis* (denominado flebótomo) são os mais comumente encontrados [2].

O vetor *Lutzomya longipalpis* esta presente em 21 dos 27 estados brasileiros, caracterizados pelo tamanho pequeno, com atividade crepuscular (prevalentemente) e noturna. Com o auxílio da urbanização, esses vetores são encontrados em ambientes peridomiciliares e domiciliares [3]. Possuem, em média, um raio de voo de 250 metros e vivem, preferencialmente, em topografias mais ou menos acidentada, ao nível do solo, próximos à vegetação em raízes e/ou troncos de árvores ricos em matéria orgânica. Gostam de lugares com pouca luz, úmidos, sem vento e que tenham alimento disponível [2].

A LV refere se a zoonose de canídeos silvestres e domésticos e marsupiais. No ambiente silvestre os canídeos silvestres e os marsupiais são responsáveis pela manutenção do ciclo silvestre da doença. No ambiente urbano o cão (*Canis familiares*) é o principal reservatório por apresentarem parasitismo cutâneo intenso, permitindo que os vetores se infectem facilmente e o homem, o hospedeiro final [2]. No ambiente silvestre as raposas e marsupiais já foram identificados como reservatórios primitivos, embora também adoeçam merecendo estudos mais aprofundados em função da sua distribuição nas Américas e de sua grande capacidade de domiciliação [4]. Na perspectiva epidemiológica a leishmaniose visceral canina (LVC), torna-se mais importante que a doença humana, pois a enzootia canina antecede a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães é mais predominante em humanos [5].

Tanto nos cães como os seres humanos infectados, as manifestações clínicas da LV são similares, apresentando sinais inespecíficos, como febre irregular, anemia, fraqueza, emagrecimento progressivo, caquexia, tosse, diarreia, hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia, podendo ou não levar ao óbito, dependendo da submissão ao tratamento específico nos seres humanos [6]. Afeta principalmente crianças menores de 10 anos, devido à imaturidade imunológica intensificada pela desnutrição frequente em áreas endêmicas da doença e uma maior exposição ao vetor no peridomicílio [2].

A adaptação do nicho ecológico da Leishmania, do meio silvestre para o peridomicílio, são atribuídas a uma série de fatores inter-relacionais, salientando o desmatamento para práticas agrárias e loteamentos urbanos, o processo de urbanização desorganizado, com infraestrutura, moradia e saneamento precários [7], alterações climáticas, novos fatores imunossupressivos (como a infecção pelo HIV), intenso êxodo rural [8]. Estas ações antrópicas estão modificando o espaço ecológico da doença, alterando o comportamento dos vetores e hospedeiros, ampliando as áreas endêmicas [9].

As modificações ambientais afetam a distribuição das doenças e estudar o comportamento da doença, avaliar sua magnitude e sua distribuição, além de possibilitar conhecer a área e extensão de transmissão, indica a população sob-risco e as medidas de controle a serem adotadas.

As relações entre desenvolvimento econômico, condições ambientais e de saúde são muito estreitas, pois as condições para a transmissão de várias doenças são propiciadas pela forma com que são realizadas as intervenções humanas no ambiente [10].

As variáveis que indicam a qualidade de vida, saúde e ambiente são detectáveis no espaço. Sendo assim, o geoprocessamento se impõe como ferramenta de organização, análise de dados, útil para formular e avaliar hipóteses sobre a distribuição espacial, contribuindo para o estudo e avaliação de riscos à saúde coletiva ou sócios ambientais, objetivando fornecer subsídios para as tomadas de decisões e identificar as áreas prioritárias para intervenção [11].

Na análise de doenças metaxênicas[3], verifica o uso gradual da abordagem ambiental relacionada ao uso de técnicas de sensoriamento remoto e métodos computacionais especializados, onde conhecendo as condições ambientais dos vetores e dos reservatórios consegue-se empregar a paisagem para verificar seu padrão espaço-temporal e prever os possíveis riscos epidemiológicos, auxiliando a adoção de medidas de prevenção ou controle da doença [12].

No campo de ação da saúde publica, os mapas georreferenciados têm sido utilizados, frequentemente, na avaliação minuciosa da saúde populacional, pois permitem observar a distribuição geográfica da doença no decorrer do tempo, seu

[3] Quando parte do ciclo vital de um parasito se realiza no vetor, isto é, o vetor não só transporta o agente etiológico, mas é um elemento obrigatório para sua maturação ou multiplicação.

deslocamento, índices de morbidade, modelagem de risco, promoção e prevenção à saúde, análise através da manipulação do banco de dados epidemiológicos [13].

A heterogênea e estável associação da LV com a pobreza faz com que a carga incide de forma desigual nas porções mais pobres, visto que a expressiva associação da transmissão da doença como falta de infraestrutura, de saneamento ambiental e das migrações de trabalho, atraindo populações para áreas de contato com o vetor. Populações com péssimos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) são as que mais são acometidas pelas Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) que são doenças ocorridas nos trópicos e apresentam investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle. O Brasil se inclui neste cenário apresentando, 9 das 10 doenças identificadas como DTN e o Norte e Nordeste detêm os piores IDH e são os mais acometidos por DTN [14].

A distribuição no Brasil, conforme o DATASUS no intervalo de 2010 – 2015 foram notificados 22.044 casos confirmados de LV, com 20.130 casos novos. A faixa etária mais acometida esta entre 1 – 4 anos (n = 5.645; 26%), com predominância do sexo masculino (n = 13.975; 63%), nível de escolaridade mais acometida no ensino fundamental (n = 2.175; 10%). Relativo às frequências de mortalidade, houve 1.483 óbitos prevalecendo a faixa etária de 40 – 59 anos (n= 377; 1,7%), sexo masculino (n = 981; 4,5%).

Em Palmas, observa-se o surgimento de novos focos em todas as regiões do município, o que demonstra dificuldades no seu controle e aponta a necessidade de estudos sobre sua distribuição, pois pouco se conhece sobre a sua epidemiologia nos focos urbanos. As relações entre os componentes da cadeia de transmissão no cenário urbano parecem ser mais complexas e variadas do que no meio rural, o que aponta a necessidade de estudos que conduzam a medidas mais eficazes de controle.

Com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico e a distribuição espacial dos casos humanos da LV em Palmas no período de 2010 – 2015, através da elaboração de mapas de densidade de Kernel sendo uma técnica estatística, de interpolação, não paramétrica, em que uma distribuição de pontos ou eventos é transformada numa “superfície contínua de risco” para a sua ocorrência [15].

Para a aplicação da estimativa Kernel torna-se necessário a definição de dois parâmetros básicos: (I) raio de influência que define a vizinhança do ponto a ser interpolado e controla o alisamento da superfície gerada; (II) uma função de

estimação k (Kernel) com propriedades de suavização do fenômeno. O Kernel quártico ou função de quarta ordem é a mais comumente utilizada.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal dividido em duas etapas: a primeira exploratória e a segunda analítica. O estudo ecológico exploratório permite caracterizar a distribuição e a frequência da LV na cidade de Palmas, enquanto o estudo analítico possibilita a realização de uma análise georreferenciados da ocorrência da doença.

O estudo ecológico utiliza áreas geográficas como unidades de análise e variáveis preditivas [16]. São estudos que abordam áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio de correlação entre indicadores de condição de vida e indicadores de situação de saúde [17].

2.1. OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados referentes às notificações de LV com casos autóctones em humanos a respeito do número de casos e óbitos foram obtidos no SINAN, no período de 2010 – 2015. Os dados foram salvos em formato Microsoft Excel, os quais foram efetuados filtros das variáveis: sexo, idade, endereço, manifestações clínicas, co-infecção HIV, tipo de entrada, classificação final e critério de confirmação para análise do perfil epidemiológico.

2.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada o teste de qui-quadrado (χ^2) para tendência ao longo do período analisado [18]. Para avaliar a associação entre as variáveis de escolaridade, faixa etária utilizou o teste de qui quadrado para independência, e para avaliar a associação entre gênero foi utilizado o teste de qui-quadrado com correção de Yates.

2.3. PRODUÇÃO DOS MAPAS TEMÁTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Para elaboração dos mapas foram selecionados os casos notificados positivos de LV no período do estudo e através do Google Maps obtenção das coordenadas geográficas.

Os dados foram tratados em um sistema de informações geográficas (QGIS), por meio do agrupamento dos casos positivos em classes e a construção de mapas de densidade de Kernel, priorizando áreas de maior ocorrência da doença, para fins de vigilância e monitoramento dos casos.

2.4. ÁREA DE ESTUDO

A área geográfica selecionada para esta pesquisa, refere-se ao município de Palmas (10′ 8″ S 48° 19′ 54″ O), capital do Estado do Tocantins, Foi fundada em 1º de Janeiro de 1990, com a vegetação característica do cerrado, com clima tropical seco, com distribuição sazonal das precipitações pluviais bem definidos em duas estações.

De acordo com a tabela 1 o censo demográfico de Palmas no decorrer dos anos.

Tabela 1 – Censo demográfico de Palmas entre 2010 – 2015.

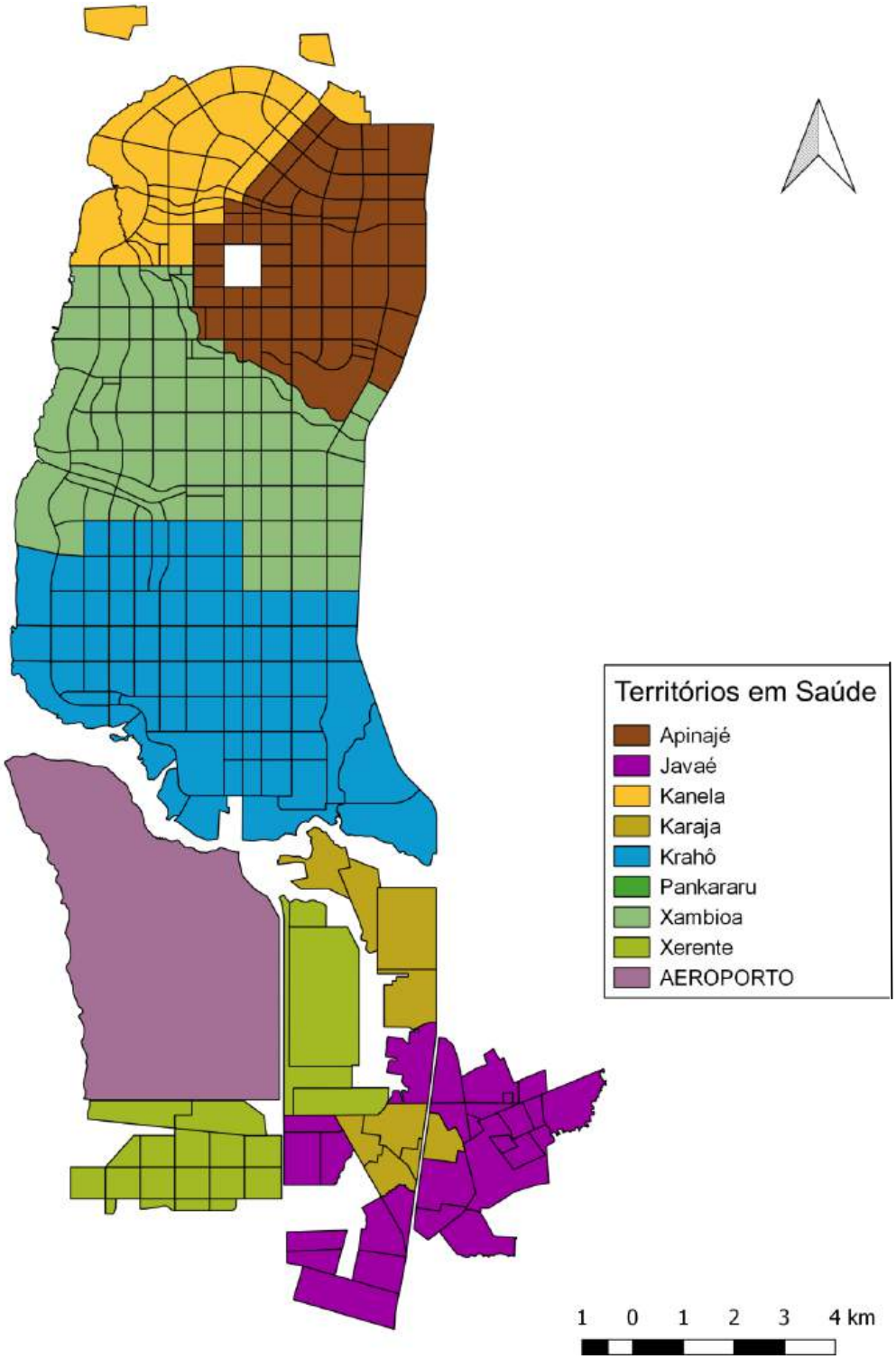
ANO	POPULAÇÃO
2010	228.322
2011	235.315
2012	242.070
2013	257.904
2014	265.409
2015	272.726

Fonte: IBGE, 2017.

Conforme a Portaria Nº 518, de 14 de Junho de 2016, institui a RAVS – Rede de Atenção e Vigilância em Saúde com objeto de organizar o sistema municipal de saúde. Organizada em 8 divisões territoriais de saúde (Canela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu). Neste estudo excluir se a o território Pankararu e áreas de zonas rurais que fazem parte dos territórios das análises espaciais.

Seguindo os preceitos da Resolução no. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética do CEULP/ULBRA, este mediante submissão à Plataforma Brasil, parecer 2358181.

Figura 1: Territórios de Saúde Palmas – TO



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

3. DISCUSSÃO E RESULTADOS

De acordo com a série temporal da LV em Palmas – TO, compreendida entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015, foram notificados, no SINAN, 1237 casos novos de LV autóctones, dos quais 170 casos (13,7%) foram confirmados. Com média anual de 28,3 casos positivos, a cidade é endêmica (transmissão intensa) para a doença e, portanto, prioritária ao desenvolvimento de ações voltadas para o controle e prevenção da LV.

Na tabela 2, estão descritas as características dos indivíduos notificados por LV de acordo com o sexo, etnia, nível de escolaridade e faixa etária no período avaliado.

Tabela 2 – Características dos indivíduos acometidos por LV em Palmas-TO (2010 – 2015)

Variáveis	FA	FR(%)	X^2	ρ-valor
Sexo			8,5	<0,0001
Masculino	104	61.2		
Feminino	66	38.8		
Etnia			418	<0,0001
Branca	21	12.4		
Negra	5	2.9		
Amarelo	2	1.2		
Parda	137	80.6		
Escolaridade			208	<0,0001
Analfabeto	0	0.0		
Ensino fundamental	36	21.2		
Ensino médio	22	12.9		
Ensino superior	7	4.1		
Ignorado	105	61.8		
Faixa etária			48,8	<0,0001
< 1 ano	32	18.8		
1 – 4 anos	33	19.4		
5 – 9 anos	13	7.6		
10 – 19 anos	17	10.0		
20 – 39 anos	44	25.9		
40 – 59 anos	18	10.6		
> 60 anos	9	5.3		

*FA = frequência absoluta; FR = frequência relativa; x^2 = qui quadrado; ρ = valor de significância.

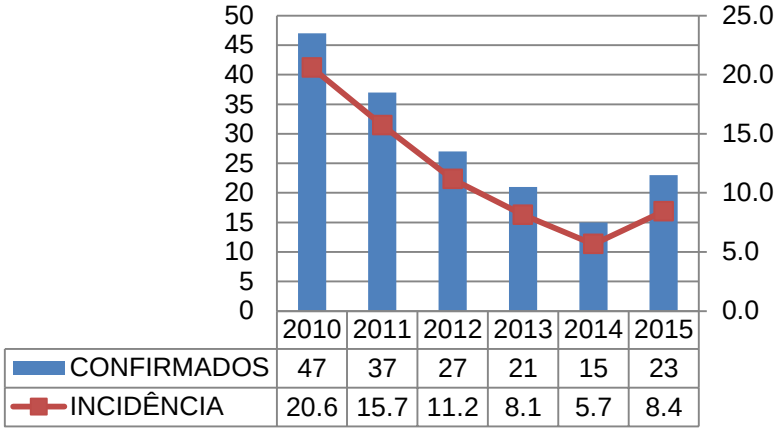
Fonte: SINAN, 2017.

Verifica que o agravo é mais frequente no sexo masculino (n=720; 58,2%). Sobre a variável etnia 2,1% das fichas de notificação (n=26) apresentam o campo em branco/ignorado e os indivíduos autodeclarados pardos (n= 928, 80,4%) são os

que apresentam maior proporção. Quanto a escolaridade 60,6% (n=750) apresentam o campo “não se aplica”, ignorado e/ou não informado, possivelmente pela maior incidência da doença em crianças. Em relação a variável escolaridade verificou se 1,6 % (n = 8) declararam analfabetos, 57% (n = 278) possuírem ensino fundamental, 33% (n = 161) ensino médio, 8,2% (n = 40) ensino superior. A faixa etária mais acometidos variou entre os menores de 1 ano (n = 143; 11,6%), de 1 – 4 anos (n = 373; 30,1%), 5 – 9 anos (n = 144, 11,6%).

Durante o período analisado, foi possível observar uma redução da incidência, exceto 2015, com maior dispersão da endemia no ano de 2010, com 47 casos confirmados (27,6%) e um coeficiente de incidência de 20.6 casos por 100.000 habitantes (Figura 2).

Figura 2 – Número de casos confirmados e o coeficiente de incidência de LV em Palmas-TO (2010 – 2015)



	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CONFIRMADOS	47	37	27	21	15	23
INCIDÊNCIA	20.6	15.7	11.2	8.1	5.7	8.4

Fonte: SINAN (2017)

A febre aparece como a principal manifestação clínica dos casos confirmados para LV, no período analisado, com n = 162, seguido de aumento do baço (n = 115), fraqueza (n = 108) e aumento do fígado e emagrecimento (n = 8) (tabela 3).

Tabela 3 – Dados clínicos dos indivíduos acometidos por LV

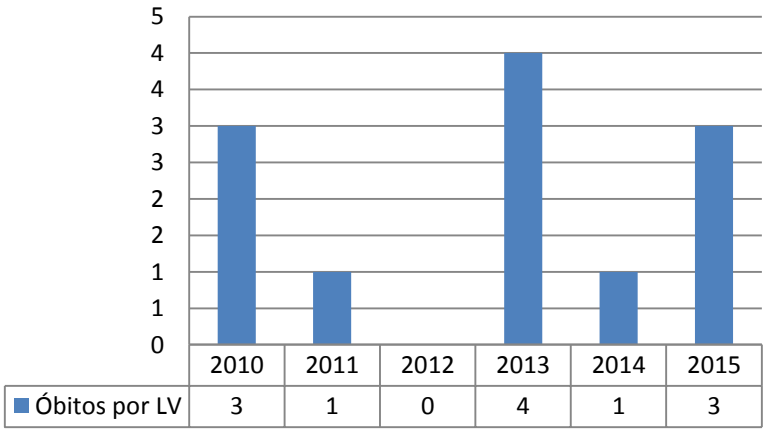
Manifestações Clínicas	FA	FR (%)
Febre	162	95,3
Fraqueza	108	63,5
Emagrecimento	89	52,3
Tosse e/ou diarreira	67	39,4
Palidez	86	50,6

Amento do baço	115	67,4
Aumento do Fígado	89	52,3

Fonte: SINAN, 2017

Os estudos de indicadores epidemiológicos sobre os óbitos por leishmaniose visceral são importantes porque contribuem para sua melhor compreensão e sugerem aos gestores de saúde e ao serviço de vigilância a necessidade de priorizar e readequar as ações para a melhoria nos campos da assistência, da vigilância e do controle da doença. Entre os anos de 2010 – 2015, o município de Palmas-TO registrou 12 óbitos por leishmaniose visceral de um total de 170 casos confirmados no mesmo período apresentando uma letalidade de 7% (figura 3). Quanto a distribuição dos óbitos por sexo, observou uma maior frequência do sexo feminino n = 8 (66,6%), na faixa etária entre menores de 1 ano e na etnia parda n = 6 (50%).

Figura 3 – Óbitos por Leishmaniose Visceral em Palmas-TO (2010 – 2015).



Fonte: SINAN, 2017.

No que diz respeito à variável tipo de entrada dos casos notificados, para o período estudado, os casos novos correspondem a n = 1.211 (97,9%), a recidiva n = 13 (1%) e transferência n = 3 (0,2%). Os casos novos apresentaram uma queda em 2011, seguido de aumento nos anos 2012 – 2013. As recidivas apresentam uma alternância de queda em 2011 e 2013 e um aumento nos anos de 2010, 2012, 2014, chegando a zero em 2015 (tabela 4).

Tabela 4 – Tipo de entrada dos casos confirmados para LV em Palmas-TO (2010 – 2015).

Tipo de entrada	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	FR (%)
Casos novos	113	96	225	311	219	247	1211	97,9
Recidiva	4	2	4	1	2	0	13	1
Transferência	0	0	1	0	2	0	3	0,2

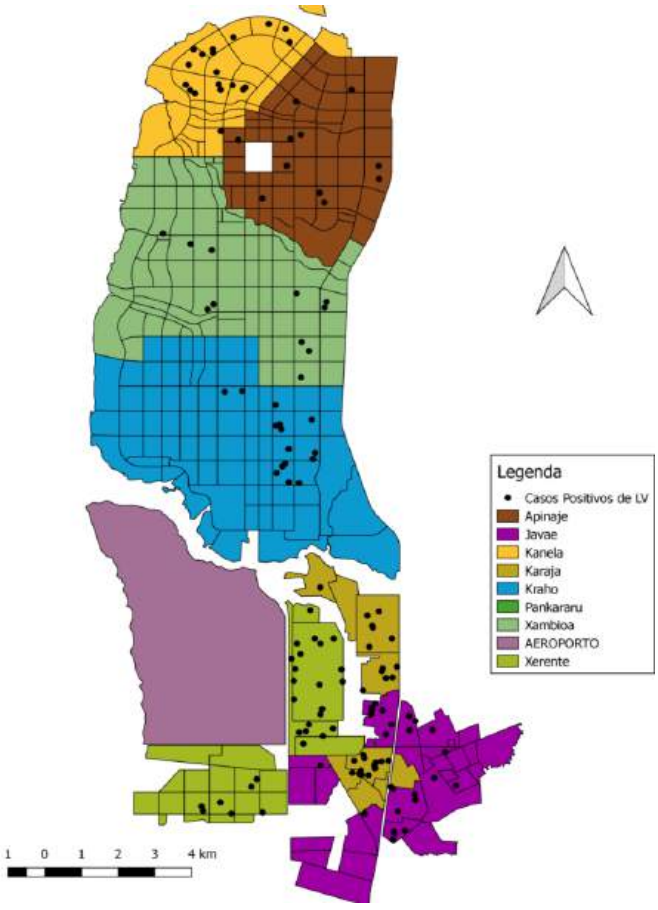
Fonte: SINAN, 2017.

3.1. MAPEAMENTO DA LV EM PALMAS-TO.

O mapeamento se forma como atividade básica na tentativa de buscar indícios e condicionantes que caracterizem um problema de saúde.

Devido às características do processo de transição epidemiológica da LV, e a urbanização crescente de Palmas (IBGE), a figura 5 representa a distribuição espacial da doença na cidade de Palmas-TO, no período estudado.

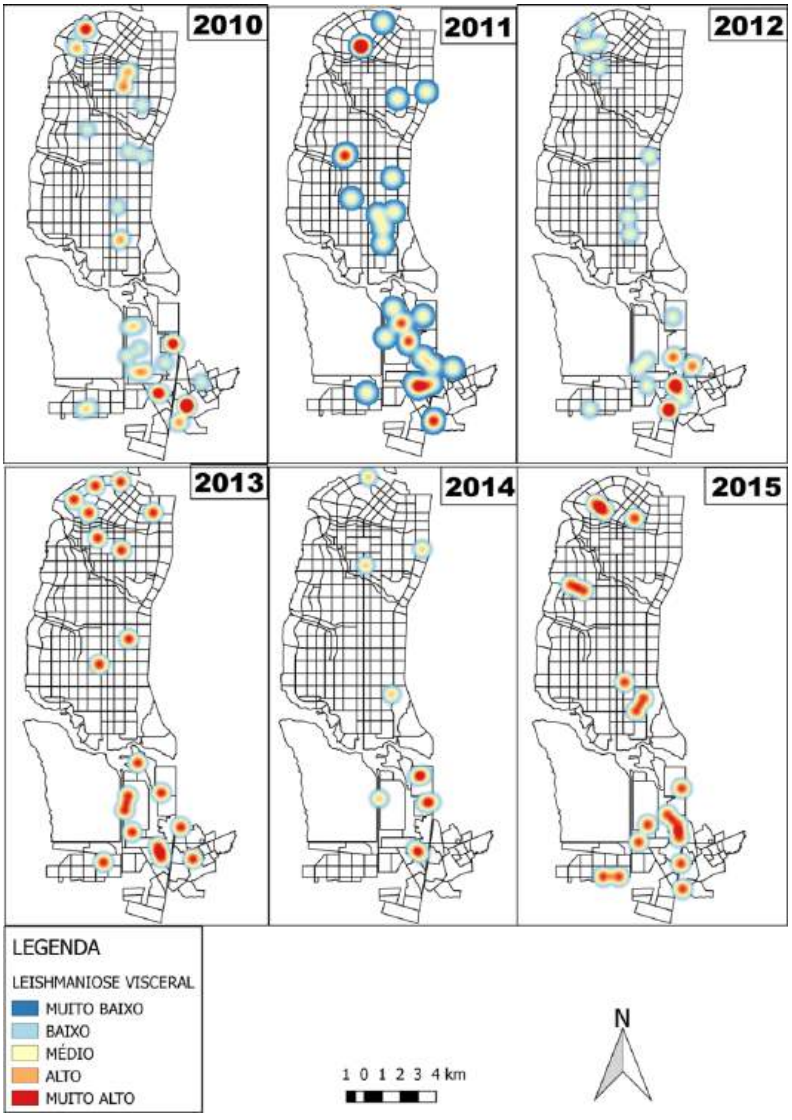
Figura 5 – Distribuição espacial da Leishmaniose Visceral em Palmas-TO (2010 – 2015).



Fonte: SINAN, 2017.

Examinou-se os casos positivos autóctones de LV ocorridos na zona urbana de Palmas estão distribuídos em 58 bairros, com maior incidência em 7 destes, representando 32,9% do total (n = 56), acontecendo no Jardim Aureny III (13; 7,6%), Jardim Santa Barbara (12; 7%), Jardim Aureny II e Setor Bela Vista (7; 4,1%), Jardim Aureny I e Jardim Aureny IV (6; 3,5%) e o Setor Lago Sul (5; 2,9%), todos localizados na região sul da cidade apresentando maior risco de transmissão (Figura 6). De acordo com a distribuição espacial do agravo o Jd. Aureny II pertencente ao Território Xerente fica com 23% dos casos, seguido do Setor St. Bárbara localizado no Território Javaé com 21,4%, os Jds. Aureny I, II, IV fixado no Território Karaja apresenta 33,9% dos casos positivos de LV.

Figura 6 – Evolução da distribuição dos casos humanos de Leishmaniose Visceral, Palmas-TO (2010-2015)



Fonte: SINAN, 2017.

Verificou-se uma distribuição não homogênea, ficando mais concentrado nas extremidades da cidade (Região Norte e Sul), no período estudado, ficando alguns casos localizados na região central cabendo uma análise mais aprofundada. Torna-se factível que o processo de urbanização de Palmas tenha refletido no contexto da saúde-doença à devido a ocupação territorial que exclui a população de baixa renda para as regiões periféricas da cidade, que apresenta as condições ideais à instalação e à manutenção do agravo.

4. CONCLUSÃO

A doença vetorial típica de regiões tropicais e subtropicais, onde a pobreza, a falta de condições básicas de saneamento e as alterações ambientais são fatores determinantes à sua propagação (DNDI, 2017). A LV assume grande importância epidemiológica, pois o território de Palmas é considerada área endêmica pelo alto coeficiente de incidência em humanos e ampla distribuição geográfica, apesar da redução significativa no número de casos observada no decorrer deste estudo.

De acordo com o perfil epidemiológico da doença e o processo de urbanização, Palmas apresenta áreas com condições favoráveis ao aparecimento da doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), as doenças relacionadas à pobreza ou negligenciadas, como a LV, afetam desproporcionalmente as pessoas que vivem em más condições de vida, gerando um ciclo de pobreza e de doença, na qual também é verificável no município.

O perfil epidemiológico da LV em Palmas-TO, evidencia que o grupo mais acometido, são principalmente pessoas residentes na zona urbana da cidade, com baixa escolaridade, predominantemente masculina, da cor parda, e crianças com idade inferior a 10 anos de idade, corroborando com outros autores e outras realidades brasileiras.

Além de ser um agravo de notificação compulsória o uso de dados secundários são ordenados na detecção passiva, com a provável ocorrência de subnotificação, e o uso de delineamento ecológico são limitações do presente estudo. Apesar disso, a pesquisa permitiu descrever a expansão da leishmaniose visceral em Palmas-TO, no período de 2010 – 2015, além de apontar um padrão de

evolução, servindo de subsídios para estudos futuros bem como para a gestão da SMS.

A análise espacial demonstrou uma grande distribuição da doença, com maior concentração na região sul da cidade, sendo áreas de transmissões mais antigas, que concentram a maior densidade urbana com menor poder aquisitivo. Segundo KRAN e FERREIRA (2006) a manutenção do vetor no ambiente urbano esta associado aos piores indicadores relacionados à infraestrutura precária (pavimentação asfáltica das vias, esgotamento sanitário através de rede, condições adequadas de habitabilidade, sistema de coleta e destino do lixo e presença de instalação sanitária interna).

A aplicação de técnicas de análise espacial associada a um sistema de vigilância da LV permite ampliar o entendimento sobre a epidemiologia da doença. Contudo, a aquisição de dados do tipo *Shape file* mais atualizada com a presença de todas as quadras, quadras internas, lotes e ruas, faz-se necessário.

Os resultados mostrados no estudo são úteis à medida que o perfil epidemiológico observado no município poderá subsidiar o planejamento de políticas públicas mais amplas e articuladas, a partir de ações intersetoriais, voltadas não apenas para as atuais estratégias de controle da doença, mas também para definição das áreas de risco e dos determinantes sócio econômicos da saúde, visando à prevenção da leishmaniose na área estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] CDC. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/epi.html>. Acesso em 18 de dez. de 2017.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 1. Ed., 5. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

[3] PRATA, A.; SILVA, L. A. Calazar. In: COURA, J. R. Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, v. 1, p. 713-732.

[4] SHERLOCK, I. Ecological interactions of visceral leishmaniasis in the state of Bahia, Brazil. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 97, p. 671-683, 1996.

[5] SCOTT, D. W.; WILLIAM, H. M.; GRIFFIN, G. E. Viral, rickettsial and protozoal skin disease. In:____. Small animal dermatology. 6.ed. Philadelphia: Saunders, 2001. p. 517-542.

[6] FEITOSA, M. M.; IKEDA, F. A.; LUVIZOTTO, M. C. R.; PERRI, S. H. V. Aspectos clínicos de cães com leishmaniose visceral no município de Araçatuba, São Paulo (Brasil). Clínica Veterinária, São Paulo, n. 28, p. 36-44, 2000.
.

[7] LANGONI, H. et al . American visceral Leishmaniasis: a case report. Journal of Venomous Animals and Toxins including Tropical Diseases, Botucatu, v. 11, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-91992005000300012&lng= en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2017.

[8] GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Leishmaniose Visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 338-349, 2004.

[9] BEVILACQUA, HH et al. Urbanização da leishmaniose visceral em Belo Horizonte. Arq. Bras. Med. Vet. Zootec. v.53 n.1 Belo Horizonte fev. 2001

[10] PIGNATTI, M. G. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. Ambiente & Sociedade, Campinas, v. 7, n. 1, p. 133-148, 2004

[11] BARCELLOS, C.; RAMALHO, W. Situacao Atual do Geoprocessamento e da Analise de Dados Espaciais em Saude no Brasil. Informatica Publica, v. 4, n. 2, p. 221-230, 2002.

[12] APARICIO, C.; BITENCOURT, M. D. Modelagem espacial de zonas de risco da leishmaniose tegumentar americana. Revista de Saude Publica, Sao Paulo, v. 38, n. 4, p. 511-516, 2004.

[13] APARÍCIO, C. Utilização do geoprocessamento e sensoriamento remoto orbital para a análise espacial de paisagem com incidência de leishmaniose tegumentar americana. 2001. 93 f. Dissertação (Mestrado em Biociências), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

[14] LINDOSO, J. A. L.; LINDOSO, A. A. B. P. Neglected tropical diseases in Brazil. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, v. 51, n. 5, p. 247–253, 2009.

[15] BRASIL; Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Introdução a Estatística Espacial para Saúde Pública. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

[16] CASTELLANOS, P. C. O ecológico na epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. et al. (Org.). Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: ABRASCO, 1998, p. 129-147. (Série Epidemiológica, 2).

[17] ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. M. (Org.). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003

[18] MALCON, M. C.; MENEZES, A. M. B.; CHATKLIM, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2003. https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000100003

DETERMINANTES PARA A COMPETÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM HANSENÍASE, PALMAS – TOCANTINS

Journal:	*Revista Brasileira de Enfermagem*
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Key Keywords in English (5 words from DECS <u>AND</u> 5 from MESH):	Community Health Agents, Leprosy, Primary Health Care, Knowledge, Professional competence, Agentes Comunitários de Saúde, Hanseníase, Competência profissional, Conhecimentos, Atenção Primária à Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

Artigo original

DETERMINANTES PARA A COMPETÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM HANSENÍASE, PALMAS – TOCANTINS

Allana Lima Moreira Rodrigues
Lorena Dias Monteiro

For Review Only

RESUMO

Objetivo: Descrever os determinantes para competência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no acompanhamento de casos de hanseníase em Palmas, Tocantins. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado entre 2017 e 2018, com aplicação de formulário estruturado a 301 ACS. **Resultados:** A idade mínima foi de 20 anos e a máxima, de 67, com uma média de 42,6 anos. Os fatores associados independentes para a competência dos ACS foram: ter realizado curso de capacitação (*OR* ajustada=4,44; p=0,000), maior frequência de visitas domiciliares para casos de hanseníase (*OR* ajustada=2,38; p=0,009), visita domiciliar acompanhado de profissional da equipe para avaliação de contatos (*OR* ajustada=1,87; p=0,039). **Conclusão:** O matriciamento da equipe, curso de formação e a experiência com visitas domiciliares foram determinantes a competência de ACS em acompanhar casos de hanseníase no território da ESF. O desenvolvimento de competências de ACS é indispensável para o fortalecimento do controle da hanseníase em áreas hiperendêmicas.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde. Hanseníase. Atenção Primária à Saúde. Conhecimentos. Competência profissional. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, causada por *Mycobacterium leprae*, permanece como uma doença negligenciada e importante problema de saúde pública no Brasil[1]. Em 2018, foram registrados aproximadamente 208.641 novos casos de hanseníase no mundo, e aproximadamente 14,8% desse total ocorreu nas Américas, sendo o Brasil responsável por 28.660 novos casos, ou seja, 92,6%[2]. No país, o coeficiente de detecção geral foi de 11,2 casos novos por 100 mil habitantes em 2019[3]. O estado do Tocantins, no mesmo ano, foi considerado o mais hiperendêmico para hanseníase no país, com um coeficiente de detecção de 87,30 casos por 100 mil habitantes[3].

Em 2019, Palmas foi a capital mais hiperendêmica para hanseníase no país, com um coeficiente de detecção geral de 204,3 por 100 mil habitantes[3]. Essa realidade epidemiológica é resultado da implementação do projeto Palmas Livre da Hanseníase (PLH), o qual teve início em março de 2016 e final em março de 2019[4-5]. Esse projeto foi desenvolvido diante da necessidade de treinamento em serviço para o alcance de indicadores que refletissem a realidade epidemiológica local, bem como para o enfrentamento da doença e redução da prevalência oculta. Neste contexto, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi crucial e se deu tendo como estratégia prioritária a capacitação com ressignificação das práticas dos profissionais de saúde para as ações de vigilância e controle da hanseníase[5].

Neste cenário, a competência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para acompanharem casos de hanseníase e o conhecimento acerca das ações de prevenção e controle são determinantes para se avançar no enfrentamento da doença. A prática do ACS deve incorporar a vigilância à saúde no território com abordagem coletiva desse agravo, envolvendo ações educativas, busca ativa de sintomáticos dermatológicos, busca ativa de faltosos e de casos em abandono, acompanhamento de comunicantes, bem como supervisão do tratamento[4-5].

Na APS, o suporte dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o ACS se materializa por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, considerando a clareza das responsabilizações comuns e as específicas de cada membro da equipe[6-7]. Adicionalmente, para o alcance da integralidade da atenção à pessoa acometida por hanseníase se faz necessário privilegiar a visita domiciliar (VD). A VD é uma ferramenta de intervenção importante a ser aplicada por todos os profissionais da ESF, pois além de instrumentalizar o ACS, é uma oportunidade para a criação de vínculo e conhecimento da realidade de vida das pessoas acometidas[8-7].

Tendo em vista a escassez de trabalhos na literatura que abordem a competência dos ACS no acompanhamento de casos de hanseníase, este estudo foi realizado com o objetivo de descrever os determinantes que contribuem para que os ACS se sintam competentes para o acompanhamento de casos de hanseníase em Palmas, capital do Tocantins, Brasil.

For Review Only

OBJETIVO

Descrever os determinantes para a competência de ACS no acompanhamento de casos de hanseníase em Palmas, capital do Tocantins, Brasil.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – Tocantins (protocolo nº 2.374.750/2017/CEP/ULBRA). A coleta de dados foi realizada após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e o consentimento livre por escrito do participante.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado entre os anos de 2017 e 2018. O projeto foi desenvolvido no Município de Palmas, Tocantins com uma população estimada de 300.000 habitantes em 2019. Este território possui uma área de 2.219km^{2}[9], em que a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS Palmas) da Secretaria da Saúde possui três distritos administrativos subdivididos em 8 territórios de saúde com seus respectivos 34 Centros de Saúde da Comunidade (CSC) e demais pontos de atenção.

População de estudo, critérios de inclusão e exclusão

A população de estudo foi constituída por 506 ACS vinculados à Rede de Atenção Primária à Saúde de Palmas. Desse universo, 20 estavam em desvio de função, 7 estavam nomeados para exercício de cargos, 3 estavam de licença médica e 2 de licença para interesses pessoais. Um total de 474 ACS eram profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família, sendo que, desse total, 40 estavam de férias no período da entrevista e os demais não compareceram ao convite para a pesquisa. Fizeram parte do estudo 301 ACS e todos tinham mais de 5 anos de atuação como ACS.

Protocolo do estudo

Para a coleta de dados seguiram-se os seguintes passos: 1) apresentação do projeto para o gestor municipal; 2) apresentação do projeto para os gerentes dos Centros de Saúde da Comunidade (CSC) e pactuação das datas para a realização das entrevistas junto aos ACS; 3) convite para os agentes participarem da pesquisa, efetuado pelos gerentes dos CSC com 10 dias de antecedência da data de entrevista; 4) realização da coleta de dados por duas pesquisadores experientes na área, treinadas e com suporte de acadêmicos do curso de medicina para apoio e organização da logística na coleta.

Os participantes responderam a um formulário padronizado com questões estruturadas. Esse formulário foi pré-testado com ACS atuantes em Equipes de Saúde da Família (eSF) do município

For Review Only

de Porto Nacional, TO. Após a validação dos formulários, a coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a setembro de 2017 e os meses de agosto a outubro de 2018.

A variável desfecho (independente) selecionada foi *competência* para acompanhar casos de hanseníase. Essa variável foi perguntada com o objetivo de se saber o quanto o ACS se sentia competente, preparado e/ou seguro para acompanhar casos de hanseníase no território. Essa pergunta foi direcionada com o objetivo de saber a capacidade do ACS para executar os seus deveres de profissão no acompanhamento de casos de hanseníase e de executar suas tarefas profissionais com habilidade e qualidade aceitável para as pessoas acometidas pela doença.

Após as entrevistas e resultados preliminares do estudo, foi realizada uma capacitação de 18 horas com grupos de até 20 ACS, conforme programação com a gestão local. A capacitação foi aplicada utilizando-se a metodologia da problematização a partir das lacunas de conhecimento identificadas nessa pesquisa.

Análise dos resultados e estatística

As variáveis explicativas (dependentes) investigadas identificar os fatores associados à competência dos ACS acompanharem casos de hanseníase no território foram: *escolaridade, naturalidade, tempo de residência em Palmas, faixa etária, sexo/gênero, estado civil, local de residência, raça/cor, renda familiar, tempo de atuação como ACS, casos confirmados de hanseníase no território, casos acompanhados de hanseníase no território, curso em hanseníase, modo de transmissão, recomenda separar objetos de uso pessoal, visita domiciliar acompanhada por um profissional de nível superior da equipe, visita domiciliar acompanhada por um profissional de nível superior da equipe para educação em saúde, visita domiciliar acompanhada por um profissional de nível superior da equipe para avaliação de contatos, visita domiciliar acompanhada por médico, visita domiciliar acompanhada por enfermeiro, visita domiciliar acompanhada por técnico de enfermagem, visita domiciliar acompanhada por cirurgião dentista, visita domiciliar acompanhada por profissionais do NASF.*

Realizou-se a análise bivariada utilizando-se o teste de qui-quadrado de Pearson e o cálculo das razões de prevalência (RP) com intervalos de 95% de confiança (IC 95%).

A variável competência para ACS acompanharem casos de hanseníase no território (definida pela condição de o ACS se sentir competente/confiante/capacitado para acompanhar casos de hanseníase) foi adotada como desfecho. A análise multivariada foi realizada considerando $p<0,20$ para incluir a variável no modelo logístico, e $p<0,05$ para manter a variável no modelo final, porém, permaneceram no modelo as variáveis com $p>0,05$ que alteraram consideravelmente outras variáveis. As variáveis que apresentaram colinearidade não foram incluídas no modelo final. A *odds ratio* (*OR*) ajustada foi usada para analisar os fatores de associação e foi considerada significativamente diferente quando o intervalo de confiança de 95% não incluiu o valor 1.

For Review Only

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 301 ACS. A idade mínima foi de 20 anos e a máxima, de 67, com uma média de 42,6 anos. Nessa pesquisa, 63,45% dos participantes tinham mais de 20 anos de residência em Palmas e 52,82% eram naturais do estado do Tocantins. A maior proporção de ACS estava na faixa etária entre 36 a 45 anos (41,19%), sendo majoritariamente do sexo/gênero feminino (77,41%), de cor parda (71,10%), com renda de até 2 salários mínimos (58,14%) e ensino superior completo ou incompleto (52,49%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de agentes comunitários de saúde atuantes em equipes de saúde da família do município de Palmas, Tocantins, Brasil, 2018.

Variável	Nª (301)	%ᵇ
Naturalidade/estado		
Tocantins	159	52,82
Outros estados	142	47, 18
Tempo de residência em Palmas		
<10	34	11,29
11 – 19	79	26,24
>20	188	63,45
Faixa Etária		
<35	82	27,24
36 - 45	124	41,19
>46	95	31,56
Sexo/Gênero		
Feminino	233	77,41
Masculino	67	22,26
Outro	1	0,33
Estado Civil		
Casado	153	50,83
Divorciado/separado	25	8,30
Solteiro	82	27,24
União estável	35	11,62
Viúvo	6	1,99
Local de residência		
Rural	20	6.64
Urbana	281	93.36
Raça Cor		
Amarela	10	3,32
Branca	32	10,63
Preta	45	14,95
Parda	214	71,10
Renda Familiar		
Até 1 salário	47	15,61
Até 2 salários	175	58,14
3 ou + salários	79	26,25
Escolaridade		
Ensino fundamental	43	15,28
Ensino médio	97	32,22
Ensino Superior completo e incompleto	158	52,49

Nota: ª Número de Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo; ᵇ Porcentagem.

Mais da metade (160/53,16%) dos ACS consideraram-se competentes para acompanhar casos de hanseníase no território na rotina de trabalho. A razão de chances foi significativamente

For Review Only

maior para os ACS: com mais tempo de atuação na ESF (RP = 1,36; IC95%: 1,06 – 1,75); que receberam curso/capacitação em hanseníase (RP = 2,41; IC95%: 1,69-3,45); com experiência de acompanhamento de 4 ou mais casos da doença (RP= 2,09; IC95%: 1,39-3,14); com duas ou mais VD acompanhadas por profissionais de nível superior da equipe (RP= 1,93; IC95%: 1,27-2,94); com VD acompanhada por profissional da equipe com nível superior para atividade de educação em saúde (RP= 1,31; IC95%: 1,06-1,61); e com VD acompanhado por profissional da equipe com nível superior para avaliação de contatos (RP= 1,43; IC95%: 1,17-1,76).

Tabela 2 – Análise bivariada de fatores associados à competência de Agentes Comunitários de Saúde para acompanhar casos de hanseníase no território de atuação da ESF em Palmas, Tocantins, Brasil, 2018.

Variável	Total	Considera-se competente para acompanhar casos de hanseníase		Razão de Prevalência	IC[c]	Valor *p*
	N[a]	N[a]	%[b]			
Escolaridade						
Ensino fundamental completo e incompleto	52	30	57,69	1	-	
Ensino médio completo e incompleto	95	46	48,42	1,05	0,80-1,39	0,6931
Ensino superior completo e incompleto	154	84	54,55	0,88	0,68-1,14	<0,3473
Tempo de atuação como ACS[d]						
< 9 anos	110	47	42,73	1	-	
≥ 10 a 18 anos	166	97	58,43	1,36	1,06-1,75	0,0105
≥ 19 anos	25	16	64,00	1,49	1,03-2,15	0,0543
Teve casos confirmados de hanseníase no território						
Não	67	24	35,82	1	-	
Sim	234	136	58,12	1,62	1,15-2,27	0,0013
Acompanhou casos de hanseníase no território						
Não	57	18	31,58	1	-	
Sim	244	142	58,20	1,84	1,23-2,74	0,0003
Realizou curso em hanseníase						
Não	90	24	26,67	1	-	
Sim	211	136	64,45	2,41	1,69-3,45	0,0000
Reconhece o modo de transmissão da hanseníase						
Outros meios	33	11	33,33	1	-	
Vias respiratórias	268	149	55,60	1,66	1,01-2,73	0,0156
Frequência de VD[e] realizadas às pessoas com hanseníase pelo ACS[d]						
≤ 2 visitas	90	35	38,89	1	-	
≥ 3 visitas	211	125	59,24	1,52	2,01-2,14	0,0012
Recomenda separar objetos de uso pessoal na VD[e]						
Não	69	24	34,78	1	1	
Sim	232	136	58,62	1,68	1,19-2,36	0,0005
VD[e] acompanhada por um profissional de nível superior da equipe						
Nunca solicitou VD[e]	48	16	33,33	1	-	
Profissional ausente não acompanhou a VD[e] solicitada	71	33	46,48	1,39	0,87-2,23	0,152
Teve uma VD[e] acompanhado por um profissional da equipe	52	27	51,92	1,55	0,96-2,51	0,060

Conclusão

Variável	Total	Considera-se competente para acompanhar casos de hanseníase		Razão de Prevalência	IC[c]	Valor *p*
	N[a]	N[a]	%[b]			
Teve duas ou mais VD[e] acompanhadas por profissionais da equipe	130	84	64,62	1,93	1,27-2,94	0,0000
VD[e] acompanhada por profissional da equipe para educação em saúde						
Não	198	95	47,98	1	-	
Sim	103	65	63,11	1,31	1,06-1,61	0,0012
VD[e] acompanhada por profissional da equipe para avaliação de contatos						
Não	227	109	48,02	1	-	
Sim	74	51	68,92	1,43	1,17-1,76	0,0001

Nota: [a] Número de Agentes Comunitários de Saúde; [b] Porcentagem; [c] Intervalo de confiança de 95%; [d] Agente Comunitário de Saúde; [e] Visita domiciliar.

Na tabela 3, a única razão de chances significativa à competência do ACS para acompanhar casos de hanseníase no território foi a VD acompanhada pelo enfermeiro da equipe.

Tabela 3 – Análise bivariada de fatores associados à competência de Agentes Comunitários de Saúde para acompanhar casos de hanseníase no território de atuação da ESF em Palmas, Tocantins, Brasil, 2018.

Variável	Total	Considera-se competente para acompanhar casos de hanseníase		Razão de Prevalência	IC[c]	Valor *p*
	N[a]	N[a]	%[b]			
VD[d] acompanhado pelo enfermeiro						
Não	125	54	43,20	1	-	
Sim	176	106	60,23	1,39	1,10-1,76	0,0035
VD[d] acompanhado pelo médico						
Não	207	103	49,76	1	-	
Sim	94	57	60,64	1,21	0,98-1,50	0,0796
VD[d] acompanhado pelo odontólogo						
Não	274	143	52,191	1	-	
Sim	27	17	62,96	1,19	0,87-1,62	0,3077
VD[d] acompanhado pelo técnico de enfermagem						
Não	105	103	52,55	1	-	
Sim	196	57	54,29	1,03	0,82-1,28	0,7738
VD[d] acompanhado por profissionais do NASF[e]						
Não	259	136	52,51	1	-	
Sim	42	24	57,14	1,08	0,81-1,44	0,5767

Nota: [a] Número de Agentes Comunitários de Saúde; [b] Porcentagem; [c] Intervalo de confiança de 95%; [d] Visita domiciliar; [e] Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Os resultados da regressão logística são apresentados na Tabela 4. As maiores chances independentes para o ACS se sentir competente para acompanhar casos de hanseníase no território foram ter realizado curso de capacitação, ter realizado maior frequência de visitas domiciliares para

casos de hanseníase, ter realizado visita domiciliar acompanhado de profissional da equipe para avaliação de contatos (Tabela 4).

Tabela 4 – Regressão logística de fatores associados à competência de ACS para acompanhar casos de hanseníase no município de Palmas, capital do Tocantins, Brasil, 2017- 2018.

Variável	*OR[a] ajustada*	IC[b]	Valor P
Realizou curso em hanseníase	4,44	2,54-7,76	0,000
Frequência de VD[c] realizadas às pessoas com hanseníase pelo ACS[d]	2,38	1,24-4,58	0,009
VD[c] acompanhada por profissional da equipe para avaliação de contatos	1,87	1,03-3,40	0,039

Nota: [a] Odds Ratio; [b] Intervalo de Confiança de 95%; [c] Visita domiciliar; [d] Agente Comunitário de Saúde.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste estudo mostram que os fatores determinantes na análise bivariada para os ACS se considerarem competentes para acompanhar casos de hanseníase na sua prática profissional foram: o maior tempo de atuação no serviço; ter participado de curso de formação; e ter acompanhado casos de hanseníase na área. Variáveis relacionadas à visita domiciliar (VD) foram claramente associadas à melhor capacidade dos ACS acompanharem os casos de hanseníase. A razão de chances foi significativamente maior para os ACS: com três ou mais VD acompanhadas por profissionais de nível superior da equipe; com VD acompanhada por profissional da equipe com nível superior para atividade de educação em saúde; com VD acompanhado por profissional da equipe com nível superior para avaliação de contatos; e com VD acompanhada pelo enfermeiro da equipe. Na análise multivariada os fatores associados independentes para a competência de ACS acompanharem casos de hanseníase foram: ter realizado curso de capacitação; ter realizado maior frequência de visitas domiciliares para casos de hanseníase; ter realizado visita domiciliar acompanhado de profissional da equipe para avaliação de contatos.

O perfil demográfico dos ACS do município de Palmas está em conformidade com outros estudos que avaliaram essa categoria profissional em outros municípios brasileiros, sendo a maioria da população feminina[10,11,12,13]. A idade média, escolaridade e renda familiar dos ACS deste estudo foram semelhantes àqueles encontrados em pesquisas realizadas em Guarabira (Pernambuco) e Juazeiro (Bahia)[10-11]. O perfil do ACS encontrado neste estudo concorda com outros levantamentos demográficos realizados em municípios de todo o país, demonstra que os ACS apresentam, majoritariamente, nível de escolaridade superior ao exigido para o cargo segundo a legislação vigente.

Diferente do que se presumia, a maior escolaridade não foi estatisticamente significante para que ACS se considerassem competentes para acompanhar casos de hanseníase. Apesar de o grau de

For Review Only

escolaridade está relacionado às condições doo ACS incorporar novos conhecimentos, isso não foi determinante neste estudo[14]. Existe uma busca por profissionalização que parte do próprio ACS, na maioria das vezes motivada pelo déficit do conhecimento biomédico, e pode ser exemplificada pela grande quantidade de ACS que realizam cursos técnicos de enfermagem e de nível superior[11].

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o ACS tem um papel essencial na Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que é o membro da equipe e faz parte da comunidade, o que facilita a criação de vínculos, sendo o elo entre a equipe e a população do território. Dentre suas funções, destaca-se a de estar em contato permanente com as famílias – por meio da realização de visitas domiciliares (VD) – desenvolvendo ações de vigilância em saúde, orientações e acompanhando pessoas com problemas de saúde[15]. Estudo recente mostram as experiências problematizadoras no trabalho com os ACS no controle da hanseníase. A realidade foi o ponto de partida para a construção de conhecimento, habilidades, valores e atitudes, sendo considerada, por isso, a fonte de mudanças consideráveis nas concepções e relações pedagógicas, que levam ao aprofundamento do pensamento crítico e a modificações da realidade[16]. Em tempo, Bondía (2002) considera que cada experiência passada deixa algum vestígio singular, que conduz à reflexão e escuta, dando significado ao que se atravessa[17]. Neste sentido, a experiência e o aprendizado dela originado permitem o aperfeiçoamento e a ação sobre a própria vida. No âmbito da saúde, especificamente, a experiência fornece os meios necessários para construir relações pedagógicas e com o outro. No presente estudo foi visto que, de fato, a experiência dos ACS gerada pelo maior tempo de serviço – propiciando o estabelecimento de vínculos com a comunidade – bem como pelo acompanhamento de vários casos de hanseníase em seu território, ou seja, pela vivência da realidade da comunidade, resultou no sentimento de autoconfiança/capacidade destes profissionais em acompanhar casos de hanseníase (Tabela 2). Em outro cenário, foi possível observar que a experiência adquirida pelo ACS no acompanhamento de casos de tuberculose, assim como outras variáveis associadas a esta prática como a realização de tratamento diretamente observado e o preenchimento da ficha de acompanhamento, demonstraram associação com o maior conhecimento sobre a doença, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado[18].

A participação dos ACS em curso de formação sobre hanseníase se mostrou determinante para que estes profissionais se considerassem competentes para acompanhar casos de hanseníase (Tabela 2). Há relatos na literatura com resultados e conclusões semelhantes a este estudo, em que o ACS também apresenta maior conhecimento a partir da realização de capacitação específica[18]. A busca por qualificação pelos ACS é de extrema valia, visto que este profissional é responsável pelo elo entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade, sendo um disseminador de informações e atua na identificação de novos casos de hanseníase[19]. Em estudo recente realizado no mesmo cenário,

For Review Only

foi apontado que a execução do treinamento para hanseníase na atenção primária valorizou a capacidade operacional do serviço, nos aspectos de observação, análise, reflexão, questionamento e busca de soluções e respostas de modo participativo em face da falta de habilidade e insegurança para as ações de controle da hanseníase, e isso pode ser referenciado para os ACS[5]. É fato que um bom nível de conhecimento dos ACS sobre o diagnóstico, transmissão e tratamento da hanseníase promove dispersão de informações úteis aos usuários para quebra da cadeia de transmissão e redução de novos casos[20-21].

O oposto também ocorre, pois o conhecimento insuficiente dos ACS acerca da doença faz com que eles se sintam inseguros para fazer abordagem do assunto no território[22]. Ressalte-se que a capacitação dos profissionais que realizam acompanhamento às pessoas acometidas pela doença, constitui um dos resultados esperados pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) – criado pelo Ministério da Saúde, com a proposta de minimizar o problema no país[23]. Todavia, a maior parte das pesquisas evidencia que a oferta de capacitações relacionadas ao tema é baixa, além de, em geral, os ACS terem uma compreensão precária acerca da hanseníase[10,24,25,26,22,13,19]. O conhecimento insuficiente dos ACS sobre a doença, consequentemente, contribui para o diagnóstico tardio, mantendo as fontes de infecção e aumentando o número de casos infectados. Portanto, frisa-se a importância da oferta de cursos de capacitação aos ACS, a fim de se sentirem seguros ao repassar informações e, por conseguinte, implementar com eficiência ações de promoção, proteção e recuperação das pessoas acometidas pela doença no território.

Ainda, a ESF considera a VD não só uma maneira de assistência aos pacientes que precisam de cuidados contínuos, mas, sobretudo, um mecanismo fundamental para realizar o diagnóstico local, tendo caráter estratégico para o planejamento de ações adequadas às reais necessidades de saúde da comunidade, de sua vida social e familiar[8-7]. No PNCH, a VD é prevista como cenário propício à realização de ações educativas, durante a qual a abordagem dos ACS deve ser fortalecida por meio de discussões na unidade e reuniões técnicas da equipe[23-27]. Neste estudo, a VD se mostrou uma ferramenta de intervenção significativa a ser aplicada por todos os profissionais da ESF na atenção à pessoa acometida por hanseníase, pois além de instrumentalizar o ACS, é uma oportunidade para a criação de vínculo e para a identificação de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, famílias e setores do território[28-18].

Sabe-se que as práticas e ações dos profissionais de saúde na APS são direcionadas para princípios fundamentais, como a garantia da integralidade, a produção do cuidado e o trabalho interdisciplinar[15]. Sendo a equipe multiprofissional importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF[29], característica essencial para o cuidado integral, resolutivo e de redução da carga da hanseníase. A VD realizada pelo ACS e acompanhada por

For Review Only

outros profissionais de saúde da equipe, como o médico, enfermeiro, odontólogo entre outros profissionais objetiva assegurar primeiramente a conexão equipe-comunidade e também dispor de retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico, induzindo à troca de conhecimento e de orientações, e contribuindo para aprimorar a capacidade resolutiva da equipe[30].

Diante da complexidade que envolve o trabalho na ESF e o controle e tratamento da hanseníase no Brasil, representada pela produção de ações de cuidado em saúde que vão desde o diagnóstico, busca ativa de contatos, visitas domiciliares, situações de risco e vulnerabilidade, ações de promoção e prevenção, educação em saúde, demandas do contexto dos programas de assistência social, até o encaminhamento para assistência especializada. A capacitação dos ACS, através da realização e/ou acompanhamento dessas atividades em conjunto com outros profissionais da equipe da ESF, tem forte impacto na resolutividade da equipe para o controle de doenças, como a hanseníase[23-27].

Seguindo o raciocínio do matriciamento como prática de cooperação entre equipes de ESF e suas referências de apoio setoriais e intersetoriais, como Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que buscam potencializar o trabalho por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a nitidez das responsabilizações compartilhadas e as específicas da equipe de APS[31-32]. O apoio matricial aos ACS ocorrendo, pela equipe de referência, entre os profissionais da ESF ou também através de suas referências coloca-se como um fator determinante para que os ACS se sintam habilitados a acompanharem casos de hanseníase em seu trabalho.

Nesta pesquisa, a VD do ACS junto com o enfermeiro da equipe foi estatisticamente significante para a competência de os ACS em acompanharem casos de hanseníase no território. É reconhecido que dentre os profissionais da ESF, o profissional de enfermagem tem destaque, sendo um ator fundamental no cuidado ao paciente diagnosticado com a doença, atuando diretamente nas ações de controle, seja individualmente com os acometidos, as famílias ou comunidade[23-33]. Dessa forma, para conter a hanseníase no contexto da APS, os profissionais de enfermagem devem desenvolver aptidões tanto cognitivas quanto de tomada de decisão para implementar as políticas de saúde. Realmente, estudos têm mostrado que as ações destes profissionais, em geral, estão em consonância com as estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o controle da doença[34,35,36,37,33].

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão associadas ao viés de memória, que pode ocorrer ao responderem os formulários, e à não inclusão de variáveis que poderiam melhor compreender os determinantes envolvidos ao ACS se considerar competente ou não para acompanhar casos de hanseníase. Entretanto, os resultados do estudo se sobrepõem, considerando essa a primeira

For Review Only

abordagem sobre determinantes para autoconfiança/capacitação dos ACS no acompanhamento de casos de hanseníase realizado no país.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Esse estudo trouxe evidências de que o apoio matricial aos ACS pela equipe de referência, em especial a VD do ACS junto com o enfermeiro da equipe, é um determinante para que os ACS se sintam competentes a acompanharem casos de hanseníase em seu trabalho.

É reconhecido que dentre os profissionais da ESF, o profissional de enfermagem tem destaque, sendo um ator fundamental no cuidado ao paciente diagnosticado com a hanseníase, atuando diretamente nas ações de controle, seja individualmente com os acometidos, as famílias ou comunidade[23-33]. Dessa forma, para conter a hanseníase no contexto da APS, os profissionais de enfermagem devem desenvolver aptidões tanto cognitivas quanto de tomada de decisão para implementar as políticas de saúde. Realmente, estudos têm mostrado que as ações destes profissionais, em geral, estão em consonância com as estabelecidas pelo Ministério da Saúde e com a comunidade científica para o controle da doença[34,35,36,37,33].

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo aborda os determinantes que contribuem para que os ACS se sintam competentes a acompanhar casos de hanseníase em Palmas, Tocantins. Foi observado que o maior tempo de atuação no serviço, a participação em curso de formação, bem como o acompanhamento de casos na área são fatores determinantes para que esses profissionais se sintam seguros em lidar com as pessoas acometidas pela doença. A VD demostrou-se significativamente associada à competência dos ACS, pois aqueles com: três ou mais VD acompanhadas por profissionais de nível superior da equipe; VD acompanhada por profissional da equipe com nível superior para atividade de educação em saúde; VD acompanhado por profissional da equipe com nível superior para avaliação de contatos; VD acompanhada pelo enfermeiro da equipe foram estatisticamente significantes para o melhor desempenho dos ACS no manejo dos casos de hanseníase no domicílio. Portanto, ficam evidentes a experiência do ACS no serviço, sua qualificação e a execução de VD juntamente com os profissionais da ESF, como fatores estatisticamente determinantes ao sentimento de segurança dos ACS em acompanhar casos de hanseníase em Palmas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Situação epidemiológica - Dados e Resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 21 abr 2020]. Disponível em: https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase.

For Review Only

2. World Health Organization. Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosyfree world. Weekly Epidemiological Record, 94(35/36): 389-412, 2019 [acesso em 03 mai 2020]. Disponível em: https://www.who.int/wer/2019/wer9435_36/en/.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Situação de saúde, Indicadores de Morbidade, Hanseníase [acesso em 03 mai 2020]. Disponível em: https://sage.saude.gov.br/#.

4. Palmas. Portaria Conjunta SEMUS/FESP nº. 257 de 23 de março de 2016. Institui o Projeto "Palmas Livre da Hanseníase", no âmbito da gestão municipal do SUS [acesso em 16 abr 2020]. Disponível em: http://fesp.palmas.to.gov.br/moodle/mod/folder/view.php?id=39.

5. Monteiro LD, Lopes LSO, Santos PR, Rodrigues ALM, Bastos WM, Barreto JA. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(11): e00007818. doi: 10.1590/0102-311x00007818.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes com Comunitários de saúde: um pacto tripartite / Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf

7. Cunha MS da, Sá M de C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu). 2013; 17(44): 61-73. doi: 10.1590/S1414-32832013000100006.

8. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. Texto contexto - enferm. 2011; 20(spe): 238-246. doi: 10.1590/S0104-07072011000500030.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na internet]. Cidades e Estados. Panorama. População. Território e ambiente [Acesso em: 2020 mar. 06]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>.

10. Andrade CG de, Costa ICP, Freire MEM, Santos KFO dos, Gouveia EM de L, Claudino HG e. Hanseníase: compreensão de agentes comunitários de saúde. RBCS [Internet]. 2011 [citado 09 de junho de 2020];15(1):17-4. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/9914 .

11. Castro TAl de, Davoglio RS, Nascimento AAJ do, Santos KJ da S, Coelho GMP, Lima KSiB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Cad. Saúde Colet. 2017; 25(3): 294-301.doi: 10.1590/1414-462x201700030190.

12. Gomes K de O, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saúde soc. 2009;18(4):744-755. doi: 10.1590/S0104-12902009000400017.

13. Silva JCA, Ribeiro MDA, Oliveira SB. [Assessment of community health workers' level of information on leprosy]. Rev Bras Promoç Saúde. 2016; 29(3): 364-370. doi: 10.5020/18061230.2016.p364.

For Review Only

14. Ferraz L, Aerts DRG de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 347-355. doi: 10.1590/S1413-81232005000200012.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

16. Tavares JB, Costa JLD, Costa JB da, Furtado LGS, Magalhães E de FT. Método problematizador no trabalho de busca ativa de hanseníase em dois centros de saúde: descrição de experiência. Rev. Bra. Edu. Saúde. 2019; 9(2): 01-06. doi: 10.18378/rebes.v9i2.6192.

17. Bondía, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev. Bras. Educ. 2002; (19); 20-28. doi: 10.1590/S1413-24782002000100003.

18. Rocha GSS, Lima MG, Moreira JL, Ribeiro KC, Ceccato M das GB, Carvalho W da S, Silveira MR. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. Cad. Saúde Pública. 2015;31(7):1483-1496. doi: 10.1590/0102-311X00112414.

19. Oliveira CM de, Linhares MSC, Ximenes Neto FRG, Mendes IMVP, Kerr LRFS. Conhecimento e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde sobre hanseníase em um município hiperendêmico. Saúde Rev. 2018; 18(48):39-50. doi: 10.15600/2238-1244/sr.v17n48p39-50.

20. Ribeiro F dos S, Silva MLA, Mendonça ALB de, Soares JSA, Freitas CSL, Linhares MSC. Qualidade dos serviços prestados pelos centros de saúde da família de sobral - ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010. S A N A R E [Internet]. 2012 [citado 09 de junho de 2020];11(2):44-51. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/275.

21. Ximenes Neto FRG, Martins FR, Liberato BTG, Carvalho Filho JP, Aguiar ERB, Martins AR. Ações de sustentabilidade para o controle da hanseníase: a experiência do município Cariré – Ceará. S A N A R E [Internet]. 2011 [citado 09 de junho de 2020];10(2):71-74. Disponíbel em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/258/231.

22. Canário DDR do C, Costa e Silva SP, Costa FM da. Saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da Hanseníase. Rev. enferm. UFPE on line. 2014; 8(1): 1-7. doi: 10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201401.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 58 p. [acesso em 2020 mai. 18]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf.

24. Araujo DYML de, Andrade JS, Madeira MZ de A. A atuação dos agentes comunitários de saúde do município de Teresina/Piauí sobre hanseníase. Rev RENE [Internet]. 2011[citado 09 de junho de 2020];12(N. esp.):995-1002. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027978015 .

For Review Only

25. Alencar OM, Heukelbach J, Pereira TM, Barbosa JC. Community health agent's work in control of hansens' disease. Rev Rene [Internet]. 2012 [citado 09 de junho de 2020]; 13(1):103-13. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3779.

26. Sales JCS, Luz VLES, Castelo-Branco FMF, Araujo MFF, Castro SHTS, Silva TCA. O significado da hanseníase para o agente comunitário de saúde. Rev Interd. 2013;6(1):17-24. doi: 10.17648%2F5.

27. Leal DR, Cazarin G, Bezerra LCA, Albuquerque AC de, Felisberto E. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. Saúde Debate. 2017; 41(spe):209-228. doi: 10.1590/0103-11042017s16.

28. Santos AM dos, Giovanella L, Mendonça MHM de, Andrade CLT de, Martins MIC, Cunha MS da. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012;17(10):2687-2702. doi: 10.1590/S1413-81232012001000018.

29. Silva IZ de QJ da, Trad LAB. [Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals]. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):25-38. doi: 10.1590/S1414-32832005000100003.

30. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):399-407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.

31. Melo, E. A., Miranda, L., Silva, A. M. D., & Limeira, R. M. N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde em Debate. 2018; (42):328-340. doi: 10.1590/0103-11042018S122.

32. Medeiros RHA de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2015; 25(4): 1165-1184. doi: 10.1590/S0103-73312015000400007.

33. Ribeiro MDA, Castillo IS, Silva JCA, Oliveira SB. [The nurse's view on leprosy treatment in primary health care]. Rev Bras Promoç Saúde. 2017; 30(2):221-228. doi: 10.5020/18061230.2017.p221.

34. Nascimento GRC, Barrêto AJR, Brandão GCG, Tavares CM. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. Eletr. Enf. 2011;13(4):743-50. doi: 10.5216/ree.v13i4.12593.

35. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, Antezana FJ, Pinheiro AKB, Silva VM, Alves MDS. [Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination]. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):271-7. doi: 10.1590/0034-7167.2015680216i.

36. Cabral CVS, Costa MA de O, Lima RB de O, Silva J dos S, Cabral L da C, Rocha NMC. O papel do enfermeiro na prevenção de incapacidades e deformidades no portador de hanseníase. R. Interd [Internet]. 2016 [citado 09 de junho de 2020]; 9(2):168-177. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1047 .

37. Pinheiro J de JG, Gomes SCS, Aquino DMC de, Caldas A de JM. Aptidões cognitivas e atitudinais do enfermeiro da atenção básica no controle da hanseníase. Rev. baiana enferm. 2017; 31(2):e17257. doi: 10.18471/rbe.v31i2.17257.

For Review Only

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de agentes comunitários de saúde atuantes em equipes de saúde da família do município de Palmas, Tocantins, Brasil, 2018.

Variável	Nª (301)	%ᵇ
Naturalidade/estado		
Tocantins	159	52,82
Outros estados	142	47, 18
Tempo de residência em Palmas		
<10	34	11,29
11 – 19	79	26,24
>20	188	63,45
Faixa Etária		
<35	82	27,24
36 - 45	124	41,19
>46	95	31,56
Sexo/Gênero		
Feminino	233	77,41
Masculino	67	22,26
Outro	1	0,33
Estado Civil		
Casado	153	50,83
Divorciado/separado	25	8,30
Solteiro	82	27,24
União estável	35	11,62
Viúvo	6	1,99
Local de residência		
Rural	20	6.64
Urbana	281	93.36
Raça Cor		
Amarela	10	3,32
Branca	32	10,63
Preta	45	14,95
Parda	214	71.10
Renda Familiar		
Até 1 salário	47	15,61
Até 2 salários	175	58,14
3 ou + salários	79	26,25
Escolaridade		
Ensino fundamental	43	15,28
Ensino médio	97	32,22
Ensino Superior completo e incompleto	158	52,49

Nota: ª Número de Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo; ᵇ Porcentagem.

Review Only

Tabela 2 – Análise bivariada de fatores associados à competência de Agentes Comunitários de Saúde para acompanhar casos de hanseníase no território de atuação da ESF em Palmas, Tocantins, Brasil, 2018.

Variável	Total	Considera-se competente para acompanhar casos de hanseníase		Razão de Prevalência	IC[c]	Valor *p*
	N[a]	N[a]	%[b]			
Escolaridade						
Ensino fundamental completo e incompleto	52	30	57,69	1	-	
Ensino médio completo e incompleto	95	46	48,42	1,05	0,80-1,39	0,6931
Ensino superior completo e incompleto	154	84	54,55	0,88	0,68-1,14	<0,3473
Tempo de atuação como ACS[d]						
< 9 anos	110	47	42,73	1	-	
≥ 10 a 18 anos	166	97	58,43	1,36	1,06-1,75	0,0105
≥ 19 anos	25	16	64,00	1,49	1,03-2,15	0,0543
Teve casos confirmados de hanseníase no território						
Não	67	24	35,82	1	-	
Sim	234	136	58,12	1,62	1,15-2,27	0,0013
Acompanhou casos de hanseníase no território						
Não	57	18	31,58	1	-	
Sim	244	142	58,20	1,84	1,23-2,74	0,0003
Realizou curso em hanseníase						
Não	90	24	26,67	1	-	
Sim	211	136	64,45	2,41	1,69-3,45	0,0000
Reconhece o modo de transmissão da hanseníase						
Outros meios	33	11	33,33	1	-	
Vias respiratórias	268	149	55,60	1,66	1,01-2,73	0,0156
Frequência de VD[e] realizadas às pessoas com hanseníase pelo ACS[d]						
≤ 2 visitas	90	35	38,89	1	-	
≥ 3 visitas	211	125	59,24	1,52	2,01-2,14	0,0012
Recomenda separar objetos de uso pessoal na VD[e]						
Não	69	24	34,78	1	1	
Sim	232	136	58,62	1,68	1,19-2,36	0,0005
VD[e] acompanhada por um profissional de nível superior da equipe						
Profissional não acompanhou a VD[e] quando solicitada	48	16	33,33	1	-	
Teve uma VD[e] acompanhado por um profissional da equipe	71	33	46,48	1,39	0,87-2,23	0,152
Teve duas ou mais VD[e] acompanhadas por profissionais da equipe	52	27	51,92	1,55	0,96-2,51	0,060
	130	84	64,62	1,93	1,27-2,94	0,0000
VD[e] acompanhada por profissional da equipe para educação em saúde						
Não	198	95	47,98	1	-	
Sim	103	65	63,11	1,31	1,06-1,61	0,0012

For Review Only

VD[e] acompanhada por profissional da equipe para avaliação de contatos						
Não	227	109	48,02	1	-	
Sim	74	51	68,92	1,43	1,17-1,76	0,0001

Nota: [a] Número de Agentes Comunitários de Saúde; [b] Porcentagem; [c] Intervalo de confiança de 95%; [d] Agente Comunitário de Saúde; [e] Visita domiciliar.

For Review Only

Tabela 3 – Análise bivariada de fatores associados à competência de Agentes Comunitários de Saúde para acompanhar casos de hanseníase no território de atuação da ESF em Palmas, Tocantins, Brasil, 2018.

Variável	Total	Considera-se competente para acompanhar casos de hanseníase		Razão de Prevalência	IC[c]	Valor *p*
	N[a]	N[a]	%[b]			
VD[d] acompanhado pelo enfermeiro						
Não	125	54	43,20	1	-	
Sim	176	106	60,23	1,39	1,10-1,76	0,0035
VD[d] acompanhado pelo médico						
Não	207	103	49,76	1	-	
Sim	94	57	60,64	1,21	0,98-1,50	0,0796
VD[d] acompanhado pelo odontólogo						
Não	274	143	52,191	1	-	
Sim	27	17	62,96	1,19	0,87-1,62	0,3077
VD[d] acompanhado pelo técnico de enfermagem						
Não	105	103	52,55	1	-	
Sim	196	57	54,29	1,03	0,82-1,28	0,7738
VD[d] acompanhado por profissionais do NASF[e]						
Não	259	136	52,51	1	-	
Sim	42	24	57,14	1,08	0,81-1,44	0,5767

Nota: a Número de Agentes Comunitários de Saúde; b Porcentagem; c Intervalo de confiança de 95%; d Visita domiciliar; [e] Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

For Review Only

Tabela 4 – Regressão logística de fatores associados à competência de ACS para acompanhar casos de hanseníase no município de Palmas, capital do Tocantins, Brasil, 2017- 2018.

Variável	*OR[a] ajustada*	IC[b]	Valor P
Realizou curso em hanseníase	4,44	2,54-7,76	0,000
Frequência de VD[c] realizadas às pessoas com hanseníase pelo ACS[d]	2,38	1,24-4,58	0,009
VD[c] acompanhada por profissional da equipe para avaliação de contatos	1,87	1,03-3,40	0,039

Nota: [a] Odds Ratio; [b] Intervalo de Confiança de 95%; [c] Visita domiciliar; [d] Agente Comunitário de Saúde.

For Review Only

HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS: Perfil epidemiológico e clínico

LEPROSY IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS, TOCANTINS: Epidemiological and clinical profile

Cristiano Soares da Silva[1]

Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa[2]

Rafael Brustulin[3]

RESUMO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, curável, com baixa letalidade e baixa mortalidade, causada pelo Micobacterium Leprae, podendo ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero. O presente estudo teve como objetivo analisar as baciloscopias para Hanseníase, realizadas no município Palmas no período de janeiro de 2015 a junho de 2017, relacionando-as com o banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2007 a setembro de 2017, traçando seu perfil epidemiológico e clínico. O estudo é classificado como transversal retrospectivo, com abordagem quantitativa de objetivo exploratório. Foram utilizados resultados de exames de baciloscopia, notificações de hanseníase da base de dados do SINAN e prontuários eletrônicos. Foram analisados e correlacionados 3088 registros de notificações, 800 exames de baciloscopia e 534 prontuários. Houve uma maior frequência do sexo masculino (55.57%), raça/cor parda (64.22%), escolaridade com até 7 anos de estudo (49.03%), classificação operacional multibacilar (74.16%) com forma clínica dimorfa (60.04%) e predomínio do grau 0 de incapacidade (53.24%). Foram identificados casos com baciloscopia positiva sem notificação e casos classificados erroneamente, contatos não avaliados e presença de contato precoce com a doença. Sugere-se como necessário o fortalecimento das ações da Atenção primária e da Vigilância epidemiológica, bem como a necessidade de maiores estudos sobre o tema.

Palavras chave: Hanseníase. Baciloscopia. Epidemiologia.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious, chronic, curable, low lethality and low mortality disease caused by Micobacterium Leprae, which can occur at any age, race or gender. The present study aims to analyze the skin smear for Leprosy, performed in Palmas municipality from January 2015 to June 2017 relating them to the SINAN database, in the period of January 2007 to September 2017, outlining its epidemiological and clinic profile. The study is classified as retrospective transversal, with quantitative approach of exploratory objective. Were used results of bacilloscopy, leprosy reports from the SINAN database and electronic medical records (E-SUS). A total of 3088 records of notifications, 800 bacilloscopy and 534 records were analyzed and correlated. There was a higher frequency of the male gender (55.57%) associated with race/color brown (64.22%) and schooling with up to 7 years of study (49.03%), multibacillary operational classification (74.16%) with clinical form borderline (60.04%) and predominance of degree 0 of incapacity (53.24%). Were identified cases with positive bacilloscopy without notification and cases classified incorrectly, contacts not evaluated and presence of early contact with the disease. It is suggested as necessary the strengthening of the Primary health care and Epidemiological Surveillance actions, as well as the need for further studies on the subject.

Keywords: Leprosy. Bacilloscopy. Epidemiology.

[1] CEULP/ULBRA. Centro Universitário Luterano de Palmas. Fisioterapeuta. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. E-mail crico1993@gmail.com

[2] SEMUS. Secretaria Municipal de Palmas. Enfermeira, Analista em Saúde. E-mail nadjaof@hotmail.com

[3] SEMUS. Secretaria Municipal de Palmas. Biomédico, Analista em Saúde. E-mail eurafael@msn.com

1 INTRODUÇÃO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, curável, com baixa letalidade e baixa mortalidade, causada pelo Bacilo de Hansen (*Micobacterium leprae)*. Pode ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero, no entanto apresenta maior incidência em homens e raramente acontece em crianças. Fatores como condições individuais e socioeconômicas desfavoráveis, níveis de endemia e condições precárias de vida e saúde, associados ao elevado número de pessoas convivendo no mesmo ambiente, influenciam diretamente no risco de adoecer (BRASIL, 2002, 2010a; PRISCILA et al., 2014; ARAÚJO, 2015).

Em 2015, mais de 210.000 casos de hanseníase foram notificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em diversos países e territórios. No mesmo ano, o Brasil foi o segundo país no mundo em número absoluto de casos, perdendo apenas para a Índia, sendo responsável por contribuir com 12% do número de novos casos mundialmente. Em 2010, o Brasil contava com 1,56 caso a cada10mil habitantes, contudo, o Ministério da Saúde, na tentativa de eliminar a doença como um problema de saúde pública, havia estipulado como meta para o ano 2015, reduzir as taxas de detecção da doença na população geral para 1 caso por 10mil habitantes., o que não foi atingido pelo país (BRASIL, 2012; WHO, 2016).

O estado do Tocantins, segundo parâmetros do Ministério da Saúde, no período de 2001 a 2012 foi considerado hiperendêmico, sendo que, em 2012, o estado ocupou o segundo lugar no ranking brasileiro, com um coeficiente de detecção de casos novos de 73,4 casos por 100.000 hab. (MONTEIRO et al., 2015).

No Município de Palmas, no período de 2001 a 2014, foram notificados 2.465 casos novos de hanseníase, sendo assim considerado hiperendêmico. Em 2014, o coeficiente de detecção de casos novos foi de 55,8 casos/100.000 habitantes, marcando a hiperendemicidade contínua da doença. A média deste coeficiente foi equivalente à média do estado, com 88,3 casos/100.000 habitantes no período de 2001 a 2014, sendo este indicador 4 vezes maior que a média nacional (22,0 casos/100.000 habitantes) quando comparados no período avaliado (TOCANTINS, 2016).

O diagnóstico da doença é essencialmente clínico, através da avaliação do paciente, em busca de sinais e sintomas que caracterizem a doença, podendo contar com o auxílio de exames complementares como a baciloscopia, indicada em casos multibacilares. Com o diagnóstico é necessário o tratamento adequado, observando-se a forma clínica da doença através do número de lesões e nervos acometidos, além da necessidade de se observarem fatores como peso, idade e gestação (OPROMOLLA; URA, 2002; BRASIL, 2016).

O presente estudo tem por objetivo analisar as baciloscopias para Hanseníase, realizadas no município Palmas no período de janeiro de 2015 a junho de 2017, traçando seu perfil epidemiológico e clínico, relacionando-as com o banco de dados do SINAN, no período de janeiro de 2007 a setembro de 2017.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, com abordagem quantitativa de objetivo exploratório, utilizando dados secundários provenientes da plataforma de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL), base de dados do SINAN e prontuários eletrônicos (E-SUS).

Para o presente estudo foram utilizados os resultados de exames de baciloscopia (Coloração de Ziehl-Neelsen) entre o período de janeiro de 2015 a junho 2017 a partir da plataforma GAL, notificações de hanseníase da base de dados do SINAN no período de janeiro de 2007 a setembro de 2017 além do E-SUS de pacientes que realizaram exames de baciloscopia.

As variáveis utilizadas para realização do estudo foram: idade, sexo, escolaridade, raça/cor, endereço, classificação operacional, forma clínica, modo de entrada, esquema terapêutico e resultado do exame (IB).

2.1 ANÁLISE DA BASE DO SINAN

Para a base de dados do SINAN, os casos novos foram selecionados da seguinte forma: primeiro foi realizada uma rotina para remoção de duplicidades, através do OpenRecLink (versão 3.1); em seguida foi realizada uma rotina de relacionamento de dados (*linkage*), através do OpenRecLink (versão 3.1), entre os registros de caso novo e os registros não classificados como caso novo. Os registros de casos novos que foram relacionados com registros anteriormente (descartada a possibilidade de duplicidade) foram classificados como "Outros reingressos".

Os registros que apresentavam a data de diagnóstico inferior a 1 ano da data de início de tratamento tiveram a data de diagnóstico substituída pela data de início de tratamento. A medida foi necessária devido a inconsistências no preenchimento da data de diagnóstico, que eventualmente é preenchida incorretamente com a data do primeiro diagnóstico ou de uma suspeita clínica que não resultou em tratamento do paciente.

Os registros com modo de entrada "transferência do mesmo município" que não puderam ser veiculados a outros registros, em toda a base de dados, foram classificados como caso novo. A medida foi necessária devido a inconsistências no preenchimento do modo de entrada, que eventualmente é incorretamente preenchido.

Para a análise descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas como números absolutos e proporções. As variáveis contínuas foram convertidas em variáveis categóricas para apresentação.

Para inferência estatística, foi empregado modelo bivariado, através do Software R (versão 3.4.1), adotando-se um nível de significância de 5%. As variáveis contínuas foram convertidas para variáveis dicotômicas ou categóricas, e os dados faltantes foram excluídos da análise. Os dados dicotômicos ou categóricos foram submetidos ao teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, utilizando-se a função *riskratio.wald* do *package epitool*, a qual também calculou o Risco Relativo (RR), bem como seu respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), para estimar a magnitude da associação.

As variáveis sexo, raça/cor, modo de entrada e cura foram empregadas como variáveis dependes na análise bivariada e foram analisadas separadamente junto as demais variáveis epidemiológica (variáveis independentes).

2.2 RELACIONAMENTO DA BASE DE DADOS DO SINAN COM O GAL

Para a base de dados do GAL, as duplicidades foram removidas adotando-se o critério de preservar o registro com data de coleta mais antigo, quando os resultados eram idênticos, ou preservar o registro com baciloscopia positiva mais antigo, quando os resultados eram divergentes.

Após deduplicada, a base de dados do GAL foi relacionada com a base de dados do SINAN, utilizando-se o software OpenRecLink (versão 3.1). Dessa forma foi possível diferenciar quais registros de baciloscopias foram ou não notificados.

Os registros foram então classificados como "notificado", "notificado com atraso", "notificado anteriormente" e "não notificado". Foi considerado "atraso de notificação" quando o paciente foi diagnosticado após 4 meses da realização da baciloscopia, já "notificado anteriormente" corresponde a baciloscopias de pacientes que foram notificados mais de 3 anos antes da realização da mesma. A categoria "notificado anteriormente" foi criada para identificar

pacientes que já realizaram o tratamento, mas após seu término foi realizada baciloscopia, seja para controle seja para avaliar a eficácia do tratamento.

Os registros dos pacientes “notificados com atraso” e “notificados anteriormente” (há mais de 3 anos) foram considerados junto ao grupo de registros “não notificados” e tiveram seus prontuários investigados no E-SUS. A medida foi necessária porque, embora exista uma notificação do indivíduo, ela ou aconteceu tardiamente ou ocorreu previamente, de modo a não descartar a necessidade de uma nova notificação.

Após análise dos prontuários, os registros de pacientes de outros municípios foram excluídos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (parecer n° 2.088.579 de 29 de maio de 2017).

3 RESULTADOS

3.1 BASE DE DADOS SINAN-HANSENÍASE

A base de dados do SINAN continha 3.140 registros, de residentes no munícipio de estudo, diagnosticados entre janeiro de 2007 e setembro de 2017, sendo que 26 registros tinham a data de diagnóstico inferior a 1 ano da data de início de tratamento, esses registros tiveram a data de diagnóstico substituída pela data de início de tratamento. Foram removidos 52 registros duplicados restando 3.088 registros. Destes, 29 registros que estavam identificados como caso novo, já haviam sido diagnosticados anteriormente, sendo então classificados como outros reingressos. Os 52 registros com modo de entrada "transferência do mesmo município" que não puderam ser veiculados a outros registros, em toda base de dados, foram classificados como caso novo.

As características sociodemográficas e clínicas da base de dados podem ser vistas na Tabela 1. Observa-se predomínio do sexo masculino; raça/cor parda; faixa etária entre 36 e 50 anos de idade; escolaridade com 8 a 11 anos de estudo; modo de entrada “Caso novo” e modo de detecção “Demanda espontânea”; forma clínica Dimorfa; Grau 0 de incapacidade.

Tabela 1: Dados sociodemográficos e clínicos dos casos registrados em Palmas, Tocantins, 2007 a setembro de 2017.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	1372	44,43%
Masculino	1716	55,57%
Baciloscopia		
Positiva	376	12,18%
Negativa	687	22,25%
Não realizada	1585	51,33%
Ignorada	440	14,25%
Modo de entrada		
Caso novo	2525	81,77%
Outro município	52	1,68%
Outro estado	59	1,91%
Outro país	2	0,06%
Recidiva	63	2,04%
Outros reingressos	387	12,53%
Faixa etária		
Menor que 10	89	2,88%

(continuação)

10 - 15	159	5,15%
16 - 20	153	4,95%
21 - 35	845	27,36%
36 - 50	940	30,44%
Mais de 50	902	29,21%
Raça/ Cor		
Branca	561	18,17%
Amarela	116	3,76%
Preta	384	12,44%
Parda	1983	64,22%
Indígena	10	0,32%
Ignorado	34	1,10%
Escolaridade		
Analfabeto	400	12,95%
1 a 3 anos de estudo	503	16,29%
4 a 7 anos de estudo	611	19,79%
8 a 11 anos de estudo	1158	37,50%
Mais de 12 anos de estudo	290	9,39%
Não se aplica	25	0,81%
Ignorado	101	3,27%
Forma clínica		
Indeterminada	509	16,48%
Tuberculoide	295	9,55%
Dimorfa	1854	60,04%
Virchowiana	296	9,59%
Não classificado	134	4,34%
Grau de incapacidade no diagnóstico		
Grau 0	1644	53,24%
Grau 1	1120	36,27%
Grau 2	231	7,48%
Ignorado	93	3,01%
Modo de detecção		
Encaminhamento	674	21,83%
Demanda espontânea	1196	38,73%
Exame de coletividade	212	6,87%
Exame de contatos	378	12,24%
Outros modos	57	1,85%
Ignorado	571	18,49%
Modo de detecção no diagnóstico		
Paucibacilar	798	25,84%
Multibacilar	2290	74,16%
Número de contatos registrados		
Nenhum contato	218	7,06%
1 a 3 contatos	1642	53,17%
4 a 6 contatos	953	30,86%
Mais de 7	275	8,91%

É importante ressaltar que sujeitos que realizam baciloscopia têm 13% a mais de chance de serem homens do que os que não a realizam (RR: 1,13; p = <0,001). Em relação ao Grau 0 de incapacidade, os homens também apresentam 21% a mais de chance de serem diagnosticados e notificados com Grau 2 de incapacidade (RR: 1,21; p = 0,001). Por outro lado, a escolaridade é maior nas mulheres. Os homens também são notificados com menor número de contatos do que as mulheres (p = <0,001). Outros detalhes da comparação entre variáveis epidemiológicas e sexos podem ser observados a seguir.

Tabela 2: Relação entre variáveis epidemiológicas e sexo dos casos notificados em Palmas, Tocantins, 2007 a setembro de 2017.

Variável	Sexo		RR	$IC_{95\%}$	p valor
	Fem	Mas			
Realizou baciloscopia (n = 3088)					
Não	947	1078	Ref		
Sim	425	638	1,13	1,06-1,20	<0,001
Faixa etária (n=3088)					
15 a 40 anos	652	746	Ref		
Até 14 anos	110	109	0,93	0,81-1,07	0,322
Mais de 40	610	861	1,10	1,03-1,17	0,005
Escolaridade (n=2962)					
Até 7 anos	620	894	Ref		
Mais de 7	703	745	0,87	0,81-0,93	<0,001
Avaliação de incapacidade no diagnóstico (n=2995)					
Grau 0	771	873	Ref		
Grau 1	475	645	1,08	1,01-1,16	0,020
Grau 2	82	149	1,21	1,09-1,35	0,001
Classificação operacional no diagnóstico (n=3088)					
Paucibacilar	403	395	Ref		
Multibacilar	969	1321	1,16	1,08-1,26	<0,001
Modo de detecção (n=2517)					
Encaminhamento	309	365	Ref		
Demanda espontânea	512	684	1,06	0,97-1,15	0,204
Exame de coletividade	109	103	0,90	0,77-1,05	0,156
Exame de contatos	199	179	0,87	0,77-0,99	0,034
Outros modos	22	35	1,13	0,91-1,41	0,291
Número de contatos registrados (n=3088)					
Nenhum contato	59	159	Ref		
Até 3 contatos	737	905	0,76	0,69-0,83	<0,001
Mais de 3 contatos	576	652	0,73	0,66-0,80	<0,001

Legenda: Fem, sexo feminino; Mas, sexo masculino; RR, risco relativo; $IC_{95\%}$, intervalo de confiança de 95% do risco relativo; Ref, referência para cálculo do risco relativo.
Nota: Os registros ignorados não foram computados.

Quanto a raça/cor, não houve diferença entre brancos e não brancos em relação a realização da baciloscopia, a ser ou não caso novo, ou quanto à faixa etária e ao número de contatos avaliados. Por outro lado, brancos apresentam uma maior escolaridade (p = <0,001) e são menos sujeitos a serem diagnosticados com Grau 1 em relação ao Grau 0 (p = 0,003), não havendo significância estatística referente ao Grau 2 (p = 0,051) quando comparados brancos e não brancos (Tabela 3).

Tabela 3: Relação entre dados epidemiológicos e Raça/Cor em Palmas, Tocantins, 2007 a setembro de 2017.

Variável	Raça/Cor		RR	$IC_{95\%}$	p valor
	Não branco	Branco			
Realizou baciloscopia (n = 3054)					
Não	1638	365	Ref		
Sim	855	196	1,02	0,87-1,20	0,772
Caso novo (n=2942)					
Não [a]	371	75	Ref.		
Sim	2035	461	1,10	0,88-1,37	0,405
Faixa etária (n=3054)					
15 a 40 anos	1135	246	Ref		
Até 14 anos	187	29	0,75	0,53 – 1,08	0,112
Mais de 40	1171	286	1,10	0,94 – 1,28	0,215
Escolaridade (n=2933)					
Até 7 anos	1271	227	Ref		
Mais de 7	1120	315	1,44	1,24 – 1,69	<0,001
Avaliação de incapacidade no diagnóstico (n=2963)					
Grau 0	1290	334	Ref		
Grau 1	934	179	0,78	0,66 – 0,92	0,003
Grau 2	192	34	0,73	0,53 – 1.01	0,051
Classificação operacional no diagnóstico (n=3054)					
Paucibacilar	619	172	Ref		
Multibacilar	1874	389	0,79	0,67 – 0,93	0,004
Número de contatos registrados (n=3054)					
Nenhum	184	33	Ref		
Até 3	1286	338	1,37	0,98 – 1,90	0,053
Mais de 3	1023	190	1,03	0,73 – 1,44	0,864

Legenda: RR, risco relativo; $IC_{95\%}$, intervalo de confiança de 95% do risco relativo; Ref, referência para cálculo do risco relativo.
Nota: os registros ignorados não foram computados.
a) Foram considerados apenas recidiva e outros reingressos.

Quanto ao modo de entrada, é possível observar que 15,5% dos casos são Recidiva ou Outros reingressos (Tabela 1). É importante observar que não houve diferença estatística entre ser caso novo ou ser outros regressos ou recidiva para escolaridade, raça/cor e número de contatos registrados. A faixa etária só apresentou diferença quanto aos menores de 15 anos, como esperado. Por outro lado, registros classificados como Outros reingressos e Recidiva estão associados à realização da baciloscopia (p = 0,005) e a apresentar algum grau de incapacidade (p = <0,001). Os demais detalhes podem ser visualizados na Tabela 4.

Tabela 4: Relação entre dados epidemiológicos e modo de entrada em Palmas, Tocantins, 2007 a setembro de 2017.

Variável	Modo de entrada		RR	$IC_{95\%}$	p valor
	Caso Novo	Outros [a]			
Realizou baciloscopia (n = 2975)					
Não	1688	270	Ref		
Sim	837	180	1,28	1,08-1,52	0,005

(continuação)

Faixa etária (n=2975)					
15 a 40 anos	1141	209	Ref		
Até 14 anos	200	9	0,28	0,14-0,53	<0,001
Mais de 40	1184	232	1,06	0,89-1,26	0,516
Raça/cor (n=2942)					
Branca	461	75	Ref		
Preta	311	54	1,06	0,76-1,46	0,736
Parda	1623	295	1,10	0,87-1,39	0,427
Outras	101	22	1,27	0,83-1,97	0,272
Escolaridade (n=2855)					
Até 7 anos	1229	223	Ref		
Mais de 7	1193	210	0,97	0,82-1,16	0,771
Avaliação de incapacidade no diagnóstico (n=2889)					
Grau 0	1417	170	Ref		
Grau 1	885	197	1,70	1,40-2,0	<0,001
Grau 2	158	62	2,63	2,04-3,39	<0,001
Número de contatos registrados (n=2975)					
Nenhum	165	34	Ref		
Até 3 contatos	1334	250	0,92	0,66-1,28	0,636
Mais de 3 contatos	1026	166	0,82	0,58-1,14	0,240

Legenda: RR, risco relativo; $IC_{95\%}$, intervalo de confiança de 95% do risco relativo; Ref, referência para cálculo do risco relativo.
Nota: os registros ignorados não foram computados.
a) Foram considerados apenas recidiva e outros reingressos.

Dos 2525 casos novos, 1483 foram diagnosticados entre 2007 e 2015. Desses, 1247 (84%) tiveram alta como cura, 106 (7,1%) foram transferidos para outros municípios (município, estado ou País), 14 (0,9%) evoluíram a óbito, 33 (2,2%) foram erros de diagnóstico, 49 (3,3%) abandonos, 26 (1,7%) foram transferidos para outra unidade, mas não foram vinculados e 8 (0,5%) não estavam encerrados. Dos 33 erros de diagnóstico, 5 (15,1%) foram diagnosticados posteriormente. Dos 1247 que tiveram alta como cura, 171 (13,7%) foram diagnosticados novamente.

Assim, considerou-se Cura pacientes que tiveram alta por cura e não foram diagnosticados novamente, correspondendo a 1076 registros, e Não Curados pacientes diagnosticados novamente, abandonos, alta não preenchida e pacientes com transferência para o mesmo município, correspondendo a 254 registros. É importante notar que risco de cura é menor em multibacilares do que em paucibacilares (RR 0,91; p = <0,001), as demais informações da relação entre dados epidemiológicos e cura estão dispostos na Tabela 5.

Tabela 5: Relação entre dados epidemiológicos e cura em Palmas, Tocantins, 2007 a 2015.

Variável	Cura		RR	$IC_{95\%}$	p valor
	Não	Sim			
Sexo (n = 1330)					
Masculino	148	632	Ref		
Feminino	106	444	1,00	0,94 – 1,05	0,891
Faixa etária (n=1330)					
15 a 40 anos	144	522	Ref		
Até 14 anos	15	94	1,10	1,01-1,20	0,060

(continuação)

Mais de 40	95	460	1.06	1,00-1,11	0,048
Raça/cor (n=1314)					
Branca	50	223	Ref		
Preta	35	126	0,96	0,87-1,06	0,385
Parda	156	700	1,00	0,94-1,07	0,973
Outras	9	15	0,76	0,56-1,05	0,326*
Escolaridade (n=1280)					
Até 7 anos	134	532	Ref		
Mais de 7	110	504	1,03	0,97-1,08	0,315
Avaliação de incapacidade no diagnóstico (n=1297)					
Grau 0	159	725	Ref		
Grau 1	75	270	0,95	0,90-1,02	0,132
Grau 2	14	54	0,97	0,85-1,10	0,592
Classificação operacional no diagnóstico (n=1297)					
Paucibacilar	99	550	Ref		
Multibacilar	155	526	0,91	0,86-0,96	<0,001
Número de contatos registrados (n=1330)					
Nenhum	12	56	Ref		
Até 3	128	559	0,99	0,88-1,11	0,842
Mais de 3	114	461	0,97	0,86-1,09	0,668
Todos os contatos registrados foram avaliados (n=1330)					
Não	51	176	Ref		
Sim	203	900	1,05	0,96-1,13	0,156

Legenda: RR, risco relativo; $IC_{95\%}$, intervalo de confiança de 95% do risco relativo; Ref, referência para cálculo do risco relativo.
Nota: os registros ignorados não foram computados. * teste de Fisher

3.2 ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS

Dos 376 registros com baciloscopias positivas (Tabela 1), 25 (6,6%) foram inadequadamente classificados como paucibacilares, desses, apenas 3 (12,0%) foram reclassificados posteriormente como multibacilares. Por outro lado, dos 687 registros com baciloscopia positiva (Tabela 1), 461 (67,1%) foram classificados como multibacilares.

Dos 63 registros classificados como recidiva, 4 (6,3%) foram tratados como paucibacilares. Dos 387 registros como outros reingressos, 21 (5,4%) foram inicialmente classificados como paucibacilares, desses, 4 (19,0%) foram posteriormente reclassificados como multibacilares.

3.2 BACILOSCOPIA

A base de dados do GAL apresentou 889 registros, foram excluídos 60 registros duplicados, restando então 829 registros. Após cruzamento e análise dos prontuários no E-SUS dos pacientes não notificados, notificados anteriormente e notificados com atraso, 29 foram excluídos por serem de outros municípios, restando então 800 registros. Desses, 266 foram notificados, 59 foram notificados com atraso, 35 foram notificados antes e 440 não foram notificados. Mais detalhes podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 6: Pacientes residentes em Palmas que realizaram baciloscopia, janeiro de 2015 a junho de 2017.

Variáveis	Notificados	Notif. Atraso	Não notif	Notif antes
Sexo				
Feminino	105	26	218	16
Masculino	160	32	216	19
Ignorado	1	1	6	0
Resultado da baciloscopia				
Negativo	184	54	435	32
Positivo	82	5	5	3
Idade				
Mais de 35	192	45	316	25
Menos de 35	74	14	124	10

Legenda: Notif. Atraso, diagnosticado 4 meses após a solicitação da baciloscopia; Não notif, pacientes com baciloscopia negativa que não foram notificados; Notif antes, o paciente foi notificado há mais de 3 anos e não foi notificado novamente.

4.3 PRONTUÁRIOS

Após cruzamento de dados do SINAN e E-SUS, foi realizado análise das informações buscando por avaliação dermatoneurológica prévia a solicitação da baciloscopia nos prontuários eletrônicos (Tabela 7). O número de pacientes não notificados sem a realização de avaliação dermatoneurológica prévia é elevado (382).

Tabela 7: Realização de avaliação dermatoneurológica prévia em pacientes notificados com atraso, não notificados e que foram notificados anteriormente.

Variáveis	Notif. Atraso	Não notif	Notif antes
Sem cadastro no E-SUS	13	25	3
Sem histórico no E-SUS	32	275	16
Não realizou avaliação	6	82	13
Realizou avaliação	8	58	3

Legenda: Notif. Atraso, diagnosticado 4 meses após a solicitação da baciloscopia; Não notif, pacientes com baciloscopia negativa que não foram notificados; Notif antes, o paciente foi notificado há mais de 3 anos e não foi notificado novamente.

Também se buscou por presença de sinais clínicos nesses pacientes (382), observando-se a presença de registro de informações sobre sinais e sintomas relacionado a hanseníase (Tabela 8).

Tabela 8: Presença de sinais clínicos nos pacientes que não foram notificados ou foram notificados inoportunamente.

	Notif. Atraso	Não notif	Notif antes
Não	10	7	0
Sim	7	57	6
Ignorado	42	376	29

Legenda: Notif. Atraso, diagnosticado 4 meses após a solicitação da baciloscopia; Não notif, pacientes com baciloscopia negativa que não foram notificados; Notif antes, o paciente foi notificado há mais de 3 anos e não foi notificado novamente.

4 DISCUSSÃO

4.1 BASE DE DADOS

Neste estudo encontramos o predomínio do sexo masculino, dados condizentes com a literatura (AQUINO et al., 2003; CORRÊA et al., 2012; DUARTE-CUNHA et al., 2012; FERNANDES et al., 2012). Mesmo apresentando maior número de baciloscopias realizadas, a grande maioria dos casos apresenta diagnóstico tardio, que em sua maior parte são classificados com a forma Multibacilar e com grau I ou II de incapacidade. Pode-se inferir que, devido à menor preocupação com estética associada à falta de políticas específicas (MELÃO et al., 2011), o diagnóstico pode ocorrer de forma tardia. Outro fator relevante é a necessidade de vigilância dos contatos, principalmente por apresentarem maior número de contatos registrados (MELÃO et al., 2011; FERNANDES et al., 2012).

Por ser uma doença de evolução lenta, com uma grande parcela de casos oligossintomáticos, para que seja realizado o diagnóstico precoce é necessário que os profissionais estejam treinados e a população atenta aos sinais e sintomas iniciais (RODINI et al., 2010).

A classificação operacional Multibacilar (MB), associada à forma clínica Dimorfa, apresentou-se como a de maior frequência, os mesmos achados de estudos realizados em Minas Gerais e Maranhão (CORRÊA et al., 2012; FERNANDES et al., 2012). Este dado reafirma a ocorrência de diagnóstico tardio, o que impacta diretamente na presença de incapacidades, muitas vezes irreversíveis, sendo que 43,75% dos casos se apresentam com grau I ou II de incapacidade. Segundo nossos dados, pacientes com a forma multibacilar apresentam menor chance de cura (Tabela 5); por apresentar tratamento de maior duração, associada a incapacidades já instaladas, os pacientes apresentam maior chance de abandono e necessidade de um novo tratamento.

Em relação à variável raça/cor, houve predomínio da cor parda, como encontrado em outros estudos (AQUINO et al., 2003; CORRÊA et al., 2012; FERNANDES et al., 2012), o que reproduz o processo histórico de colonização, miscigenação, movimentos migratórios, dinâmica de ocupação territorial e organização espacial (MELÃO et al., 2011), onde 66,9% dos autodeclarados pardos ocupam a Região Norte (IBGE, 2010). Observa-se que a raça/cor Branco apresenta maior nível de escolaridade, o que, segundo estudos, aumenta a probabilidade de procura pelos serviços de saúde (NERI; SOARES, 2002), além de propiciar a uma maior responsabilização pelo autocuidado (BAQUEDANO et al., 2010), o que condiz com menor número de casos apresentados com graus de incapacidade, mesmo não apresentando significância estatística para o Grau II (Tabela 4).

Quase metade dos casos (49,09%) apresentavam a variável escolaridade com 7 ou menos anos de estudos ou analfabetismo, ou seja, baixo nível socioeconômico associado a baixo nível de escolaridade (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007), o que pode influenciar diretamente no acesso aos serviços de saúde (NUNES et al., 2014), consequentemente propiciando um diagnóstico tardio, e como apresentado, pacientes com mais de 7 anos de estudo apresentarem maior chance de cura.

Desta forma, deve-se observar a necessidade de intervenções sociais e de adequação ao nível de esclarecimento do paciente no momento da realização da consulta, podendo contar com o auxílio de grupos de autocuidado (PINHEIRO et al., 2014) para orientações sobre medicação, reações, efeitos adversos, prevenção de incapacidades e autocuidado, o que pode contribuir para uma melhor adesão e participação do paciente durante o tratamento (QUEIROZ et al., 2015). Por outro lado, devido ao caráter estigmatizante da doença, é provável que indivíduos com maior escolaridade relutem contra o diagnóstico ou rediagnóstico, como sugerido pela não diferenciação estatística para o desfecho Cura encontrado pelo estudo (Tabela 5).

Em referência aos casos em menores de 15 anos não há diferença significativa em relação ao sexo; a faixa etária com maior frequência foi a que abrange 10 a 15 anos de idade, similar ao encontrado em estudo realizado em Manaus (IMBIRIBA et al., 2008). Mesmo com o predomínio de casos em crianças ocorrendo acima de 10 anos de idade, a existência de crianças infectadas em faixa etária abaixo disso demonstra o contato precoce com a doença, além da presença de fontes de infecções ativas e não tratadas. Ao mesmo tempo, no que se refere ao tipo de saída, observamos que casos com faixa etária acima dos 40 anos possuem maior chance de cura; pressupõe-se que devido à presença de programas público-assistenciais específicos e maior busca por assistência à saúde, casos com esta faixa etária teriam mais oportunidade de acesso ao tratamento adequado.

O principal passo para a eliminação da doença é a quebra da cadeia de transmissão, em que todos os casos devem ter seus contatos avaliados, em busca de novos diagnósticos, a fim de se evitar a recontaminação de pacientes e o surgimento de novos casos. A presença de casos sem contatos registrados (7,06%) interfere diretamente nesse objetivo, influenciando a continuidade da atividade da doença. Ao se observar o modo de detecção nota-se um baixo número de casos diagnosticados por meio do exame de contatos (12.24%), revelando-se assim a necessidade da intensificação da atuação da vigilância dos contatos, já que esse exame contribui diretamente para o diagnóstico precoce (PEIXOTO et al., 2011) e a cura do paciente em tratamento, corroborando para a eliminação da doença.

Nossos dados demonstram a ineficiência de investigação de contatos, baixo número de baciloscopias para investigação e principalmente poucos casos oligossintomáticos diagnosticados, sobretudo em casos em retratamento. Pacientes que realizam novos tratamentos devem ser investigados quanto a presença de contatos com doença ativa, além de insuficiência medicamentosa e possível recidiva; essa investigação deve ser realizada nas referências com auxílio de exames complementares, associados a investigação da atividade da doença, para uma possível nova terapêutica medicamentosa (BRASIL, 2010b, 2016; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

4.2 BACILOSCOPIA

A classificação operacional baseada na avaliação dermatoneurológica em busca de sinais e sintomas, classificando a Hanseníase em formas paucibacilar e multibacilar, é indispensável para a implementação da terapêutica adequada. O auxílio de exames complementares como a baciloscopia pode ser fundamental, se necessário, porém seu uso deve ser ponderado; quando esse passa a ser utilizado como exame diagnóstico sem associação com avaliações prévias, a análise torna-se mais complexa, sabendo-se que resultados negativos do exame não afastam o diagnóstico (BRASIL, 2002; NOVISKI GALLO et al., 2003).

Deve-se investir na utilização de técnicas complementares, a exemplo de métodos da biologia molecular, como o PCR, sorologia anti-PGL-I e a histopatologia, sendo este considerado padrão ouro para diagnóstico, de modo que esses se mostram promissores para auxílio do diagnóstico, controle e monitoramento pré e pós tratamento (BRITTON; LOCKWOOD, 2004).

De acordo com os dados apresentados é possível observar a presença de casos com resultados positivos de baciloscopia que não foram notificados, além de casos erroneamente classificados como paucibacilar apresentando baciloscopias positivas, resultado análogo ao encontrado no estudo realizado no Instituto Adolfo Lutz, de São José do Rio Preto-SP (PEDRO et al., 2009). Essa subnotificação pode ocorrer devido à ausência de um fluxo de cruzamento de informações entre as bases de notificação (SINAN) e de realização de exames (GAL), o que é relevante, visto que, pacientes com baciloscopias positivas sem tratamento, ou com tratamento inadequado, contribuem para a continuidade da transmissão da doença.

4.3 PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS (E-SUS)

Nota-se a presença de um número restrito de avaliações dermatoneurológicas e/ou neurológicas simplificadas realizadas que foram registradas, além de casos sem cadastro, ou que apresentam cadastro, porém sem histórico de atendimento, gerando perdas significativas de informações. Dessa mesma forma, quando avaliamos a presença de sinais clínicos registrados, há inúmeros casos sem informações. Ao analisarmos o registro de pacientes que já haviam realizado tratamento anterior, o número de avaliações dermatoneurológicas e presença de sinais clínicos registrados são ainda menores.

A presença de sinais clínicos é consubstancialmente maior em casos não notificados se comparados com casos notificados anteriormente e/ou que foram notificados com atraso. Esse dado é alarmante, pois a classificação inadequada pode estar ligada ao despreparo dos profissionais e consequentemente à manutenção da atividade da doença, favorecendo o diagnóstico tardio ou mesmo a ausência de diagnóstico (AQUINO et al., 2015). Assim deve-se investir em educação permanente e continuada, visando ao preparo do profissional para sua prática clínica e manejo adequado da doença.

A ausência de registros nos prontuários eletrônicos associada à baixa qualidade das informações foram alguns dos principais entraves encontrados. Tais resultados estão em consonância com estudos anteriores que comparam diversos tipos de registros (DUARTE; FRANÇA, 2006; ALIX et al., 2008; VASCONCELLOS et al., 2008; MUGUANDE et al., 2011; MEDEIROS et al., 2012); presume-se que esse sub-registro ocorra devido a uma subutilização desse sistema de informação em saúde, mesmo sabendo-se que esta ferramenta apresenta diversas vantagens se comparada com o prontuário físico (MARTINS; LIMA, 2014).

5 CONCLUSÃO

A Hanseníase, como doença que ocasiona sequelas e comorbidades, necessita de comprometimento profissional e monitoramento constantes, associados ao diagnóstico fidedigno para um tratamento adequado, que, para ser realizado, depende de profissionais capacitados e uma rede de atendimento estruturada e organizada. Diante disso, sugere-se como necessário o fortalecimento da vigilância epidemiológica, investimento em outras técnicas e exames complementares, melhor integração da rede de atenção, continuidade de treinamentos e capacitações dos profissionais, a fim de proporcionar um diagnóstico diferencial, pois há uma fragilidade dos conhecimentos teórico-práticos, para que se tenha o alinhamento do cuidado ao paciente e não se realize somente o diagnóstico, mas o cuidado integral, buscando garantir a melhoria da qualidade e acesso aos serviços de saúde, de tal modo a possibilitar o alcance da meta de eliminação da doença como problema de saúde pública.

Os resultados também sugerem a necessidade de maiores estudos sobre o tema em questão, visto que o número de trabalhos que avaliam os registros de Hanseníase ainda é escasso. Desta forma, esses podem auxiliar de maneira significativa a gestão estratégica e o planejamento de ações voltadas ao controle e eliminação da doença.

REFERÊNCIAS

ALIX, M.; ARAÚJO, L.; ALVES, D. M.; SILVA, D.; MAGALHÃES, R.; LUIZ, M.; GONÇALVES, C. Analysis of the quality of information in medical files from pregnant women with positive VDRL test. **Rev. APS**, v. 11, n. 85, p. 4–9, 2008.

AQUINO, C. M. F. de; ROCHA, E.; ACCIOLY, P. A.; GUERRA, M. C. G.; CORIOLANO, M. W. de L.; VASCONCELOS, E. M. R. de; ALENCAR, E. N. de. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 2, p. 185–90185, 2015.

Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a07.pdf>. Acesso em: 8 out. 2017.

AQUINO, D. M. C. de; CALDAS, A. de J. M.; SILVA, A. A. M. da; COSTA, J. M. L. Profile of the leprosy patients of hiperendemic area Amazonian Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 1, p. 57–64, 2003.

ARAÚJO, M. E. de. Hanseníase: Endemia persistente no Brasil com tendência hiperendêmica em regiões do Piauí. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 21, p. 1–3, 2015.

BAQUEDANO, I. R.; SANTOS, M. A. dos; TEIXEIRA, C. R. de S.; TATIANE; MARTINS; APARECIDA; ZANETTI; LÚCIA, M. Fatores relacionados ao autocuidado de. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1017–1023, 2010.

BRASIL. Guia para o Controle da Hanseníase. **Brasil. Ministério da Saúde.**, v. 40, n. Suppl 1, p. 19825161, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BRASIL. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2498–2498, 2010a.

BRASIL. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase.** 1. ed. Brasília: Normas e Manuais Técnicos, 2010b. v. 7 edição.

BRASIL. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases. In: **Série C. Projetos, programas e relatórios**. 1. ed. Brasília: Projetos, Programas e Relatórios, 2012. p. 104.

BRASIL. **Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional.** 2. ed. Brasília: Manuais, Normas e Diretrizes, 2016.

BRITTON, W. J.; LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy. **The Lancet**, v. 363, n. 9416, p. 1209–19, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15081655>.

CORRÊA, R. da G. C. F.; AQUINO, D. M. C. de; CALDAS, A. de J. M.; AMARAL, D. K. C. R.; FRANÇA, F. S.; MESQUITA, E. R. R. B. P.-L. Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 1, p. 89–94, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000100017&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 6 out. 2017.

DUARTE-CUNHA, M.; SOUZA-SANTOS, R.; MATOS, H. J. de; OLIVEIRA, M. L. W. de. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 6, p. 1143–1155, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 fev. 2017.

DUARTE, H. H. P.; FRANÇA, E. B. Data quality of dengue epidemiological surveillance in Belo Horizonte, Southeastern Brazil. **Revista de saude publica**, v. 40, n. 1, p. 134–142, 2006.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers attended in nursing consultations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. spe, p. 774–779, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700010&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 21 out. 2017.

FERNANDES, A.; JÚNIOR, R.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P.; ORIGINAL, A. Perfil

epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Clinica Médica**, v. 10, n. 4, p. 272–277, 2012.

IBGE. Brasil pretos e pardos. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <ftp://geoftp.ibge.gov.br/mapas_tematicos/mapas_murais/brasil_pretos_pardos_2010.pdf>.

IMBIRIBA, E. B.; HURTADO-GUERRERO, J. C.; GARNELO, L.; LEVINO, A.; CUNHA, M. da G.; PEDROSA, V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1021–1026, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 21 out. 2017.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. de. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 173–9, 2012.

MARTINS, C.; LIMA, S. M. de. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **Ras**, v. 16, n. Nº 63, p. 61–66, 2014.

MEDEIROS, D.; SUCUPIRA, E. D.; GUEDES, R. M.; COSTA, A. J. L. Análise da qualidade das informações sobre tuberculose no município de Belford Roxo , Rio de Janeiro , 2006 a 2008. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 146–52, 2012.

MELÃO, S.; FELIPE DE OLIVEIRA BLANCO, L.; MOUNZER, N.; CASSIANO DENIPOTTI VERONEZI, C.; WALESKA TARGINO DE AZEVEDO SIMÕES, P. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007 Epidemiological profile of leprosy patients in the extreme south of Santa Catarina between 2001 and 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 1, p. 79–84, 2011.

MONTEIRO, L. D.; MELO, F. R. M.; BRITO, A. L.; LIMA, M. da S.; ALENCAR, C. H.; HEUKELBACH, J. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 971–980, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-0971.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

MUGUANDE, O. F.; FERRAZ, M. L.; FRANÇA, E.; GONTIJO, E. D. Avaliação da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doença de Chagas Aguda em Minas Gerais, 2005-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 3, p. 317–325, set. 2011.

NERI, M.; SOARES, W. Social inequality and health in Brazil. v. 18, n. Suplemento, p. 77–87, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18s0/13795.pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

NOVISKI GALLO, M. E.; NOVAES RAMOS, L. A.; ARARIPE DE ALBUQUERQUE, E. C.; DA COSTA NERY, J. A.; SALES, A. M. Alocação do paciente hanseniano na poliquimioterapia: Correlação da classificação baseada no número de lesões cutâneas com os exames baciloscópicos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 78, n. 4, p. 415–424, 2003.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 968–976, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600968&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 22 out. 2017.

OPROMOLLA, D. V. A.; URA, S. **Atlas de Hanseníase**. 2. ed. Bauru: Instituto Lauro de Sousa Lima, 2002.

PEDRO, H. da S. P.; NARDI, S. M. T.; FERREIRA, M. I. P.; GOLONI, M. do R. A.; FERREIRA, ERINA APARECIDA RISSATE ROSSIT, A. R. B.; NETTO, A. R. Hanseníase: comparação entre a classificação operacional no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o resultado da baciloscopia. **Hansen Int**, v. 34, n. 2, p. 13–19, 2009.

PEIXOTO, B. K. de S.; FIGUEIREDO, I. A.; CALDAS, A. de J. M.; CORREA, R. da G. C. F.; AQUINO, D. M. C. de. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-MA. **Hansen. int**, v. 36, n. 1, p. 23–30, 2011. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v36n1a05.pdf>.

PINHEIRO, M. G. C.; SILVA, S. Y. B. e; SILVA, F. de S.; ATAIDE, C. A. V.; LIMA, I. B. de; SIMPSON, C. A. KNOWLEDGE ON PREVENTION OF DISABILITIES IN A HANSENIASIS SELF-CARE GROUP. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 895–906, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20140066>. Acesso em: 24 out. 2017.

PRISCILA, M.; DOS, M.; MACHADO, S.; CARDOSO, R.; SILVA, D.; LEITE, A.; NOGUEIRA, G.; VIEIRA DE LIMA BARROS, C. Situação Endemica Da Hanseníase No Período De 2006 a 2011 No Município De Aparecida De Goiânia -Go. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 316–322, 2014.

QUEIROZ, T. A.; CARVALHO, F. P. B. de; SIMPSON, C. A.; FERNANDES, A. C. L.; FIGUEIRÊDO, D. L. de A.; KNACKFUSS, M. I. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 185–191, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500185&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2017.

RODINI, F. C. B.; GONÇALVES, M.; BARROS, A. R. de S. B.; MAZZER, N.; ELUI, V. M. C.; FONSECA, M. de C. R. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 2, p. 157–166, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000200012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2017.

TOCANTINS. **Boletim epidemiológico de Hanseníase**. 3. ed. Tocantins: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. v. 1

VASCONCELLOS, C. M. M.; MURAT VASCONCELLOS, M.; BARTHOLDY GRIBEL, E.; HAMMERLI, I.; DE MORAES, S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s173–s182, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300021&lng=pt&tlng=pt>.

WHO. Leprosy: weekly epidemiological record, Septembre 2016. **World Health Organisation Weekly epidemiological record**, v. 91, n. 35, p. 405–420, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/wer>. Acesso em: 20 fev. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA DE SAÚDE DE PALMAS
SISTEMA INTEGRADO SAÚDE ESCOLA DO SUS
FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS
PLANO INTEGRADO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA DO PLANO INTEGRADO DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE – TURMA 2016-2018

Daniele Soares de Morais[1]
Marta Maria Malheiros Alves[2]
1. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - Secretaria Municipal de Saúde, CEULP-ULBRA, FESP, E-mail: dany_morais@outlook.com
2. Bióloga, Secretaria Municipal de Saúde, FESP

AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE FÍSICA DOS IDOSOS/AS QUE PARTICIPAM DO GRUPO DE FORTALECIMENTO DE VÍNCULO, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO EM 2017

Palmas - TO
2018

AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E A VULNERABILIDADE FÍSICA DOS IDOSOS/AS QUE PARTICIPAM DO GRUPO DE FORTALECIMENTO DE VÍNCULO, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO EM 2017

SELF PERCEPTION OF HEALTH AND THE PHYSICAL VULNERABILITY OF ELDERLY PERSONS PARTICIPATING IN THE GROUP OF LINK STRENGTHENING, IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS-TO IN 2017

Daniele Soares de Morais[1]
Marta Maria Malheiros Alves[2]
1. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - Secretaria Municipal de Saúde, CEULP-ULBRA, FESP, E-mail: dany_morais@outlook.com
2. Bióloga, Secretaria Municipal de Saúde, FESP

RESUMO

A população de idosos está crescendo em nossa sociedade por isso há necessidade de desenvolver políticas públicas no setor saúde e de assistência social para que este público tenha uma maior longevidade com qualidade e dignidade, um envelhecimento ativo e saudável. O presente estudo foi de caráter quantitativo com entrevistas por meio de questionário adaptado do VES-13 (caderneta de saúde do idoso) para identificar a autopercepção da saúde e a vulnerabilidade física dos idosos que participam do grupo de Convivência e Fortalecimento de Vinculo do CRAS da 1304 Sul em Palmas-TO, 2017. O público alvo foi 30 dos 41 idosos, no qual foram realizadas a entrevista com o quantitativo máximo e apto para responder a mesma o TCLE. No grupo a prevalência foi de mulheres idosas com 73%, a faixa etária com maior prevalência em ambos os sexos foi de 66-69 anos com 30%, e com uma autopercepçao da saúde considerada boa, além da independência do grupo em relação a vulnerabilidade física e a incapacidades/limitação ou dependência em realizar atividades rotineiras. O reconhecimento da condição do idoso deve ser feito enquanto ainda tem incapacidades temporárias, e este formulário permite o acompanhamento longitudinal e intervenções de forma intersetorial para ao envelhecimento ativo com foco na prevenção e promoção da saúde.

Descritores: Idoso. Autopercepção da Saúde. Vulnerabilidade Física.

ABSTRACT

The elderly population is growing in our society so there is a need to develop public policies in the health and social care sector so that this public has a greater longevity with quality and dignity, an active and healthy aging. The present study was quantitative with interviews using a questionnaire adapted from the VES-13 (elderly health book) to identify the self-perception of health and the physical vulnerability of the elderly who participate in the Coexistence and Strengthening Group of the CRAS 1304 South in Palmas-TO, 2017. The target audience was 30 of the 41 elderly people, in whom the interview was conducted with the maximum quantile and able to respond to the same the ICF. In the group, the prevalence was of elderly women with 73%, the age group with the highest prevalence in both sexes was 66-69 years with 30%, and with a self-rated health considered good, besides the independence of the group in relation to vulnerability physical and disability / limitation or dependence on routine activities. Recognition of the condition of the elderly should be done while still having temporary disabilities, and this form allows longitudinal monitoring and intersectoral interventions for active aging focused on prevention and health promotion.

Keywords: Elderly. Self-Perception of Health. Physical Vulnerability.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um grande desafio para a saúde pública na atualidade. A princípio este fator ocorreu em países desenvolvidos. No entanto recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais intensificada. (GOUVEIA, 2012).

No cenário brasileiro esta questão não se diferencia do âmbito mundial, considerando que o processo de envelhecimento populacional também é contemporâneo e irreversível. De acordo com as projeções do DATASUS o número de pessoas com 60 anos[1] ou mais prevista em 2017 é de 19.260.674 milhões de idosos no país. (BRASIL, 2017a).

A percepção do conceito de cuidado a saúde está atrelada a como cada grupo ou indivíduo de diferentes faixas etárias, gênero, contexto sociocultural, visualizam o conceito de saúde e doença, ligando a aspectos culturais, costumes e vivências pessoais, e só após esses fatores que é possível um entendimento, que são definidos modelos de cuidado. (GUTIERREZ; MINAYO, 2008 apud COELHO; GIACOMIN; FIRMO, 2016).

Na perspectiva de Borges et al. (2014) "O envelhecimento humano faz parte de um conjunto de alterações morfofuncionais que levam a uma desestruturação orgânica, contínua e irreversível no organismo". Porém esse processo vai além dos aspectos biológicos, envolvendo diversos fatores específicos, como afirma os mesmos autores:

> [...] como a genética herdada, a ação do meio ambiente, a própria ação da idade, o tipo de alimentação durante os anos anteriores, o estilo de vida e a ocupação exercida. Além desses fatores estão associados aqueles que envolvem o contexto social ao qual o indivíduo pertence, que acabam por afetar sua vida e, consequentemente, sua situação de saúde. (BORGES et al., 2014).

Nesse sentido, a questão do cuidado à saúde perpassa condicionantes biológicos, está relacionado ao meio ambiente, condições de trabalho e o estilo de vida conduzido nas fases da vida anterior a velhice, além de considerar os determinantes sociais de saúde[2].

Esse processo de envelhecimento e adoecimento do corpo é interpretado pelos idosos de diferentes formas, ou seja, é de acordo com o seu histórico de vida. A condição de saúde percebida ou autopercepção de saúde é considerada uma característica importante para identificar a incapacidade funcional nos idosos. E a presença de problemas físicos, psíquicos,

---

[1] É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. (BRASIL, 2004).

[2] Determinantes Sociais de Saúde: Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de Saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

emocionais e sociais acaba acometendo sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções. (BORGES et al, 2014).

O conceito de envelhecimento saudável perpassa a ideia de ausência de doenças, porém esse termo vai além, envolvendo adaptações a mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimentos associados a manter uma boa velhice. (VALER et al., 2015).

Ainda nessa perspectiva do envelhecimento saudável, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o termo “envelhecimento ativo”, que busca oportunizar atividades contínuas de saúde, a fim de propiciar a qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que o termo utilizado não está focado no contexto da capacidade física ou sua força de trabalho, mas na integração na sociedade como um todo. (VALER et al., 2015).

O envelhecimento populacional nos remete a pensar sobre a perspectiva de vida das pessoas idosas, no sentido de como lidam ou vivenciam essa fase e não somente o fato de maior longevidade, bem como a garantia que durante esse período sejam plenos com qualidade e dignidade. Dessa forma em todo o mundo, destacando os países em desenvolvimento existe uma necessidade de medidas e políticas públicas que auxiliem este segmento etário a obterem uma vida mais saudável e ativa por maior tempo possível. (VALER et al., 2015).

O Centro de Referência de Assistência Social – (CRAS), é uma instituição pública estatal descentralizada da política de Assistência Social e a porta de entrada para acesso aos serviços de socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), nas áreas de vulnerabilidades e risco social. (BRASIL, 2009a).

Uma das ferramentas que pode ser utilizada para promoção e prevenção de saúde são os grupos de Convivência e Fortalecimento de Vínculos da terceira idade, em que são serviços ofertados pela Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de forma complementar ao trabalho social com famílias (PAIF) e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias (PAIEFI). (BRASIL, 2009a).

Os usuários desse serviço são divididos em grupos a partir de faixas etárias, considerando as especificidades dos ciclos de vidas. Desse modo o trabalho nos grupos é planejado de forma coletiva com o apoio e a participação ativa do técnico de Referência, ou orientador(a) social e dos usuários. Esses espaços possibilitam a discussão de temas relacionados à saúde melhorando a qualidade de vida desse segmento etário. (BRASIL, 2016a)

Podemos salientar que muito se tem abordado a respeito de melhorar a qualidade de vida dos usuários do SUS, e na rede de Atenção Primária, os Centros de Saúde da Comunidade (CSC) são implementados para atender tal necessidade dentre ofertar outros serviços de saúde. Dessa forma as Equipes de Saúde da Família são uma ferramenta crucial para se estabelecer vínculos com as famílias pertencentes a um dado território. Assim pontua: (ELIAS, 2007).

> Equipes Saúde da Família estabelecem ligação (denominada de vínculo) com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. O principal desafio do Programa de Saúde da Família é o de ampliar as fronteiras de atuação na assistência à saúde visando uma maior e mais completa resolução dos problemas de saúde.

Uma forma de ampliar e fortalecer este vínculo com os usuários do SUS e em destaque o público alvo de idosos, é a articulação com outra política voltada para esse segmento, ou seja, o CRAS inserido na Política de Assistência Social viabiliza o fortalecimento desse vínculo com os CSC permitindo um melhor acesso à saúde e qualidade de vida, uma vez que não se faz saúde somente nos CSC e sim em todos os espaços de interação que oportunizam esse debate.

Tendo em vista esse novo modelo de gestão em saúde, esse trabalho justificou-se para levantar dados que possam ser utilizados na contribuição da melhoria do cuidado à saúde, nesses serviços de saúde, a partir da percepção e avaliação dos próprios usuários, além de trabalhar de acordo com a necessidade dos idosos/as devido ao fator do envelhecimento populacional.

Este trabalho visou “Identificar a autopercepção da Saúde, vulnerabilidade física dos idosos/as que participam do grupo de Convivência e fortalecimento de vínculo do CRAS 1304 Sul no município de Palmas-TO”, a partir do questionário adaptado do VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13) (BRASIL, 2016b).

O município de Palmas-TO possui uma área territorial de 2.219 km², de acordo com o Censo do IBGE de 2017 a capital contava com uma estimativa de 286.787 mil habitantes, 12.521 idosos a partir de 60 anos (estimativa 2015 RIPSA) um aumento de 27,46% de 2010 para 2015 (BRASIL,2017b). Nesse mesmo ano foi implementado no município um modelo de Gestão em Saúde dividindo-o por oito territórios nomeados com etnias indígenas. Esse modelo busca melhorar a qualidade no atendimento na Rede de Atenção Primária.

MÉTODO

O presente estudo foi de caráter quantitativo que tem como base: “[...] métodos utilizados em estudos populacionais, além de trabalhar com técnicas de amostragem do tipo aleatória ou estratificada, com base no pressuposto de que a investigação em um dado fenômeno em um número X de indivíduos representa uma totalidade definida” (VICTÓRA; KNAUTH, HASSEN, 2000). A execução da pesquisa se deu por meio de entrevista com a utilização do questionário adaptado por Maia et al. (2012) do (VES-13) inserido na caderneta de Saúde da pessoa Idosa.

Essa pesquisa teve como finalidade identificar a autopercepção da Saúde e vulnerabilidade física dos idosos/as que participam do grupo de convivência e fortalecimento de vínculo (GCFV) do CRAS 1304 Sul no município de Palmas-TO em 2017.

Foram incluídos todos os idosos que participavam do grupo de Convivência e fortalecimento de vínculo do CRAS 1304 sul, que aceitaram realizar entrevista com o TCLE e com idade de 60 anos ou mais e que possuem capacidade psicológica e motora que viabilize essa participação, sendo 30 do total de 41 idosos do grupo. Foram excluídos os idosos que não participavam do grupo de Convivência e fortalecimento de vínculo do CRAS 1304 Sul, e que não aceitaram realizar a entrevista com o TCLE e pessoas com idade abaixo de 60 anos, e que não possuem capacidade psicológica e motora que viabilize essa participação. A pesquisa foi realizada no período de setembro a outubro de 2017.

As variáveis foram divididas em: idade, sexo, autopercepção da saúde, vulnerabilidade física, e as incapacidades/limitação ou dependência em atividades rotineiras.

A pesquisadora participou do (GCFV) como voluntária para estabelecer um vínculo com os idosos. Os encontros do grupo ocorreram uma vez por semana no CRAS 1304 Sul, e a participação da profissional se deu após a aprovação do projeto, tornando possível a realização das entrevistas e sob autorização via ofício da Diretoria Geral de Proteção Básica do município de Palmas- TO.

O levantamento dos dados foi realizado a partir dos resultados das entrevistas e então organizados em planilhas e gráficos facilitando a análise do conteúdo. A obtenção dos resultados foi discutida com base em bibliografias específicas, do qual forneceram suporte teórico sustentando a proposta através de livros, revistas e artigos (scielo, saúde coletiva, caderneta do idoso, dentre outras) de abordagem do respectivo tema nas áreas das ciências sociais e de saúde, possibilitando um maior arcabouço teórico para aproximações sucessivas do objeto de análise.

A avaliação das entrevistas foi feita de acordo com o Manual para utilização do Cartão da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, em que o VES-13 é pontuado da seguinte forma:

Como pontuar o VES-13: **O VES-13 está dividido em 4 itens:**	
1) Idade	Cada faixa etária corresponde a uma pontuação. Assim, pessoas idosas entre 60 e 74 anos não pontuam; entre 75 e 84 anos recebem 1 ponto; e com 85 anos ou mais marcam 3 pontos.
2) Autopercepção de saúde	Se a pessoa idosa considerar sua saúde "excelente", "boa" ou "muito boa", não deve ser registrado nenhum ponto neste item. Caso responda "regular" ou "ruim", recebe 1 ponto.
3) **Limitação física**	Neste item são listadas 6 atividades físicas. A pessoa idosa recebe 1 ponto por cada atividade que relate ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer". Contudo, a pontuação máxima neste item é de 2 pontos, mesmo que a pessoa apresente muita dificuldade em todas as 6 atividades listadas.
4) Incapacidades	Neste tópico, é questionado se a pessoa idosa deixou de fazer alguma das 5 atividades listadas em função de sua saúde ou condição física. Caso responda "sim" a uma ou mais perguntas, devem ser registrados 4 pontos.
A soma dos itens 1, 2, 3 e 4 é a pontuação total da pessoa idosa no protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13). Como interpretar o VES-13: Cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de 0 a 10 pontos.	
a. Se a pontuação total encontra-se entre 0 e 2 pontos, a pessoa idosa não é considerada vulnerável, e deve continuar sendo acompanhada pela atenção básica de saúde; b. Se a pontuação for maior ou igual a 3 pontos, significa um risco de 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação $\leq$ 2 pontos, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes. Nestes casos, a equipe de Atenção Básica deverá dispensar maior cuidado	

Fonte: Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Ministério da Saúde, 2016.

Esta pesquisa foi realizada de acordo com as resoluções nº 466 de 12/12/12 e 510 de 07/04/16, que abordam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Estas leis abordam tantos os direitos e deveres do pesquisador, quanto o do indivíduo submetido à pesquisa.

Dessa forma o presente trabalho foi submetido e encaminhado via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). E somente após a aprovação do Comitê de Ética (2.292.775) que foi realizada a entrevista e coleta de dados. A pesquisa não implicará maleficência nem qualquer risco à saúde dos

profissionais e nem dos usuários que tiveram total privacidade em relação a sua integridade física e moral.

Para realização da pesquisa foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que respalda o usuário que foi entrevistado.

RESULTADOS

A tabela 1 consolida as principais características da autopercepção da saúde e a vulnerabilidade física dos idosos vinculados ao CRAS 1304 Sul de Palmas-TO.

Foram entrevistados 30 idosos do Grupo de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (GCFV) do CRAS da 1304 Sul no município de Palmas- TO, de ambos sexos (masculino e feminino). Porém o grupo se estende a um quantitativo de 41 idosos, a escolha de somente 30 para a realização do estudo, foi de acordo com Resolução nº 109, De 11 de novembro de 2009 que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que regulamenta que os grupos de Convivência e Fortalecimento de Vínculo só poderá ser vinculados esse quantitativo, caso exceda é necessário organizar outro grupo em outro horário e com um orientador social (psicólogo, assistente social ou pedagogo) para acompanhamento. (BRASIL, 2009b).

No que concerne à variável sexo, durante as entrevistas foi possível notar a maior prevalência de idosos do sexo feminino no grupo com 73,33% (22) idosos do total de (30) e (8) idosos do sexo masculino com 26,67%.

A frequência da faixa etária com maior prevalência é de (66-69) anos com 30% que corresponde a (9) idosos, e a faixa etária de (60-65) anos e (70-75) anos mantém-se com 27% (8) do mesmo número de idosos incluídos nessas faixas etárias. Com menor quantidade esta os idosos com idade entre (76-80) anos com 10% (3) e mais de 80 anos com 6% (2).

No estudo realizado no município de Palmas como mostra no gráfico 1, os idosos entrevistados se auto avaliaram, e a prevalência foi a percepção considerada (boa) com 47% (14), com uma diferença mínima de 40% (12) para a percepção (regular), 13% (4) responderam considerarem sua saúde (muito boa ou excelente), e nenhum idoso considerou ter uma saúde ruim correspondendo a 0%.

No tocante a vulnerabilidade física, de acordo com o gráfico 2, os idosos interpelados evidenciaram-se com maior prevalência o fato de não possuir (nenhuma dificuldade) para executar os movimentos elencados no gráfico 2. Isso presume que a maioria são idosos não vulneráveis, porém quando interpelados a respeito de (fazer serviço doméstico pesado como

esfregar chão ou limpar janelas) 33% (10) apresentaram queixas de (muita dificuldade) para realizar.

No que concerne as incapacidades/limitação ou dependência em realizar atividades rotineiras, de acordo com gráfico 3, a (não) dependência em realizar tarefas rotineiras está em evidência, ou seja, maior prevalência, isso mostra a independência que o grupo entrevistado possui, como por exemplo quando interpelados sobre a questão de (atravessar o quarto andando? É permitido o uso de bengala ou andador) 97% responderam não precisar de ajuda que corresponde a (29) idosos. Ao se tratar da atividade rotineira (tomar banho de chuveiro ou banheira) 83% (25) idosos responderam não ter dependência. Quando questionados sobre (fazer compras de itens pessoais, como produtos de higiene pessoal ou medicamentos) e (lidar com dinheiro, como controlar suas despesas ou pagar contas) 67% responderam não precisar de ajuda, que corresponde a (20) idosos. E por último quando questionado sobre (realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve) 63% (19) idosos não necessitam de ajuda.

Diante desse resultado podemos enfocar que as incapacidades/limitação ou dependência de realizar atividades rotineiras não é um desafio para esses idosos, pelo contrário a independência destes prevalecem.

Conforme mostra o gráfico 4, podemos destacar que na classificação final apresentada na pesquisa foi de 57% (17), corresponde aos idosos que conforme a pontuação final é considerada vulnerável, e 43% (13) são os idosos considerados não vulneráveis. Vale destacar que destes (17) idosos considerados vulneráveis somente (5) deles resultaram com 3 pontos na classificação final, desse modo estes requerem uma atenção especial para que não cruzem definitivamente a cor vermelha, e fiquem estabelecidos como não vulnerável.

DISCUSSÃO

Na literatura de Salgado (2002) aponta que no mundo em geral, prevalece uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, considerando o quantitativo total da população de cada sexo. Constatando que existe um excedente, em relação ao número de mulheres idosas em comparação aos homens em idade avançada.

De acordo com as projeções do DATASUS, o município de Palmas em 2015 contava com (6.402) mulheres idosas das faixas etárias de (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais). Enquanto que o número de homens idosos é menor com (6.119) nessas mesmas faixas etárias. (BRASIL, 2015).

Atrelado a isso, o fator da maior expectativa de vida das mulheres está relacionado a maior procura na hora do cuidado a saúde, uma característica feminina por maior procura no Sistema Único de Saúde. Se tratando disso segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007) afirma que os homens buscam menos os serviços de saúde na atenção primária, e o cuidado à saúde não é visto como uma prática.

Contudo, como resultado no que concerne a essa desigualdade de gênero na expectativa de vida, e comprovando essa proporção maior de mulheres do que homens nesse segmento etário, as mulheres idosas vivem em média sete anos mais do que os homens e estão vivendo mais do que nunca. (SALGADO, 2002).

Diante dessa realidade apresentada podemos destacar que o número de idosos com as faixas etárias que prevalecem no grupo entrevistado, vai de acordo com o quantitativo de idosos que também está em evidência no cenário brasileiro, conforme pontua Nasri (2008) atualmente no país, o estágio de transição tanto para mortalidade quanto para fertilidade está avançado, possibilitando prever o tamanho da população etária nas próximas quatro décadas, desse modo a população de idosos com idade acima dos 65 anos crescerá de forma acelerada (2 a 4% ao ano) , enquanto a população jovem diminuirá.

Portanto, o envelhecimento populacional está em evidência nos últimos anos e isso ocorre devido ao baixo índice na taxa de fecundidade e baixo índice na taxa de mortalidade, ou seja, os idosos estão vivendo bem mais do que o esperado nos anos anteriores.

Na literatura, Oliveira, Neri e D'elboux (2013) pontuam que as condições de saúde e bem-estar, possuem diferentes formas de compreensão, podendo estar ligado a fatores como o (gênero, idade, condições sociais e de moradia). Podendo esses fatores estarem relacionadas à capacidade funcional e as percepções de saúde e cuidado em idosos.

Nesse estudo a autopercepção da saúde foi alcançada a partir da ferramenta utilizada no questionário adaptado da caderneta de saúde do idoso do (VES-13) em que este é uma ferramenta que avalia em uma escala subjetiva, e auto referida, não sendo um dado absoluto, sendo utilizada para avaliar as condições de saúde dos idosos.

Ainda podemos destacar que de acordo com um estudo realizado no Rio Grande do Sul por Borges et al. (2014), a autopercepção de saúde vem sendo bastante utilizada, além de ser um método confiável, sendo considerado como um modo capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Esse método pode ser utilizado quando se trata da abordagem da associação entre saúde, determinantes

demográficos e socioeconômicos, bem como doenças crônicas e capacidade funcional em idosos.

Nessa mesma lógica o mesmo autor pontua que a percepção de saúde é um importante indicador de mortalidade, pois com pior percepção do estado de saúde existe o maior risco de morte, (por diversas causas) quando comparamos com as que relatam ter uma saúde excelente. (BORGES et al., 2014).

Entende-se pelo conceito de vulnerabilidade no âmbito da gerontologia como o estado de indivíduos ou grupos que, por algum motivo tem sua capacidade de autodeterminação comprimida, podendo apresentar dificuldades para resguardar os próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou atributos. O fator envelhecimento resulta em riscos para a questão do desenvolvimento de vulnerabilidade, sendo de natureza biológica ou individual, socioeconômica e psicossocial. (BARBOSA et al., 2017).

Para tanto, no que concerne a vulnerabilidade física que é o foco do estudo, conforme aponta Barbosa et al. (2015) esta influi diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que a capacidade do indivíduo de realizar tarefas rotineiras ou até mesmo mais complexas se limita, ocasionando a perda da autonomia, diminuição da capacidade funcional e da independência.

Os grupos de convivência e fortalecimento de vínculo é um importante espaço para enfrentamento dessa situação de vulnerabilidade dos idosos, pois é por meio da participação desse segmento etário, nesses espaços que oportuniza a promoção da saúde sendo lócus privilegiados para tal discussão, Além de ser um espaço de efetivação de direitos da pessoa idosa. (ALVES, 2014).

Com a identificação de grupos mais vulneráveis é possível pensar em políticas públicas adequadas que atendam em especial este público alvo de idosos, porém isso nem sempre é possível devido à complexidade do conceito de vulnerabilidade e a dinâmica dos fatores que influenciam o processo de envelhecimento, sendo está uma questão importante de saúde pública. (MAIA et al, 2012).

Vale ressaltar que a caderneta de atenção à saúde do idoso, serve para um acompanhamento dos idosos que tem como principal objetivo contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, e possibilita uma avaliação integral da saúde deste segmento etário de idosos, além de identificar suas vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado. (BRASIL, 2017c).

De acordo com a caderneta de saúde do idoso que contém o questionário do VES- 13 os idosos que foram classificados conforme a pontuação 0 a 2 pontos são considerados idosos não vulnerável (cor verde). E os idosos que a classificação $\geq$ 3 são considerados idosos vulneráveis (amarelo), porém vale destacar que os idosos que ficam na pontuação de 3 a 6 pontos na classificação final, não podemos considerar totalmente vulnerável, significa que este possui sim alguma incapacidade/limitação ou dependência, que impede que desenvolva alguma atividade rotineira, porém pode ser um episódio temporário (procedimento pós cirúrgico, uma queda ou até mesmo acamado) sendo este um idoso em risco de fragilização que precisa ser cuidado, ou trabalhado para que não entre na classificação do grupo de idosos vulneráveis, idosos com a pontuação na classificação final de 7 a 10 pontos são aqueles considerados declínio funcional já estabelecido na cor (vermelha).

Essa é outra vantagem na utilização deste instrumento que é a possibilidade de representação gráfica e acompanhamento longitudinal das pessoas idosas. Desta forma, o idoso que se encontra na faixa verde é considerado de menor vulnerabilidade. As faixas amarela e vermelha indicam uma necessidade de avaliação mais minuciosa das causas das incapacidades ou limitações físicas, ocasião em que a equipe deverá identificar outros instrumentos que complementam a avaliação, como os indicados no Caderno de Atenção Básica 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. (BRASIL, 2016b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender que os idosos do grupo entrevistado possuem uma boa condição de saúde ao se auto avaliarem, bem como uma independência se tratando da vulnerabilidade física, e no que diz respeito às incapacidades/limitação ou dependência em executar atividades rotineiras, esses idosos também possuem independência.

Com base nisso podemos refletir que se esses idosos possuem uma boa condição de saúde, o uso da caderneta de atenção à saúde do idoso é um instrumento de grande importância para o acompanhamento destes no serviço de saúde, além de permitir que os profissionais de saúde conheçam as limitações ou dependências do seu idoso/paciente, podendo pensar em ações para intervenção. Pois vale destacar que muitas vezes, os idosos que estão numa escala de avaliação maior que $\geq$ 3 pontos e que são considerados vulneráveis, requerem uma atenção maior, podendo ser possível retornar para a condição de não vulnerável, caso este idoso esteja com uma incapacidade funcional temporária.

É necessário estimular e capacitar as ESF para a utilização da caderneta que ainda é pouco utilizada na rede, o reconhecimento oportuno das condições limitantes temporárias dos idosos para que não se torne permanente, atualmente com as equipes multiprofissionais e este trabalho intersetorial isso é facilitado. E em cada condição identificada propor as intervenções junto a família e o idoso para que haja mudança no quadro.

A maior parte das ESF está com o foco nas doenças e para o envelhecimento ativo precisamos do foco nas ações de prevenção e promoção da saúde.

O Grupo de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (GCFV) pode ser o espaço que o setor saúde muitas vezes não tem para o trabalho com os grupos nessa perspectiva.

Contudo, realizar uma articulação na rede possibilita identificar esses idosos vulneráveis, ou seja, as Equipes de Saúde da Família- ESF juntamente com os Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF, podem fazer uma articulação com os Centros de Referência de Assistência Social- CRAS que abrange ao território e trabalhar na promoção e prevenção da saúde com os grupos de idosos, ampliando o acesso e fortalecendo o vínculo com os usuários de outra política com o SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Danielle dos Santos. **O envelhecimento e a importância da convivência social e familiar: estudo sobre um Grupo de Convivência na cidade de Cruz das Almas – Bahia**. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2014. Disponível em: <http://docplayer.com.br/26197831-O-envelhecimento-e-a-importancia-da-convivencia-social-e-familiar-estudo-sobre-um-grupo-de-convivencia-na-cidade-de-cruz-das-almas-bahia.html> Acesso em: 20 de dez. 2017.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes et al. Aging And Individual Vulnerability: A Panorama Of Older Adults Attended By The Family Health Strategy. **Texto & Contexto - Enfermagem,** [s.l.], v. 26, n. 2, p.1-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002700015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e2700015.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2018.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes et al. Vulnerabilidade física entre idosos: diferencias por sexo. Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades, [s.l.], n. 42, p.90-100, 2015. Universidad de Alicante Servicio de Publicaciones. http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.09. Disponível em: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2015-n42-vulnerabilidade-fisca-entre-idosos-diferencias-por-sexo>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BORGES, Aline Morás et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.79-86, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00079.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2017.

BRASIL. Constituição (2009). **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF, 25 nov. 2009b.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Federal nº 10. 741, de 01 de outubro de 2003. Brasília -DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2017a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>. Acesso: 02 Junho 2017.

BRASIL. Manual de Formação – **Ação Capacitação dos profissionais da atenção básica sobre a saúde da pessoa idosa**. São Paulo, SP, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3ª Ed.Brasília-DF.2014. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf> Acesso em 01 julho 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016b. 85 p. : il. Disponível

em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf> Acesso: 02 fev 2018.

BRASIL. Ministério Desenvolvimento Social. **Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo**: Convivência e Fortalecimento de Vínculo. 2016a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/acesso_informacao/Perguntas_Frequentes_SCFV_032017.pdf>. Acesso em: 01 Julho 2017.

BRASIL. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social** – CRAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a. 72 p. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao/cras-centros-de-referencia-da-assistencia-social/copy_of_orientacoes_cras_1.pdf>. Acesso em 02 de Junho de 2017.

BRASIL. **DATASUS.** Estudos de Estimativas populacionais por município, idade e sexo-20002015. 2015.Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>. Acesso em: 17 dez. 2017.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população-IBGE. 2017b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>. Acesso em: 01 fev. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> Acesso em: 29 de Junho 2017.

COELHO, Juliana Sousa; GIACOMIN, Karla G., FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. **O Cuidado em Saúde na Velhice:** A visão do homem. Revista Saúde Coletiva. São Paulo, v.25, n.2, p. 408-421, 2016.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Disciplina MSP 0670 - Atenção Primária em Saúde I Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto02.pdf>. Acesso: 02 Junho 2017.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 03, n. 23, p.565-574, mar. 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0765.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

GOUVEIA, Luiza Antoniazzi Gomes. Envelhecimento populacional no contexto da Saúde Pública. **Tempus - Revista Actas de Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1208/1093>Acesso 02 Junho 2017.

MAIA, Flávia de Oliveira Mota et al. Adaptação Transcultural Do Vulnerably Elder Survey - 13 (VES-13): Contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, p.116-122, 14 ago. 2012. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2012_Flavia_REE.pdf>. Acesso em: 01 Agosto 2017.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein,** São Paulo, v. 1, n. 6, p.4-6, set. 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein Suplemento v6n1 pS4-6.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2018.

OLIVEIRA, Déborah Cristina de; NERI, Anita Liberalesso; D'ELBOUX, Maria José. Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** Campinas, v. 3, n. 21, p.1-8, maio 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281427949013>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. MULHER IDOSA: a feminização da velhice. **Estud. Interdiscip. Envelhec.,** Porto Alegre, v. 4, p.7-19, 2002. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716>. Acesso em: 17 dez. 2017.

VALER, Daiany Borghetti. BIERHALS, Carla Cristiane Becker Kottwitz. AIRES, Marinês. PAUSKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. Rio de Janeiro,**Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v.18, n 4, pp.809-819, 2015. Disponivel em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00809.pdf> Acesso em: 10 março 2017

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, Ma. De N. A.: Metodologias Qualitativa e Quantitativa in_ Pesquisa. **Qualitativa em Saúde**- Uma introdução ao Tema, Cap 3, pp 33-44. Tomo Editorial, 2000. Disponível em: <http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Victora-Metodologias%20qualitativas%20e%20quantitativas.pdf> Acesso em: 01 Jullho 2017.

TABELAS E GRÁFICOS

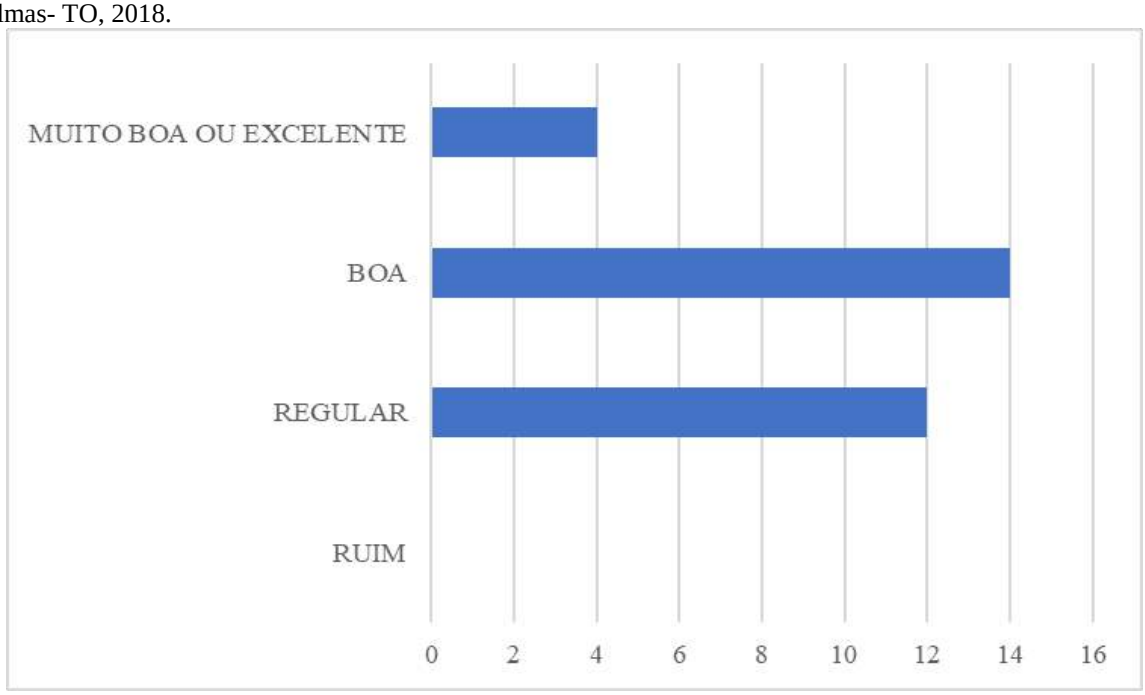
Tabela 1 - Análise da autopercepção da saúde e a vulnerabilidade física dos idosos/as que participam do grupo de convivência e fortalecimento de vínculo do CRAS 1304 Sul. Palmas, 2018.

Variáveis	Número de Idosos		Porcentagem		
IDADE					
60-65 anos	8		27%		
66-69 anos	9		30%		
70-75 anos	8		27%		
76-80 anos	3		10%		
Mais de 80 anos	2		7%		
Total	30		100%		
AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE					
Ruim	0		0%		
Regular	12		40%		
Boa	14		47%		
Muito boa ou excelente	4		13%		
Total	30		100%		
LIMITAÇÃO FISÍCA	**Nenhuma dificuldade**	**Pouca dificuldade**	**Média dificuldade**	**Muita dificuldade**	**Incapaz de fazer**
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se;	10	5	7	6	2
	33%	17%	23%	20%	7%
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	13	6	2	6	3
	43%	20%	7%	20%	10%
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	20	1	4	3	2
	67%	3%	13%	10%	7%
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	20	2	4	4	0
	67%	7%	13%	13%	0%
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	14	4	6	4	2
	47%	13%	20%	13%	7%

Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar as janelas?	5	6	4	10	5
	17%	20%	13%	33%	17%
	SIM		**NÃO**		
Incapacidades, limitações ou dependência para realizar atividades rotineiras	**Com ajuda**	**Dependência parcial, porém, realiza sem ajuda**	**Independência**	**Não realiza as atividades devido a saúde**	
a) fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?	6	3	20	1	
	20%	10%	67%	3%	
b) lidar com dinheiro (como controlar suas despesas pagas ou pagar contas)?	4	5	20	1	
	13%	17%	67%	3%	
c) atravessar o quarto andando? É permitido o uso de bengala ou andador.	0	1	29	0	
	0%	3%	97%	0%	
d) realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?	2	8	19	1	
	7%	27%	63%	3%	
e) tomar banho de chuveiro ou banheira?	0	5	25	0	
	0%	17%	83%	0%	
	ANÁLISE GERAL				
CLASSIFICAÇÃO FINAL	**Número de Idosos**		**Porcentagem**		
Vulnerável	17		57%		
Não vulnerável	13		43%		
Total	30		100%		

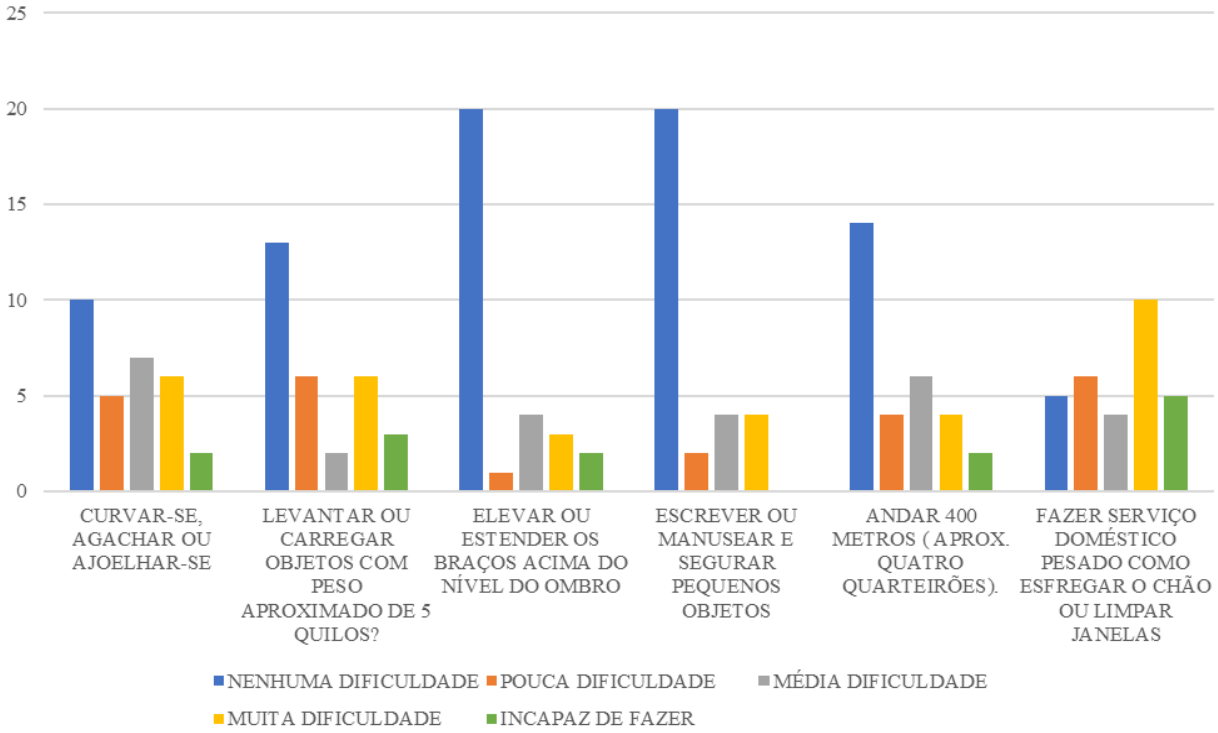
FONTE: Coleta de dados por meio de entrevista com os idosos que participam do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul em Palmas TO.

Gráfico 1 - Frequência da Autopercepção da Saúde dos Idosos entrevistados do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul, Palmas- TO, 2018.



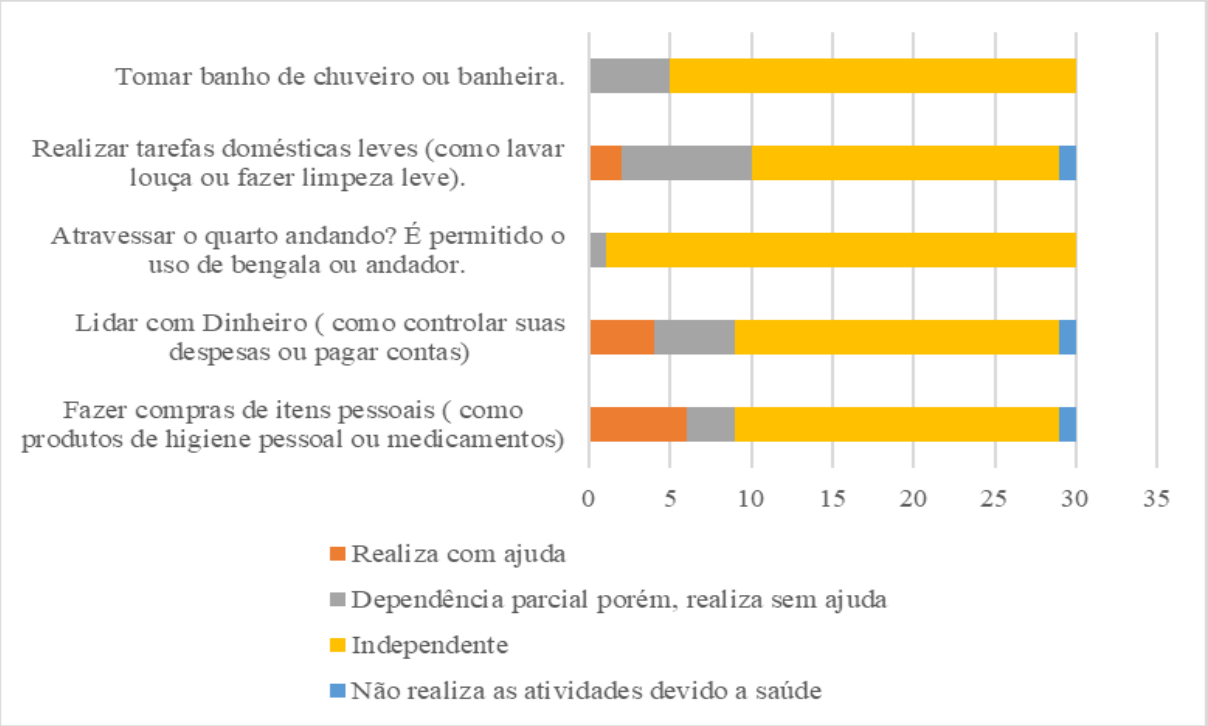
Fonte: Coleta de dados por meio de entrevista com os idosos que participam do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul em Palmas TO.

Gráfico 2 - Frequência da Vulnerabilidade física/ Dificuldade para fazer as seguintes atividades dos Idosos entrevistados do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul, Palmas- TO, 2018.



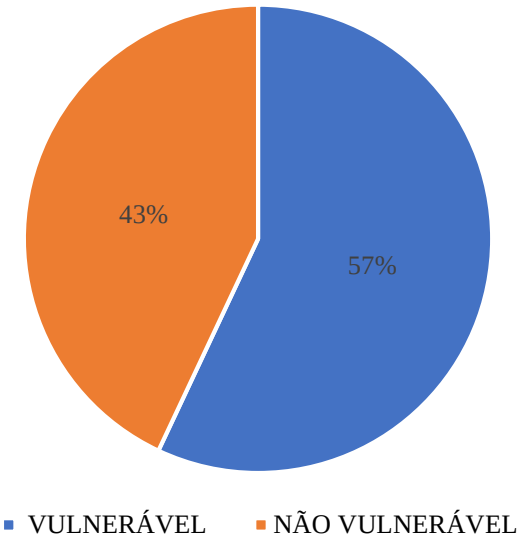
Fonte: Coleta de dados por meio de entrevista com os idosos que participam do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul em Palmas TO.

Gráfico 3 - Frequência das Incapacidades/Limitação ou dependência de realizar atividades rotineiras dos Idosos entrevistados do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul, Palmas- TO, 2018.



Fonte: Coleta de dados por meio de entrevista com os idosos que participam do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul em Palmas TO.

Gráfico 4 - Classificação Final dos Idosos entrevistados do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul, Palmas- TO, 2018.



Fonte: Coleta de dados por meio de entrevista com os idosos que participam do (GCFV) do CRAS da 1304 Sul em Palmas TO.

A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO

THE PERCEPTION OF ELDERLY PEOPLE ON HEALTH PROMOTION IN THE HEALTH TERRITORIES OF THE MUNICIPALITY OF PALMAS-TO

Franciane Leite Chagas[1]
Jaciela Leopoldino[2]

1. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - Secretaria Municipal de Saúde, CEULP-ULBRA, FESP, E-mail: franciane_leite@yahoo.com.br
Secretaria Municipal de Saúde, FESP.

RESUMO

O estudo tem por objetivo fortalecer a promoção de saúde para a população idosa, por meio do estímulo às ações permanentes de educação popular, participação social e da comunidade, visando contribuir para uma prática mais equânime na saúde pública. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, inspirada nos pressupostos da pesquisa-ação, na qual a análise será realizada à luz da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008). A partir dos resultados obtidos neste estudo, foi possível entender a real necessidade de desenvolver ações de promoção da saúde como forma de ampliar a integralidade do cuidado.

DESCRITORES: Promoção da Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The study aims to strengthen health promotion for the elderly population, by encouraging the permanent actions of popular education, social participation and community, to contribute to a more equitable practice in public health. This is a descriptive research, with a qualitative approach, inspired by the presuppositions of action research, in which the analysis will be carried out in the light of the content analysis proposed by Bardin (2008). Based on the results obtained in this study, it was possible to understand the real need to develop health promotion actions to increase the integrality of care.

Keywords: Health Promotion. Health Education.

INTRODUÇÃO

Os últimos censos apontam que o Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional crescente onde os principais determinantes da acelerada transição demográfica são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima–se que em 2.050 a população idosa alcançará os 22,71% da população total, caminhando rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido (IBGE, 2016).

Para Mendes (2011), este perfil é caracterizado por uma transição epidemiológica, onde, as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O aumento das doenças crônicas implicará na necessidade de mudanças das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde.

Palmas é o Município no qual está localizada a Capital do Estado do Tocantins e é construída em uma área territorial de 2.219 km², com população de 228.332 habitantes de acordo com dados do IBGE. É basicamente composta por adultos, economicamente ativos e a população idosa compreende 4,36% da população geral, o que corresponde a cerca de 10.000 habitantes com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Apesar de ser considerada uma cidade com pequeno número de idosos é preciso se pensar na qualidade de vida, e faz-se necessário educar essa população para um envelhecimento ativo e saudável.

O envelhecimento é uma fase que deve ser compreendida em sua totalidade, considerando aspectos biológicos, psicológicos e comportamentais, o processo de envelhecimento gera mudanças na relação que a pessoa estabelece com o tempo e com a sua própria história, sendo assim, cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

A forma de viver a velhice está associada a várias questões que se interligam e que se tornam mais complexa, uma das características desta etapa da vida é a sua heterogeneidade, ou seja, os sujeitos não envelhecem de maneira igual, pois constroem suas próprias histórias de vida, com características e dificuldades diferentes (LOPES, 2006).

Nesse aspecto, é importante, compreender o idoso em suas diversas formas de ser, respeitando sua maneira de viver e suas diferentes particularidades, pois o

fato de determinadas pessoas estarem em uma mesma faixa etária não significa que tenham passado pelas mesmas vivências e que apresentem as mesmas características e necessidades.

Diante dessa nova realidade, deve-se ter um novo olhar sob a maneira como o serviço de saúde vem sendo ofertado nos CSC para o público idoso, para além do diagnóstico apenas de enfermidades físicas, deve-se considerar os aspectos psicossociais do sujeito e educá-los, dando condições de prevenir ou atenuar o processo de adoecimento.

A promoção da saúde questiona os modelos de atenção ofertados pelos serviços de saúde e objetiva melhorar o processo de trabalho disponibilizado pelo CSC, por meio da mudança no modelo de atenção ofertado, experimentando nova forma de atuação, onde todos que estão envolvidos, sendo eles trabalhadores ou usuários, se corresponsabilizem, implicando os sujeitos no processo de produção de saúde.

Na Atenção Básica, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), são responsáveis pelas ações de vigilância à saúde, pela reorganização do modelo de assistência à saúde, pela valorização das ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos. Todavia, esses profissionais têm tido grande dificuldade de desenvolver as ações de promoção da saúde como forma de ampliar a integralidade do cuidado (HENRIQUES, 2010).

Tais dificuldades estão relacionadas com o modelo assistencial hegemônico que ainda prevalece nas práticas de saúde. A falta de integralidade e igualdade no cuidado resulta em uma prática sanitária reducionista, biologicista que não considera como relevantes as necessidades sociais dos sujeitos e, consequentemente, não as incorpora no escopo das intervenções em saúde (PAIM; SILVA, 2010).

Observa-se que o modelo assistencial prioriza o modelo biomédico, com ações curativas, ignorando o papel ativo que o indivíduo pode desempenhar em seu processo de envelhecimento. Dessa forma, a discussão do tema promoção da saúde nos serviços de saúde objetiva conhecer a opinião dos idosos sobre processo de trabalho disponibilizado pelos serviços, e identificar como melhor promover o fortalecimento das ações de saúde, a partir de novas formas de atuação, nas quais, todos os envolvidos, gestores, trabalhadores e usuários, participem, coletivamente, no momento de produzir saúde.

O presente estudo trata-se do trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, o qual se constitui como desdobramento do Projeto Aplicativo “Um olhar sobre a Promoção da Saúde em Territórios de Saúde no município de Palmas-TO”, elaborado pelo conjunto de residentes de diferentes programas, que compuseram a estratégia educacional.

O Grupo Território é formado por residentes, que, independente do Programa a que pertencem, estão vinculados à um mesmo território de cuidado. Cada um desses grupos possuem um tutor responsável, que desenvolve o papel de facilitador de aprendizagem do grupo.

A Tutoria de Território divide-se em 05 grupos os quais estão divididos entre os territórios de saúde do município de Palmas. O grupo em questão faz parte dos territórios Krahô e Xambioá e contemplam entre os seus membros residentes que atuam nos NASFs, Centros de Saúde da Comunidade, CAPS II e Superintendência da Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

Nas oficinas de trabalho do Grupo Território para construção do Projeto Aplicativo, a metodologia empregada, predominantemente, fundamentou-se no Planejamento Estratégico Situacional, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento do pensamento estratégico, para uma análise qualificada dos contextos que envolvem as práticas de saúde e, particularmente, o mundo do trabalho.

Nesse processo, os residentes foram estimulados a realizar a leitura da realidade e identificar os problemas dos territórios, priorizou-se dentre os problemas identificados, a incipiência das ações de promoção da saúde, elencado a partir da verificação do alto índice de doenças crônicas, transmissíveis, não – transmissíveis e causas externas; pela fragilidade das ações de promoção de saúde com grupos específicos e pelo vínculo frágil dos serviços de saúde com a comunidade.

Considerando o cenário exposto, o estudo tem por objetivo fortalecer a promoção de saúde para a população idosa, por meio do estímulo a ações permanentes de educação popular, participação social e da comunidade, visando contribuir para uma prática mais equânime na saúde pública.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, inspirada nos pressupostos da pesquisa-ação.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010), se adapta melhor em investigações de grupos delimitados e focalizados. Esse método culmina na construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. É caracterizado por proporcionar compreensão em profundidade do contexto do problema, além de ser método indutivo que procura entender por que o indivíduo age, pensa ou sente.

Os pressupostos da abordagem qualitativa e as contribuições teórico-metodológicas da pesquisa-ação citadas no presente trabalho, se alinham e se complementam, configurando caminho metodológico adequado aos objetivos da pesquisa e ao contexto do estudo realizado.

A pesquisa foi desenvolvida com o público de idosos que fazem parte dos territórios de saúde da área de abrangência da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas - TO. Melhorar a organização da rede de saúde implica em mudança de paradigmas. Nesse contexto, o município foi dividido em diferentes territórios, os quais compreendem áreas de abrangência de Centros de Saúde e Comunidade (CSC) com população definida. O foco é compreender, a princípio, a dinâmica da população, suas relações sociais e econômicas e o seu processo de adoecimento e em um segundo momento propor ações de intervenção considerando o perfil epidemiológico de cada território. Essa organização da atenção nos territórios pressupunha o atendimento de forma integral e resolutiva, de acordo com as necessidades dos indivíduos.

O estudo foi desenvolvido no Parque Municipal da Pessoa Idosa de Palmas, localizado no território de Saúde Xambioá, por ser um espaço onde já desenvolve atividades voltadas para o público idoso e por contemplar os sujeitos selecionados para o estudo.

Os critérios de inclusão utilizados para participação da pesquisa foram: ter mais de 60 anos; estar participando das atividades do parque do idoso; ter sua caderneta de idoso preenchida; ter sido submetido à avaliação pela equipe multiprofissional; apresentar condições cognitivas para responder à entrevista e aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após esse primeiro refinamento, foram excluídos os idosos

que por motivos particulares, não desejaram participar do estudo, não foram localizados ou que não apresentaram condições físicas e psíquicas para participar.

A coleta de dados foi realizada por meio do grupo focal (GF), que segundo Krueger (1996), a descreve como sendo a reunião de um número reduzido de pessoas, com características comuns, organizadas em grupos, objetivando a produção de dados qualitativos a partir da discussão de um tema focalizado.

A escolha por essa técnica se deu ao fato de ser apropriada a pesquisas qualitativas, por apresentar um tema de discussão específico (promoção da saúde da população idosa), cuja finalidade foi explorar e deixar emergir as diferentes visões sobre o assunto. Minayo (2010) acrescenta que a discussão sobre o tema focalizado no grupo focal pode se apresentar sob a forma de entrevista ou conversa informal e acrescenta a profundidade dos dados qualitativos obtidos com a técnica.

Para a realização do GFs, participaram, além dos sujeitos deste estudo: os (as) pesquisadores (as), representados por um facilitador do grupo e um observador, que registrou, sob a forma de relatório, outras informações que não as verbais, como gestos, posturas e olhares. O relatório foi discutido entre o facilitador e o observador após o término da sessão de cada grupo, com o intuito de evitar perdas das informações colhidas.

Para realizar o procedimento da coleta de dados, os pesquisadores entraram em contato com a coordenação do parque do idoso, administrado pela Secretaria de Desenvolvimento Social, que atua em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde visando a realização de ações conjuntas de interesse mútuo que assegure a execução da Política Nacional da Pessoa Idosa. Foi feita a apresentação da pesquisa e feito esclarecimentos sob o uso da unidade para realização da mesma. De um universo de 50 idosos, a amostra foi intencional e se constituiu com os 10 primeiros cadastrados na lista de espera que aguardavam para participar das atividades do parque e que atendiam os critérios de inclusão.

Os participantes foram previamente convidados por meio de contato telefônico realizado pelos próprios pesquisadores (as), e, mediante o aceite, foram informados sobre o cronograma dos encontros, além de na véspera de cada Grupo Focal, relembrou-se via telefone, o horário e local, com o objetivo de estimular a presença de todos os idosos participantes.

Os encontros tiveram duração de 1 hora e 30 minutos, durante duas semanas, ao longo do mês de julho de 2017, no período vespertino, totalizando dois encontros.

Para o procedimento de coleta de dados, as conversas durante a realização dos grupos foram gravadas, sendo necessário o uso de dois aparelhos para que se garantisse, ao máximo, a veracidade dos relatos obtidos.

Os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como consultados antes da aplicação dos grupos focais sobre a viabilidade de participação do estudo, uma vez que todo o encontro foi gravado e posteriormente transcrito, com o objetivo de facilitar a sistematização da análise dos dados. Nos casos de resposta afirmativa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme CNS Resolução 466/12, que conteve em seu conteúdo o sigilo das informações obtidas nos grupos focais, assegurando a confidencialidade das informações levantadas.

Este estudo deriva do Projeto Aplicativo do Plano Integrado de Residência em Saúde, intitulado “Um olhar sobre a Promoção da Saúde em Territórios de Saúde no município de Palmas-TO”, foi realizado após ser encaminhado e aprovada via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Mediante aprovação pelo CEP, com o número do parecer 2.070.192.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após coleta e transcrição dos dados do grupo focal, foi realizada a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2008), permitindo identificar quatro categorias de análise, conforme quadro I.

Quadro I: Categoria da análise de conteúdo.

CATEGORIAS TEMÁTICAS
I – Educação em saúde
II – Atenção à saúde dos idosos
III – Dificuldade de acesso encontrada nos serviços de saúde
IV – Qualidade de vida e envelhecimento ativo e saudável

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O impacto de atuações isoladas e reduzidas nos serviços de saúde, evidencia cada vez mais certo distanciamento de objetivos e propósitos, sobretudo, no que concerne à educação em saúde.

Conforme aponta Gazzinelli et al. (2005), em espaços no qual os usuários deveriam ser estimulados a pensar sobre a relação saúde/doença, é possível verificar uma redução na ascensão de representações individuais dos sujeitos imbricados nesse processo, diante do saber instituído. Como consequência, ao operar nessa perspectiva, a visão que integra a auto responsabilização e o coletivo que envolve a saúde, de acordo com Assis (2012), torna-se dependente do saber médico.

Com alguma frequência, a qualidade desses atendimentos deixa explícito que não se observa o sujeito em sua totalidade; envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e culturais, visto que, segundo Gazzinelli et al. (2005), os mesmos restringem-se a iniciativas que visam informar a população sobre problemas específicos, afastando-se de uma proposta que promova Educação e Saúde.

Distante do processo que consiste em “proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma” (PARANÁ, 2017), nota-se que os diversos atores sociais que deveriam cooperar na mudança de comportamento do indivíduo e no desenvolvimento de sua autonomia, contribuem para insatisfação dos usuários frente aos cuidados prestados.

Entre os relatos que evidenciam estes aspectos, verificou-se que, nos Centros de Saúde da Comunidade, as equipes normalmente não fazem uso do recurso da Educação em Saúde. Como podemos perceber nas falas seguintes:

> [...] te atende conforme você pergunta, te dá a resposta correta, e respeita você na maneira de falar (Idoso 1).

> [...] quando eu ia lá já era direcionada para a médica, pronto, você vai aqui para o atendimento, eu não tinha nenhum tipo de acolhimento em relação a conhecimento (Idoso 2).

É evidente que tais depoimentos demonstram condutas que não são acolhedoras, e, consequentemente, também não são resolutivas. Como propõe Brasil (2010), tudo acontece de maneira mecânica e verticalizada, desconsiderando que, “no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças,

valores e a própria subjetividade do sujeito, que requer soluções sustentadas sócio culturalmente” (GAZZINELLE et al, 2005).

Assim, considerando esse contexto, o idoso que, deveria ser visto e compreendido para além do biológico em sua totalidade biopsicossocial é visto de maneira totalmente contrária ao que é preconizado pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH (2013), que sugere por parte dos profissionais de saúde, uma compreensão abrangente do processo saúde-doença, incluindo aqui; um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade, o contexto socioeconômico e cultural.

Outros aspectos imprescindíveis, segundo a PNH (2013), referem-se a escuta, compreensão e acolhimento do que está por trás de determinado problema, bem como habituar-se a perguntar e entender a opinião do paciente sobre as causas da doença, pois as pessoas reagem e entendem de maneiras particulares aos acontecimentos vividos. Propõe-se uma construção compartilhada de diagnóstico, compromisso com o sujeito e não só com a doença, compartilhamento com os usuários do seu diagnóstico e conduta terapêutica, buscando a corresponsabilidade (paciente e equipe), e adesão do sujeito no seu processo terapêutico, buscando sua autonomia e participação no processo de produção de saúde.

Nesse sentido, é possível perceber que a promoção da saúde transcende a ideia de atendimento focada no modelo biomédico. A promoção de práticas saudáveis educativas se dá na linha do estímulo a prevenção e informação, mobilizando os idosos para o autocuidado no processo de envelhecimento.

Portanto, de maneira geral, as concepções referentes ao reducionismo e fragmentação das práticas denunciam a urgente e necessária mudança na oferta do cuidado em saúde, e aponta como esses idosos se sentem desamparados quando se trata da construção do protagonismo no modo de produzir saúde.

ATENÇÃO A SAÚDE DOS IDOSOS

O envelhecimento da população está acontecendo no Brasil e no mundo, estima-se que em 2.050 a população mundial terá 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais. Os dados do IBGE, apontam que os idosos representavam 13,7% da população Brasileira. Em 2050 calcula-se que esse número chegue a 30% da população (IBGE, 2010).

O Brasil vive uma profunda transformação socioeconômica guiada pela mudança demográfica, a mortalidade apresenta-se em queda, a população em idade ativa cresce rapidamente, assim como a população em idade mais avançada.

Ramos (2003), refere que o Brasil tem um crescente desafio de oferecer qualidade de vida para essa população que está envelhecendo. A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande cuidado, e desafios, considerando que essa faixa etária apresenta necessidades específicas como alta prevalência de doenças crônicas resultando no uso do serviço de saúde mais prolongado, além do desafio de também oferecer uma atenção adequada de acordo com as necessidades do idoso nessa fase da vida.

Nesse sentido, o conceito de saúde deve estar claro, não sendo definido apenas como ausência de doença, deve ser considerado outros aspectos como realização de suas necessidades e de suas atividades básicas diárias. A noção de saúde para esse público deve envolver tanto questões de cunho físico e orgânico, como também o quanto é capaz de realizar suas atividades de maneira independente, e autônoma, mesmo que seja portador de alguma doença ou disfunção orgânica (MORAES, 2012).

Ao se pensar numa abordagem geriátrica qualificada, deve se desenvolver uma investigação clínica ampla, dando condições para que os idosos cuidem de si e de suas vidas satisfatoriamente.

Ao analisar os relatos voltados a atenção à saúde ofertada aos idosos pelas equipes dos CSC, verificou-se na prática falta de ações direcionadas mais fortemente para o atendimento que promova a educação em saúde. A informação de acordo com as necessidades dos idosos foram deixadas em segundo plano, sendo ofertado como já dito anteriormente atendimento mecânico, centrados na doença, fragmentados e pouco humanizado. Como podemos perceber nos relatos ditos a seguir:

> [...] a gente só chega e pega o pedido de consulta, vai lá e espera bastante, vai lá na consulta e depois vai embora (Idoso 1).

> [...] não, quem fala sobre isso (educação em saúde) e trabalha com nós é o Dr. Mucio, a saúde que vem aqui (parque do idoso), ele fala sobre tudo a parte de hipertensão, diabetes, tudo, ele dá todo o preparo. (Idoso 7)

Referindo-se a saúde do idoso as instituições de saúde devem atender importantes critérios para o atendimento à essa população, os profissionais devem ser capacitados para atender adequadamente as necessidades de saúde da

população referida, além de informar cuidadores e familiares do cuidado contínuo oferecido a essa população (BRASIL, 2015).

Na prática observa-se que é necessário pensar numa oferta de saúde humanizada que vá além do modelo biomédico tradicional, o paciente idoso, deve ser valorizado como ser humano revestido de subjetividade e não unicamente visto como alguém que precisa de cuidado voltado apenas para enfermidade física, é importante dar condições ao idoso de ter uma participação ativa e de qualidade no seu modo de viver e envelhecer. Desse modo, há a necessidade de que a equipe como um todo desenvolva habilidades e reorganize o modelo assistencial vigente.

O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização (2013), refere que a humanização deve ser vista como uma mudança das rotinas dos serviços, das estratégias de gestão, mudanças nas redes profissionais e interdisciplinares, implicando mudanças em todos os envolvidos no processo de saúde dentre eles gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços.

No entanto, nos centros citados pelos idosos, na dimensão sobre uma saúde humanizada, surge uma necessidade de aperfeiçoamento e melhoria dos profissionais que atuam no serviço.

Da análise dos relatos, foi possível observar que a construção do cuidado voltada para o público que está envelhecendo demanda atenção e a oferta de saúde de uma forma especializada, exigindo, portanto, daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada atuação de forma qualificada e com um olhar diferenciado para esse público.

Os profissionais precisam ter de modo claro, a importância da independência e autonomia do idoso como fundamentais para a manutenção do seu equilíbrio físico e mental, assim como, defender o posicionamento da pessoa idosa na sociedade de forma participativa e construtiva (VELLO et al. 2014).

Nesse sentido, questões relativas a sensibilização, qualificação e capacitação dos recursos humanos é indispensável na busca por dar mais qualidade na oferta dos serviços de saúde para a pessoa idosa.

DIFICULDADE DE ACESSO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme aponta Assis (2012), acesso tem sido tema recorrente de análise na literatura internacional, demarcando as dificuldades de acesso sofrida pelos

usuários como, filas para marcação de consultas e atendimentos. Estes estudos evidenciam limite na garantia do acesso, sendo atribuídos a fatores econômicos, barreiras geográficas e ampliação das ofertas dos serviços.

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão maior necessidade de utilização dos serviços de saúde, exigindo um grande desafio dos CSC e consequentemente das equipes de saúde, que são responsáveis pelo cuidado com qualidade e pelo dever de oportunizar a garantia do acesso.

No contexto da Atenção Primária, o acesso está relacionado a diversas possibilidades de adentrar ao serviço de saúde, como: localização do centro de saúde, disponibilidade de horários e os dias em que o CSC atende, assim como a disponibilidade de atendimento a consultas não agendadas, e a percepção que a população tem sobre o acesso ser ou não adequado. (STARFIELD, 2004).

No contexto dos CSC da pesquisa, a temática em discussão demonstra que a grande demanda de usuários e a dificuldade dos serviços de ouvir e compreender as necessidades das pessoas levam a dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

Apesar da Política Nacional de Humanização assegurar ao usuário a defesa dos seus direitos, o que quer dizer que todo cidadão tem direito a acesso ao sistema de saúde, atendimento digno, adequado, humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, sejam eles ao ingresso nos sistemas públicos ou privados (BRASIL, 2013).

Na prática, a maioria dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa relatou existir um acesso seletivo e excludente, podendo ser percebido nas falas seguintes:

> [...] mas tem uma coisa que é muito complicada é na hora do agendamento, é tanta gente que fica na fila, as pessoas chegam de madrugada fica na fila até o horário que abre o postinho para ser atendido, mas só metade e atendido, o resto fica o tempo todo ali e depois volta para casa sem ser atendido (Idoso 1)

> [...] eu chego lá passando mal precisando de uma consulta com médico, eles respondem ah não tem vaga, só vai ter vaga para daqui há algum tempo, elas teriam que dizer que não tem vaga, mas se vagar a pessoa pode esperar (Idoso 3)

É possível refletir que embora a assistência integral seja um princípio básico do SUS, os relatos acima apontam que, para os idosos, o acesso ao serviço está mais próximo a persistência e não ao direito à saúde.

Diante disso, conforma aponta Vello (2014), as instituições de saúde devem assumir papel estratégico nas formas de agir e produzir saúde, sendo orientados pelo princípio da integralidade para ouvir, compreender e, a partir daí atender as demandas e necessidades dos idosos.

Desse modo, torna-se imprescindível que os CSC se organizem e busquem avanços para estarem preparados para assegurar a garantia do acesso universal a esse público.

QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

O envelhecimento pode ser compreendido como uma diminuição da reserva funcional dos indivíduos, que ao acontecer de maneira normal, não provoca qualquer problema, de acordo com o Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006), no entanto, em condições de adoecimento pode ocasionar condição patológica, tendo os seus efeitos minimizados a depender de um estilo de vida mais ativo.

Desse modo a política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (2005), enfatiza que envelhecer com saúde é um processo de otimização das oportunidades de saúde e, faz parte de uma construção coletiva, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida conforme a pessoa fica mais velha, devendo ser facilitada pelas políticas públicas e pelo acesso ao serviço de saúde ao longo da vida, e o objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável para todas as pessoas que estão envelhecendo.

Embora haja uma política que defenda os direitos de envelhecer saudavelmente, não deve ser definida apenas como uma diretriz do sus. No cotidiano o profissional deve adotar uma postura compromissada com os idosos em função de suas necessidades, assim como o próprio usuário deve implicar-se no seu processo individual na construção de uma vida saudável (VELLO, 2014).

Segundo relatos, foi possível perceber que envelhecimento ativo refere-se ao aumento da expectativa de vida saudável e de sua qualidade, implicado não apenas o cuidado, mas também outros fatores, que afetam o modo como os indivíduos envelhecem, como segurança, alimentação saudável, realização de atividade física e o lazer.

> [...] é o que nós estamos fazendo, vindo todos os dias aqui para parque, fazer atividades por que se você fica em casa parada dentro de casa só

> assistindo televisão ou fazendo crochê é bom, mas [...] temos que movimentar o corpo, ter uma boa alimentação. (Idoso 1)
>
> [...] é a gente viver participando de um grupo como esse com nossos colegas, fazendo essa atividade, aqui a gente encontra muita saúde e felicidade. (Idoso 9)

Assim, considerando o que foi exposto, de maneira geral, qualidade de vida está relacionada a valorização de uma vida ativa e independente, com um leque variado de atividades rotineiras voltadas para a saúde e lazer, associada ao bom convívio social. Essa percepção mostra que a visão do grupo está em consonância com o que retrata as políticas de envelhecimento saudável, tendo em vista que envelhecimento saudável se trata entre outras coisas, de otimizar as oportunidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou compreender que a promoção é fundamentada através da educação em saúde, devendo estar presente nas práticas desenvolvidas pelos profissionais envolvidos na oferta do serviço dos Centros de Saúde. A educação em saúde, contribui para estimular o autocuidado e o estreitamento de vínculo entre equipe e usuário, promovendo a participação ativa dos idosos, mobilizando-os a pensarem e se posicionarem diante do seu processo de saúde-doença, além do exercício da constante reflexão a respeito da sua particular responsabilidade sobre hábitos que comprometam a sua saúde.

Desse modo, para que a educação em saúde aconteça deve-se refletir criticamente a respeito da atuação que acontece dentro dos centros de saúde citados, pautada num contexto que tem como alicerce o paradigma biomédico onde, a maioria dos envolvidos oferecem um serviço fragmentado e pouco humanizado, que tira a possibilidade dos idosos se posicionarem ativamente no seu processo de saúde, como se é proposto pelas políticas públicas de saúde.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde o público deste estudo evidenciou a existência de um acesso seletivo e excludente, havendo a necessidade de novas maneiras de atuação com os envolvidos no processo da oferta do cuidado além de mudar a concepção a respeito da saúde no processo de envelhecimento e para isso serão necessários movimentos de mudanças individuais e coletivos que deem acesso ao usuário um serviço baseado na prevenção e na promoção da saúde.

Pode-se compreender através do público desse estudo que qualidade de vida está para além de cuidado voltados para questões físicas, sendo considerado o convívio social e a otimização das oportunidades em saúde como critério importantes.

Por fim, a tentativa de contribuição dessa pesquisa pautou-se na melhor compreensão sobre a percepção dos idosos sobre educação em saúde, mostrando a evidente necessidade de intervenção em educação permanente voltada para a qualificação dos profissionais e buscar a melhoria da oferta do serviço ao público idoso.

Sugere-se, para futuras pesquisas, outros estudos, buscando compreender qual a relação direta da não realização da educação em saúde e o impacto na saúde e qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência.** 1.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013.

FREITAS, M.C; QUEIROZ, T. A; SOUSA, J. A. V. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos**. Ver. Esc. Enferm. - USP, 2010.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. 2005. **Cad. Saúde Pública.** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

HENRIQUES, B. D. **Análise compreensiva do significado do atendimento ao adolescente realizado pelos profissionais de saúde da atenção primária do Município de Viçosa, MG.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 710, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico - 2010.** Rio de Janeiro: IBGE. Acesso em 15 de agosto de 2017.

KRUEGER, R. A. **Focus groups: a practical guide for applied research. London: Sage Publications,** 1996.

LOPES, José Mauro Ceratti. **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2006.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan americana da saúde, 2012.

Organização Pan-Americana da Saúde, **Envelhecimento ativo: uma política de saúde,** 2005. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. Bol. Inst. Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.phpscript=sci_arttex t&pid=S151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso.** – 1 ed. - Curitiba: SESA, 2017.

RAMOS, L. R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso, São Paulo**. Cad Saúde Pública, 2003.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4.

VELLO, Lais Soares et al. **Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento.** 2014. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0330.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM PALMAS NO PERÍODO DE 2014 A 2016

Isabela Monticelli Fonseca Ribeiro[1]
Marta Maria Malheiros Alves[2]
Centro Universitário Luterano de Palmas, Fundação Escola de Saúde Pública[1]
Secretaria Municipal de Saúde,Fundação Escola de Saúde Pública[2]
isabelamonticelli@hotmail.com[1]

RESUMO

Este artigo objetivou traçar o perfil epidemiológico dos indivíduos em situação de violências notificados no município de Palmas - TO, no período de 2014 a 2016, baseando-se nas notificações de violência interpessoal/ Autoprovocada registradas no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Foram analisadas 2.837 notificações de violência Interpessoal/Autoprovocada e 4.158 tipos de violências em pessoas residentes na capital. As notificações apontam que o perfil geral do indivíduo em situação de violência residente em Palmas é de 74% do sexo feminino (razão M:F =2,9), com idade predominante de 20 a 34 anos e 72% de cor parda declarada. Os tipos de violências mais incidentes em Palmas são de natureza física, psicológica, sexual e autoprovocada. Verificou-se que as regiões com mais casos notificados são os territórios com mais vulnerabilidades sociais. Estes resultados revelam o perfil da violência e permitem direcionar o planejamento de políticas públicas voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde.

ABSTRACT

This article aimed to outline the epidemiological profile of individuals in situations of violence reported in the municipality of Palmas, in the period from 2014 to 2016, based on reports of interpersonal / self - reported violence recorded in the SINAN - Notification of Injury Information System. 2,837 reports of Interpersonal / Self-Violent violence and 4,158 types of violence were analyzed in people living in the capital. The reports indicate that the overall

profile of the individual in a situation of violence in Palmas is 74% female (ratio M: F = 2.9), with a predominant age of 20 to 34 years and 72% of declared brown color , schooling was not a determining factor. The types of violence most incident in Palmas are physical, psychological, sexual and self-inflicted. It was verified that the regions with the most cases reported are the territories with the most social vulnerabilities. These results reveal the profile of violence and allow directing the planning of public policies aimed at the prevention of diseases and health promotion.

Descritores: Violência. Causas Externas. Perfil Epidemiológico.

INTRODUÇÃO

O aumento das violências nos últimos anos é uma questão que vem sendo amplamente discutida e repercutida na mídia e nos cenários de prática onde ela aparece, por se tratar de uma problemática de cunho multifatorial. A violência configura-se também como um problema de saúde pública, sendo considerada uma das causas principais de morbidade e mortalidade em todo o mundo. (BRASIL, 2015)

De acordo com BRASIL (2017) as violências estão elencadas no cenário das causas externas. De forma que, as causas externas são agravos à saúde, representados pelos acidentes e pelas violências que podem resultar em lesões e/ou traumas físicos ou psicológicos, e até mesmo levar ao óbito.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como violência “o uso intencional de força física ou poder contra si mesmo, outra pessoa, contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência do desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002, p.5).

No Brasil, de acordo como os dados da Vigilância de Violências e Acidentes (Inquérito VIVA), os agravos de violências e acidentes representam a terceira causa de morte entre crianças (0 a 9 anos de idade), e a primeira

posição na população de adultos jovens (10 a 39 anos), decrescendo para a sexta posição entre os idosos (60 anos ou mais) (BRASIL, 2013).

De acordo com os dados obtidos no Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2015 foram registrados em 2014, 47.646 casos de estupro e mais de 5 mil tentativas, ressaltando que, em média, apenas 35% dos crimes sexuais são registrados (BRASIL, 2015). Corroborando com os dados advindos da saúde, no ano de 2014, segundo o DATASUS, foram notificados no Brasil 19.299 casos suspeitos ou confirmados de violência sexual. Logo, se compararmos os dados da segurança pública com os dados da saúde, podemos verificar uma diferença de 59,5% de casos que não chegam para saúde, seja por opção das pessoas em situação de violência sexual ou por falta de acesso e conhecimento dos serviços da saúde. Segundo Saliba (2007), apesar de recente, o registro da violência em sistemas específicos de informação em saúde é visto como indispensável para a gestão de políticas públicas, e consequentemente garantia de informação e acesso à saúde.

Segundo a pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2014, ao analisar os dados do Viva/Sinan, verificou-se que, em relação às notificações de estupro ocorridas em 2011, 88,5 % das pessoas em situação de violência eram do sexo feminino, mais da metade tinha idade inferior a 13 anos e 70% dos estupros foram cometidos no ambiente intrafamiliar, por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da pessoa em situação de violência.

O Ministério da Saúde reconhecendo que as violências e os acidentes exercem uma ampla repercussão social e econômica, em especial, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), e que as intervenções pautadas na prevenção e promoção da saúde precisam ser ampliadas, criou em 2006 o sistema VIVA com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela. Por meio da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada é possível conhecer informações a respeito do tipo de violência, os meios utilizados, perfil sociodemográfico (idade, sexo, raça, outros) das pessoas em situação de violência, dados do possível agressor, entre outros dados (BRASIL,

2006). A partir de então, é possível ter acesso a essas informações através do banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

Segundo Brasil (2016) a ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação às violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT).

Em consonância com as políticas vigentes, o município de Palmas, capital do Tocantins, com população estimada de 286.787 para o ano de 2017 (IBGE, 2010), aderiu ao VIVA em agosto de 2006 apenas nos hospitais, posteriormente em 2009 descentralizou o serviço para todos os serviços de saúde do município inclusive os de urgência e emergência.

Com a publicação das Portarias GM/MS 104/2011 e GM/MS nº 1.271, 1.271/2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificações com caráter compulsório, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde, o que a torna obrigatória, exigindo uma comunicação imediata aos serviços de Vigilância Epidemiológica, pois os dados contidos na notificação permitem que os profissionais de saúde monitorem as ocorrências e possam a partir delas tomar medidas de encaminhamentos legais e garantir direitos para as pessoas em situação de violências.

Em âmbito municipal, a análise dos dados do SINAN referentes a Ficha de Notificação de Violências é realizada pelo Grupo Condutor de Causas Externas da Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas - TO, possibilitando apresentar o panorama de Palmas no que concerne os dados dos anos de 2013 a 2016 no I Congresso de Saúde Integrado do Estado do Tocantins.

Verificou-se com os dados um aumento anual médio de 29,3% de notificações de pacientes residentes em Palmas para violências, entre os anos

de 2012 a 2016, sendo que, em 2012 Palmas contabilizou 397 notificações de violências e já em 2016 obteve um número 62,8% maior, totalizando 1067 casos notificados (SINAN, 2017).

Conforme dados do SINAN (2017), os tipos de violências que mais ocorrem no município de Palmas, destacando a Violência Física, Sexual, Psicológica e o Intento Suicida como as principais notificadas nos anos de 2012 a 2016 e que indivíduos do sexo feminino são mais suscetíveis a serem vítimas de violências, a população feminina representa o quantitativo de 73% dos casos notificados segundo os dados apresentados.

Os dados supracitados em análise já foram apresentados em vários eventos, tais como I Fórum de Saúde Mental do Tocantins, no I Fórum de Violência Sexual do Estado do Tocantins e inclusive no I Congresso de Saúde Integrada do Tocantins. A divulgação dos dados é de relevância pública visto que auxilia na produção de políticas públicas que vão assegurar o atendimento, proteção a pessoa em situação de violências, bem como fomentar ações de promoção da saúde e combate às violências.

Partindo do pressuposto contextualizado acima, observa-se que pelo fato da violência ser um problema de ordem pública nacional, refletindo diretamente nas ações de planejamento dos profissionais da rede de saúde, bem como as demais esferas da administração e sociedade civil, é relevante e justifica-se a necessidade de se fazer conhecer o perfil epidemiológico da população de Palmas no tocante aos dados da violência.

Tal afirmação é corroborada pela necessidade de a gestão pública obter um diagnóstico situacional do seu território, no caso do estudo em questão, o município de Palmas, para através de esse diagnóstico executar um planejamento que discuta a promoção, a prevenção, a rede de serviços que recebem diariamente as pessoas em situação de violência, no sentido de garantir a efetividade e resolutividade dos serviços ofertados à população.

Este artigo objetivou realizar a análise do perfil epidemiológico das violências no município de Palmas, a fim de direcionar políticas públicas intersetoriais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa de objetivo exploratório. Foram utilizados dados secundários provenientes da base de dados do Sistema de Informações de Agravo e Notificações (SINAN), emitidos através de relatórios da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas por meio da Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

A coleta de dados ocorreu em março de 2018, e foram analisadas notificações de violência interpessoal/ autoprovocada, de pessoas residentes em Palmas, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, no município de Palmas – TO. As variáveis estudadas no presente artigo no que se refere à pessoa em situação de violências são: Idade, sexo, escolaridade, raça/cor, endereço, orientação sexual, se possui algum tipo de deficiência, local da ocorrência, se já ocorreu outras vezes, se a violência foi autoprovocada, tipo de violência, meio da agressão. Os dados referentes ao provável autor da violência não visam identificá-lo e sim conhecer características como o sexo, grau de parentesco com a pessoa em situação de violência e o ciclo de vida, para a partir dessas características evidenciar um perfil de autor das violências.

A análise dos dados sucedeu de forma descritiva simples, o relatório foi exportado pelo programa de tabulação do TABWIN (versão 4.1.1 – DATASUS) e foram analisadas as duplicidades ou dados inconsistentes através de uma planilha do Microsoft Office Excel 2016, e seguidamente analisados através de estatística simples, retratados em forma de tabelas com a apresentação dos valores absolutos e discutidos posteriormente.

O Projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP - Palmas, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas/Universidade Luterana do Brasil – CEULP/ULBRA, com o parecer 2.240.365 de 2017, conforme estabelece a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os serviços de saúde do município de Palmas registraram no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, 2.837 notificações de violência Interpessoal/Autoprovocada e 4.158 tipos de violências em pessoas residentes na capital. A divergência quantitativa entre o número de notificações e os tipos de violências deve-se ao fato de que até o ano de 2015 o instrutivo da ficha de notificação orientava o preenchimento de mais de um tipo de violência por notificação, posterior ao novo instrutivo de preenchimento da notificação lançado no segundo semestre de 2015, ficou preconizado o preenchimento de apenas um tipo de violência por notificação, elencado a violência principal que procurou o serviço de saúde e destinando o campo das observações para as demais violências indicadas pela pessoa em situação de violência.

As notificações apontam que o perfil geral do indivíduo em situação de violência residente em Palmas é de 74% são do sexo feminino (razão M:F =2,9), com idade predominante de 20 a 34 anos e 72% de cor parda declarada, a escolaridade não foi um fator indicativo, visto que não existe um grau de escolaridade predominante mostrando-se um aspecto oscilante. Podemos observar as variáveis na tabela 1.

Tabela 1- Caracterização das pessoas em situação de violência notificadas no Sinan e residentes em Palmas (Tocantins) segundo sexo, faixa etária, escolaridade e raça no período de 2014 a 2016.

Variáveis	**n (2837)**	**%**
Sexo		
Masculino	722	25,4%
Feminino	2112	74,4%
Ignorado	3	0,1%
Faixa etária (em anos)		
< 1 ano	37	1,3%
1 a 4 anos	176	6,2%
5 a 9 anos	175	6,2%
10 a 14 anos	297	10,5%
15 a 19 anos	437	15,4%
20 a 34 anos	1076	37,9%
35 a 49 anos	499	17,6%
50 a 64 anos	101	3,6%
65 a 79 anos	38	1,3%
> 80 anos	1	0,0%
Escolaridade		

Analfabeto	20	0,7%
1ª a 4ª Série Incompleta	203	7,2%
4ª série Completa	77	2,7%
5ª a 8ª série Incompleta	549	19,4%
Ensino Fundamental Completo	122	4,3%
Ensino Médio Incompleto	424	14,9%
Ensino Médio Completo	522	18,4%
Ensino Superior Incompleto	168	5,9%
Ensino Superior Completo	149	5,3%
Ignorado	307	10,8%
Não se Aplica	296	10,4%
Raça/Cor		
Branca	473	16,7%
Preta	190	6,7%
Amarela	60	2,1%
Parda	2049	72,2%
Indígena	13	0,5%
Ignorado	52	1,8%

Fonte: SINAN (5.0.0.1) em 12/03/2018, Palmas, Tocantins.

Analisando o banco de dados do SINAN foi possível estratificar por tipo de violências, observando assim, os tipos de violências mais incidentes para o período e cidade supracitados.

Verifica-se que na Figura 1, a distribuição pela tipificação das violências das notificações.

Figura 1: Frequência da distribuição das violências notificadas segundo o tipo de violência de residentes em Palmas (Tocantins) no período de 2014 a 2016;

Fonte: SINAN (5.0.0.1) em 12/03/2018, Palmas, Tocantins.

Observa-se que as principais violências notificadas em Palmas são do tipo física, psicológica, sexual e o intento suicida. Isso posto, adiante será apresentado o perfil predominante de pessoas em situação de violência para as tipificações mais incidentes em Palmas como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização das pessoas em situação de violência notificadas no Sinan e residentes em Palmas (Tocantins) segundo sexo, faixa etária, escolaridade e raça no período de 2014 a 2016, por tipo de violência.

Variáveis	Física		Sexual		Psicológica		Intento Suicida	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	539	30%	56	9%	105	12%	175	31%
Feminino	1282	70%	537	91%	800	88%	382	68%
Ignorado	2	0%	0	0%	0	0%	2	0%
Faixa Etária (em anos)								
< 1 ano	17	1%	9	2%	8	1%	2	0%
1 a 4 anos	55	3%	82	14%	29	3%	6	1%
5 a 9 anos	58	3%	108	18%	56	6%	3	1%
10 a 14 anos	102	6%	195	33%	73	8%	18	3%
15 a 19 anos	305	17%	73	12%	118	13%	131	23%
20 a 34 anos	807	44%	93	16%	377	42%	268	48%
35 a 49 anos	377	21%	29	5%	199	22%	103	18%
50 a 64 anos	78	4%	3	1%	34	4%	21	4%
65 a 79 anos	23	1%	1	0%	10	1%	7	1%
> 80 anos	1	0%	0	0%	1	0%	0	0%
Escolaridade								
Analfabeto	14	1%	4	1%	3	0%	2	0%
1ª a 4ª Série Incompleta	134	7%	53	9%	62	7%	26	5%
4ª série Completa	61	3%	14	2%	23	3%	9	2%
5ª a 8ª série Incompleta	345	19%	174	29%	142	16%	72	13%
Ensino Fundamental Completo	95	5%	11	2%	39	4%	27	5%
Ensino Médio Incompleto	302	17%	57	10%	120	13%	130	23%
Ensino Médio Completo	381	21%	40	7%	174	19%	154	28%
Ensino Superior Incompleto	98	5%	32	5%	76	8%	42	8%
Ensino Superior Completo	89	5%	14	2%	98	11%	23	4%
Ignorado	207	11%	55	9%	114	13%	63	11%
Não se Aplica	97	5%	139	23%	54	6%	11	2%
Raça/Cor								
Branca	275	15%	95	16%	187	21%	101	18%
Preta	123	7%	55	9%	66	7%	18	3%
Amarela	41	2%	8	1%	9	1%	20	4%
Parda	1349	74%	416	70%	616	68%	410	73%
Indígena	8	0%	6	1%	6	1%	1	0%

Ignorado	27	1%	13	2%	21	2%	9	2%
Violência de Repetição/ Reincidência								
	828	45%	270	45,5%	554	61,2%	207	37%
Total	**1823**	**100%**	**593**	**100%**	**905**	**100%**	**559**	**100%**

Fonte: SINAN (5.0.0.1) em 12/03/2018, Palmas, Tocantins.

Na tabela 2 podemos verificar que em todas as violências mais notificadas em Palmas o público alvo ou população mais acometida são do sexo feminino, seja na violência interpessoal ou auto infligida, sendo a violência sexual a que mais se destaca por atingir 91% de mulheres notificadas, outro ponto que destaca na violência sexual é a faixa etária que atinge predominantemente crianças e adolescentes de 5 a 14 anos de idade totalizando 51% das notificações, para esta faixa etária além de ser considerado uma violência sexual o termo estupro de vulnerável é atribuído a este casos.

A violência física e psicológica já nos coloca um cenário divergente ao da violência sexual, onde a faixa etária da população abrange mulheres de 20 a 49 anos, podemos verificar adiante quando tratarmos do perfil do agressor que essas mulheres em situação de violência física e psicológica em grande maioria são vítimas de violência doméstica, que o autor da violência encontra-se no meio familiar, envolvendo os cônjuges ou ex-cônjuges.

Os casos de violência auto infligida ou autoprovocada possuem um acometimento predominante da população do sexo feminino 68%e de adulto-jovens que compreendem a faixa etária de 20 a 34 anos, correspondendo a 48% das notificações de intento suicida.

Quanto ao quesito raça/cor pardos foram mais notificados para todas as violências, seguidos da população branca, enquanto a população declarada negra ocupa a terceira colocação no quesito. A escolaridade aparece como uma variável não determinante, visto que todos os níveis de escolaridade foram contemplados não apresentando discrepância.

Para caracterizar o autor da violência foi estratificado o dado por tipo de violência, analisando assim o perfil do autor para cada tipo de violência mais incidente em Palmas. As variáveis analisadas que nos possibilitam identificar o

possível autor da violência são: sexo, uso de bebida alcoólica no momento da agressão e grau de parentesco com a pessoa em situação de violência.

Para violência psicológica 46,4% dos possíveis autores estavam sob efeito de álcool no momento da agressão, sendo que 82,5% são do sexo masculino e 42,5% configura como violência doméstica, já que os autores são cônjuges ou ex-cônjuges da pessoa em situação de violência.

Para a violência física 46,8% utilizaram álcool, 71.09% eram do sexo masculino, 31% das violências foram perpetradas por pessoas sem relação familiar, sendo que 69% das violências foram realizadas por pessoas com relação familiar, configurando-se também como violência doméstica, constituindo o quantitativo de 34,4% para cônjuges e ex-cônjuges.

A violência sexual diferencia-se das demais supracitadas no quesito de suposto consumo de álcool no momento da agressão, apresentando 51% de autores que não estavam sob o efeito de álcool, 89,3% dos autores da violência são do sexo masculino e novamente a relação familiar aparece como maioria na prática de violência sexual onde pai, padrastos, avós, tios e namorados configuram 40,6% e 20,9% foram praticados por desconhecidos, 25,6% dos casos são de pessoas conhecidas da família que praticaram a violência.

A tabela 2, também aborda a violência no que tange a reincidência dos casos, na ficha de notificação existe um campo ao qual a pessoa em situação de violência relata se aquela violência já ocorreu outras vezes ou não, sinalizando uma violência aguda ou crônica. Isso posto conseguimos avaliar a violência de repetição, onde a violência psicológica aparece como a violência com maior reincidência, totalizando 61,2% de casos crônicos, seguidos da violência física com 45,5%, juntamente com a sexual que ponta 45% casos de violência de repetição. Já as tentativas de suicídio configuram 37% de pacientes reincidentes.

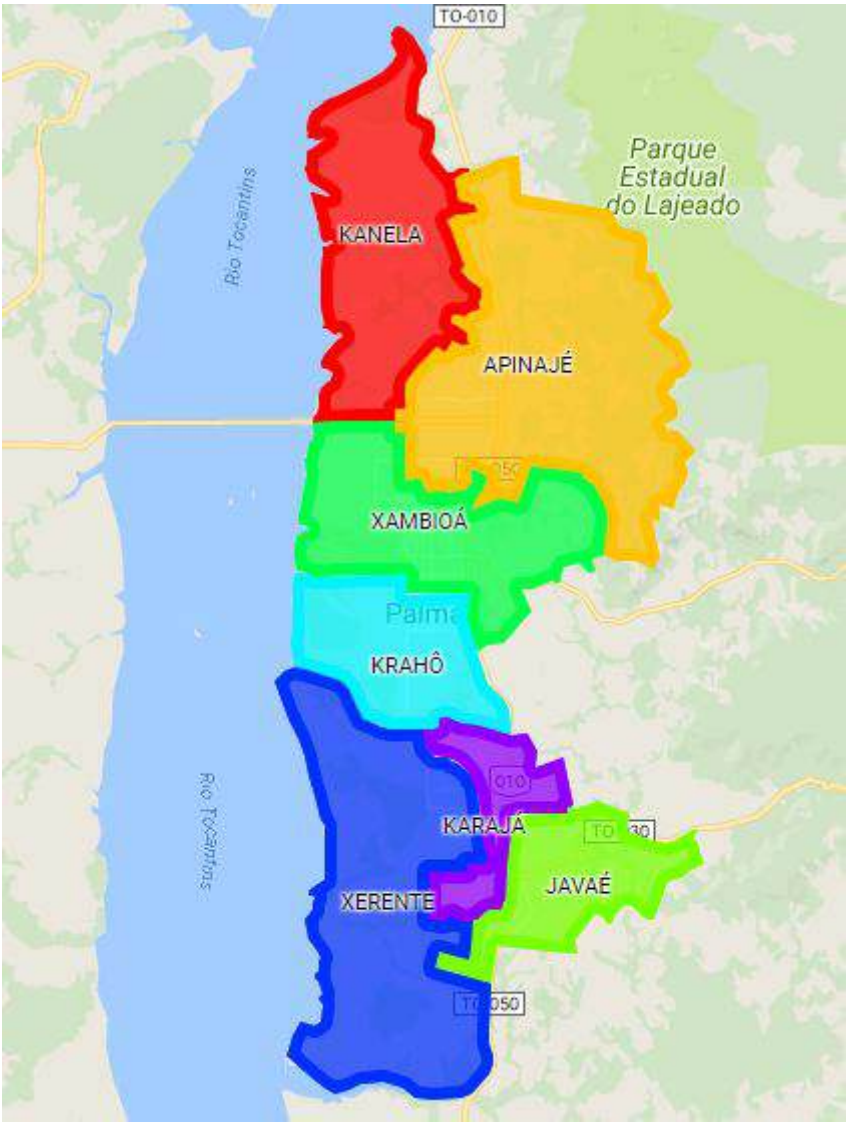
Tabela 3: Incidência de notificação de violências por tipo, estratificada por Território de Saúde. Janeiro/14 a Dezembro/16 - Palmas – TO

	Violência Física		Violência Psicológica		Violência Sexual		Intento Suicida	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kanela	352	20%	176	19%	91	15%	81	14%

Apinajé	129	7%	98	11%	42	7%	58	10%
Xambioá	148	8%	**105**	**12%**	37	6%	63	11%
Krahô	149	8%	99	11%	48	8%	63	11%
Javaé	185	11%	104	11%	64	11%	60	11%
Xerente	**347**	**20%**	**144**	**16%**	**134**	**23%**	**96**	**17%**
Karajá	**319**	**18%**	**112**	**12%**	**97**	**16%**	**98**	**18%**
Pankararu	60	3%	17	2%	21	4%	18	3%
Rural	11	1%	7	1%	7	1%	10	2%
Ignorado	**58**	**3%**	**43**	**5%**	**52**	**9%**	**12**	**2%**
Total	**1758**		**905**	**100%**	**593**	**100%**	**559**	**100%**

Fonte: SINAN (5.0.0.1) em 12/03/2018, Palmas, Tocantins.

A tabela 3 demonstra que os territórios com maior índice de violências independente da sua tipificação são os territórios Xerente, Kanela e Karajá. Visto na imagem 2 que esses territórios são caracterizados por evidenciarem as vulnerabilidades sociais e econômica, podemos atribuir esse fator como determinante para o alto índice de violências. Já os outros territórios apresentam aumento conforme o tipo de violência.



Fonte: Google Maps – 21/08/18

DISCUSSÃO:

A violência é um fenômeno notório mundialmente e que atinge a todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, o que configura um problema de Saúde Pública que se perpetua silenciosamente.

O estudo do perfil epidemiológico das pessoas em situação de violência que residem em Palmas – TO demonstrou maior proporção de mulheres em situação de violência do que homens, em todos os tipos de violências. Fato que corrobora com pesquisas já realizadas neste mesmo delineamento, Mascarenhas (2016) realizou uma pesquisa utilizando as notificações de

violência interpessoal e autoprovocada segundo a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do ano de 2014, para caracterizar os indivíduos em situação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil. Os resultados da pesquisa mostram a prevalência de casos em adolescentes e adultos, em ambos os sexos. Em todas as faixas etárias há um predomínio para o sexo feminino. Para a autora, a violência física foi a mais notificada em 2014. É provável que essa predominância da mulher em situação de violência se justifique também pelo fato da mulher pertencer ao grupo da população vulnerável notificável em caráter compulsório e o homem ser notificado apenas quando se trata de uma violência intrafamiliar/doméstica, e em casos de tentativas de suicídio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual e em sua maior parte de seus parceiros. Considerando ainda o fato de que segundo Brasil (2017), 38% de todos os assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos.

Neste estudo os resultados revelaram que as violências mais notificadas em Palmas foram do tipo físico, psicológico, sexual e auto-infligida. As tipificações de violências trouxeram perfil de pessoas em situação de violências diversificadas conforme o tipo de violência, visto que as violências Física e Psicológica apresentaram um perfil preponderante de mulheres, com faixa etária predominante de 20 a 34 anos, totalizando uma média de 43% dos casos notificados. Já a violência sexual diverge no que tange a idade das pessoas em situação de violência, que abarca a faixa etária de 5 a 14 anos como escopo da violência sexual, fato este que também configura-se como estupro de vulnerável. Segundo Brasil (2017) dos 3.288.599 nascidos vivos de mães adolescentes entre 2011 a 2016, 10.814 nasceram de mães com notificação de estupro, sendo 3.276 de mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 7.538 de mães na faixa etária de 15 a 19 anos. O estupro, em qualquer momento da vida, causa danos, muitas vezes irreparáveis, na saúde das mulheres, especialmente na saúde sexual, reprodutiva e mental.

No que tange às tentativas de suicídio o perfil encontrado no presente estudo configuram-se em sua maioria mulheres com faixa etária entre 20 e 34

anos, considerados adulto-jovens, a temática das violências auto-infligidas configura-se como um assunto que necessita de cuidado para ser abordado, visto que é uma violência que desencadeia efeito Werther (dominó). Estima-se segundo Brasil (2018) que ocorram 20 tentativas para cada adulto que se suicidam e quase um terço deles apresentam histórico de repetidas tentativas. No Brasil, inquérito sobre violências destaca as mulheres como o grupo que mais tenta suicídio, corroborando assim com o estudo em questão.

Consoante com Brasil (2015), às tentativas de suicídio são mais difíceis de serem conhecidas e registradas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem evidências de que apenas 25% dos que tentam, entram em contato com hospitais, e os que chegam a essas instituições são os que se encontram em estado grave. Dada à delicadeza do problema a rede de proteção às pessoas em risco para o suicídio precisa estar constantemente em processo de formação, pois pesquisas nacionais e internacionais mostram que pelo menos dois terços das pessoas que tentaram ou cometeram suicídio havia comunicado, de alguma maneira, sua intenção para amigos, familiares, conhecidos ou a profissionais de Saúde segundo Brasil (2018).

Quanto ao possível consumo de álcool do provável autor da agressão este estudo revela que nas violências físicas e psicológicas ou autor da agressão estava sob o possível efeito de álcool no momento da agressão, o que assemelha ao estudo que evidencia que a violência doméstica sob influência de álcool tem sido apontada por pesquisas realizadas em vários países. Segundo Brasil (2017) estudo envolvendo algumas cidades da América Latina, incluindo Salvador e Rio de Janeiro, revelou que 68% dos que cometeram agressões consumiram álcool antes de agredirem suas companheiras.

Quanto ao aspecto do campo raça/cor da ficha de notificação este estudo revelou que a maioria da população acometida por situações de violência são os declarados pardos, seguidos de brancos e negros. O que diverge de estudos que apontam que a análise por raça/cor reforçou a condição de desigualdade, em que adolescentes negras, estão mais expostas à violência (2018).

Todas as violências neste estudo apresentaram um indicador relevante quanto a violência de repetição e incidência, visto que uma considerável parcela das notificações ressaltaram como violências crônicas, totalizando 47,9% dos casos notificados. Sendo que a violência psicológica foi a que mais destacou-se neste quesito, indicando 61,2% como violência de repetição. A violência de repetição e as mortes por causas violentas em mulheres notificadas evidenciam a fragilidade da rede em prover cuidados de saúde e de proteção com o objetivo de interromper o ciclo de violência e preservar vidas BRASIL (2017).

Esta pesquisa apresenta algumas considerações importantes. A despeito da qualidade da informação, de campos ignorados e sem preenchimento que não qualificam a informação, principalmente no que tange campos como perfil sócio-demográficos, bem como dados que qualificam o tipo de violência. De acordo com Lima (2010) a adoção de uma metodologia para gestão da qualidade das informações em saúde poderá trazer diversos benefícios, possibilitando a prevenção e a identificação oportuna de problemas e garantir maior transparência no processo utilizado para assegurar a qualidade dos dados e informações.

A apresentação dos dados conforme o território de saúde e sua regionalização apontam que as regiões com maior vulnerabilidade social, econômica apresentam maior incidência de violências, entretanto áreas centrais e consideradas seguras e/ou invulneráveis possuem porções significativas do montante total das violências registradas pelos serviços de saúde. Fato este ressalta que o entendimento da incidência de violências exige uma análise multifatorial de determinantes e condicionantes sociais, culturais e econômicos para melhor compreensão do fenômeno, à vista disso as informações geradas nesta pesquisa se qualificam como potente instrumento de gestão para apoiar na construção de políticas públicas efetivas para a pessoa em situação de violência. Segundo Brasil (2017) vários desafios impõem-se no sentido de vencer a fragmentação e a descontinuidade do cuidado rumo à horizontalidade e à integralidade das ações, tanto interna, da

rede de saúde, quanto externamente, envolvendo as instituições parceiras responsáveis por promover políticas públicas relacionadas com o tema.

Desta maneira os dados apresentados nesta pesquisa são de suma importância para o conhecimento da realidade dos casos de violências notificados, proporcionando o fomento de planos de ação que visem uma melhor articulação da rede e o aprimoramento da atenção integral e humanizada às pessoas em situação de violências. A medida que os dados forem sendo trabalhados pelos profissionais, estes servirão de auxílio no estabelecimento de metodologias de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas em prol do indivíduo em situação de violência, de acordo com as necessidades prioritárias de cada território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde– DEVDANTPS - **(Instrutivo de notificação de violências interpessoal/ autoprovocada) –** Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 63p. : il.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde . **Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de**

saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 462 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**– 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016 : uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 218 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017 : uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 426 p. : il.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Estupro no Brasil**: uma radiografia segundo os dados da Saúde. Brasília, 2014. Nota Técnica.

KRUG, EG et al., eds (2002). **World report on violence and health. Geneva**, World Health Organization.

LIMA CRA. **Gestão da qualidade dos dados e informações dos sistemas de informação em saúde: subsídios para a construção de uma metodologia adequada ao Brasil [Dissertação de Mestrado]**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros, et al. "**Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil–2014**." Revista Saúde em Foco 1.1 (2016).

SALIBA, O. et al. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**. Rev. Saúde Pública, v. 41, p. 472-477, 2007. SANTOS, Joyce D. L. B., QUEIROZ, Natália B., FERREIRA, Isabela L. A., FERNANDES, Daniela A. A, ARANTES, Valéria R. V. **Boletim epidemiológico, Causas Externas: Violência Sexual** –Ano II – N°01, Palmas, 2015. SCHRAIBER, Lilia Blima, et al. "**A Revista de Saúde Pública na produção bibliográfica sobre Violência e Saúde** (1967-2015)." Revista de Saúde Pública 50 (2016): 63.

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE ATENDIDOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE FISIOTERAPIA EM PALMAS-TO

Quality of life of patients afflicted with leprosy attended at the specialized physiotherapy service from Palmas-To

Calidad de vida en pacientes acometidos por la lepra atendidos en un servicio especializado de fisioterapia en Palmas-To

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Juciara Cristina Teixeira[*1], Flávia Santos Medina[2]

[1]Psicóloga, Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva de Palmas, CEULP/ULBRA FESP-Palmas, Palmas, Tocantins, Brasil.

[2]Fisioterapeuta, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, CEULP/ULBRA FESP-Palmas, Palmas, Tocantins, Brasil.

**Correspondência: 403 Sul alameda 25, lote 20, Palmas, Tocantins, Brasil. CEP:77.010-090. e-mail juciaract@gmail.com.*

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa que ainda se constitui como um problema de saúde pública no Brasil. Em alguns casos provoca incapacidades que podem evoluir para deformidades, e estas alterações físicas interferem negativamente nas atividades cotidianas e sociais. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em um serviço especializado de fisioterapia em Palmas-TO, no período de outubro de 2017 a janeiro de 2018. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem quantitativa, no qual foram aplicados o questionário SF-36 e sociodemográfico a 15 pacientes, e analisadas as fichas de avaliação neurológica simplificada realizadas pelo serviço de fisioterapia. Encontrou-se predominância do sexo feminino, casados, economicamente ativos e nível escolar médio. Os dados exibiram escores baixos para a maioria dos domínios, reconhecendo os prejuízos provocados pela hanseníase na qualidade de vida dos pacientes. Evidenciou-se que a doença causa grande impacto físico e mental, limitando as atividades rotineiras durante o tratamento ou por período mais longo. Avaliar os aspectos da qualidade de vida na hanseníase é pertinente para planejar e melhorar as intervenções assistenciais e as políticas públicas da saúde que envolvem a patologia.

Palavras-chave: Hanseníase. Qualidade de Vida. Grau de Incapacidade.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease that is still a public health problem in Brazil. In some cases it causes disabilities that can progress to deformities, and these physical changes interfere negatively in daily and social activities. The objective of this study is to evaluate the quality of life of patients affected by leprosy treated at a specialized physiotherapy service in Palmas-TO, from October 2017 to January 2018. This is an exploratory study, with a quantitative approach, in which the SF-36 and sociodemographic questionnaire were applied to 15 patients, and the files of simplified neurological evaluation performed by the physiotherapy service were analyzed. It was found predominance of the female sex, married, economically active and average school level. The data showed low scores for most domains, recognizing leprosy damage in patients' quality of life. It was evidenced that the disease causes great physical and mental impact, limiting the routine activities during the treatment or for a longer period. Assessing aspects of leprosy quality of life is pertinent to planning and improving care interventions and public health policies that involve pathology.

Keywords: *Leprosy. Quality of life. Disability grade.*

RESUMEN
Lepra es una enfermedad infectocontagiosa que aún se constituye como un problema de salud pública en Brasil. En algunos casos provoca incapacidades que pueden evolucionar hacia deformidades, y estas alteraciones físicas interfieren negativamente en las actividades cotidianas y sociales. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de los pacientes acometidos por la lepra atendidos en un servicio especializado de fisioterapia en Palmas-TO, en el período de octubre de 2017 a enero de 2018. Se trata de un estudio exploratorio, de abordaje cuantitativo, en el cual se aplicó el cuestionario SF-36 y sóciodemográfico a 15 pacientes, y analizadas las fichas de evaluación neurológica simplificada realizadas por el servicio de fisioterapia. Se encontró predominancia del sexo femenino, casados, económicamente activos y nivel escolar medio. Los datos mostraron escores bajos para la mayoría de los dominios, reconociendo los daños causados por la lepra en la calidad de vida de los pacientes. Se evidenció que la enfermedad causa gran impacto físico y mental, limitando las actividades rutinarias durante el tratamiento o por período más largo. Evaluar los aspectos de la calidad de vida en la lepra es pertinente para planificar y mejorar las intervenciones asistenciales y las políticas públicas de salud que involucran la patología
***Descriptores**: Lepra. Calidad de vida. Grado de discapacidad.*

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença existente desde a antiguidade e sua descoberta foi dada entre 3 a 4 mil anos atrás na Índia, China e Japão. Apesar do tempo de existência, e o *Mycobacterium leprae* ser considerado de baixa patogenicidade, ainda se constitui um problema de saúde pública no Brasil (DUARTE-CUNHA et al., 2012; BRASIL, 2002).

O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em prevalência de hanseníase, com 13% dos casos globais (WHO, 2016). Em 2016 foram registrados no país 25.218 casos novos, no Estado do Tocantins 1.351 (BRASIL, 2016a), e em sua capital Palmas foram notificados 654 casos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2018).

A nova Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 reforça que a medida epidemiológica mais relevante para a carga da hanseníase é o número de novos casos detectados (OMS, 2017).

Nesse sentido, o diagnóstico clínico precoce e preciso da hanseníase, constitui-se fator determinante para sua eliminação, e com o tratamento adequado nas fases iniciais da doença a chance de desenvolvimento de qualquer sequela é mínima (OPROMOLA; URA, 2002; ALENCAR et al., 2008; SOUZA et al., 2010; BRASIL 2016b). Dentre as doenças infectocontagiosas, esta é a principal causa de incapacidades, limitações e deformidades responsáveis pelos estigmas e tabus existentes em torno da doença (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014; PINHEIRO et al., 2016).

Para medir as incapacidades, a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o Grau de Incapacidades Físicas como um dos indicadores para avaliar a endemia no país. Esse instrumento gradua as deficiências físicas, além de colaborar para a adequada vigilância dos doentes pelos profissionais de saúde, permitindo a compreensão da cadeia de transmissão e o acompanhamento da evolução da doença (BRASIL, 2017).

Estudos afirmam que pessoas têm sua qualidade de vida modificada após serem acometidas pela hanseníase, pois pode provocar problemas físicos que refletem na condição social, psicológica e econômica. Essa situação pode ser agravada quando os pacientes recebem acompanhamento inadequado pelos profissionais de saúde pós-diagnóstico, principalmente sobre orientação de autocuidados ou quando não realizam os mesmos, podendo evoluir para novas sequelas ou piora das alterações físicas existentes (MARGARIDO; RIVITTI, 2009; NARDI et al., 2013; SANTOS, 2014).

Pode-se compreender a qualidade de vida como uma constante inter-relação entre os inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, entre outros (ALMEIDA, 2012). Inicialmente, este termo foi inserido na área da saúde ligando-se às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, para melhorias na área estrutural, de equipamentos e contratação de profissionais (CASTRO et al., 2003). No entanto, Nordenfelt (1994) pressupôs que a inserção desse termo ocorreu diante da mudança no panorama epidemiológico das patologias, com predomínio das doenças crônicas. Nessa perspectiva, a assistência de saúde visa melhorar a qualidade de vida do paciente, provendo os meios necessários para o enfrentamento das limitações e incapacidades provenientes da cronicidade dos problemas de saúde.

O conceito de saúde e qualidade de vida se tornou muito amplo, entendidos por diversos aspectos da vida diária de um indivíduo como a própria percepção de inserção na cultura e sistemas de valores em que vive, relacionados aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008; OMS, 1995).

Nas últimas décadas vem crescendo a produção científica e o interesse para o desenvolvimento de diversos questionários de avaliação da qualidade de vida relacionados à saúde visando medidas objetivas para compreender como as enfermidades estão comprometendo a vida dos indivíduos, permitindo comparações inter e intrapessoais e melhor abordagem terapêutica dos pacientes (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010; MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008).

Observa-se que os centros de referência que fazem parte do sistema de saúde público cumprem papel essencial para auxiliar os serviços de cuidados primários a lidar com as complicações advindas da doença, a prevenir as incapacidades e a proporcionar a reabilitação das sequelas físicas na hanseníase, inclusive após a alta medicamentosa (NARDI et al., 2013). Nesse contexto, a partir da prática de atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase suscitou-se a proposta da pesquisa, quando, empiricamente, foi identificado que a qualidade de vida dos pacientes que utilizavam o serviço especializado de fisioterapia em Palmas poderia estar comprometida em diversos aspectos (físicos, psicológicos, sociais, econômicos).

Desta forma, pretendeu-se avaliar a qualidade de vida em pacientes acometidos pela hanseníase, atendidas no serviço especializado em fisioterapia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa trata de um estudo exploratório, de abordagem quantitativa, realizada com 15 pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no setor especializado de fisioterapia, que funciona em uma sala no Centro de Saúde da Comunidade (CSC) 108 Sul, na cidade de Palmas-TO. O serviço especializado de fisioterapia é ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas em dois centros de saúde, que prestam atendimento a diversas áreas da reabilitação física, incluindo pacientes acometidos pela hanseníase.

A seleção da unidade para o desenvolvimento da pesquisa foi realizada a partir da vivência da pesquisadora na acolhida psicológica e atendimento psicoterapêutico dos casos de hanseníase atendidos pela fisioterapia de referência.

Foram incluídos na pesquisa pacientes que estiveram em atendimento no serviço de fisioterapia

especializada no município de Palmas-TO, no período de outubro de 2017 a janeiro de 2018, de ambos os sexos, que possuíam avaliações neurológicas simplificadas completas, com idade superior a 18 anos, em qualquer nível de escolaridade, com condições cognitivas preservadas para responder à entrevista e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Aplicou-se aos sujeitos um questionário sociodemográfico, a fim de traçar o perfil dos participantes, e o questionário "Medical Outcome Study Short Form – 36 Health Survey" (SF-36), por meio de entrevista individualizada, para medir a qualidade de vida relacionada à saúde. Foram analisadas as avaliações neurológicas simplificadas contidas no prontuário observando o grau de incapacidade física.

Os pacientes foram abordados de forma verbal e individual pelo pesquisador para convite à participação na pesquisa entre segundas-feiras e sextas-feiras, no período matutino, ao final das consultas de fisioterapia. A maioria dos pacientes concordaram em participar da entrevista individual no mesmo dia em que houve o convite. Os demais foram agendados para o próximo dia e horário em que viriam para o tratamento no setor e assim realizada a aplicação dos instrumentos, a fim de evitar despesas com transporte aos participantes para o local da entrevista.

A resposta aos instrumentos foi realizada após assinatura do TCLE em consultórios bem arejados, iluminados, garantindo a privacidade e concentração para os pesquisados. O pesquisador esclareceu eventuais dúvidas relacionadas ao TCLE e à pesquisa, e em seguida aplicou os questionários sociodemográfico e SF-36.

O questionário sociodemográfico foi composto por 9 questões: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, casos diagnosticados na família, contatos domiciliares e sociais, e situação empregatícia. O questionário SF-36 possui o formato multidimensional composto por 36 itens, com oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta uma pontuação/escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde, analisados separadamente em cada dimensão. Com a intenção de furtar-se de eventuais erros sobre os problemas relacionados à saúde, não há um único valor que sintetize toda a avaliação (WARE et al., 1993; CICONELLI, 1999).

As fichas de avaliação neurológica simplificadas, pertencentes aos prontuários físicos dos pacientes, foram solicitadas verbalmente para o responsável do setor de fisioterapia pesquisado, sendo acessadas em uma única data escolhida pelo pesquisador, no mesmo serviço para obter o grau de incapacidade da última avaliação dos participantes.

Os graus de incapacidade são classificados numericamente como 0, 1 ou 2; zero corresponde à ausência de dano nos olhos, mãos e pés; grau 1 corresponde à diminuição da sensibilidade ou diminuição de força muscular em olhos, mãos ou pés; e 2 corresponde à presença de deformidades visíveis devidas à hanseníase em mãos, olhos e pés (BRASIL, 2016b).

Os dados oriundos da pesquisa foram organizados em forma de planilhas e gráficos pelo programa Microsoft Office Excel 2016. Para representações estatísticas descritivas foram utilizados valores como frequência, média, desvio

padrão, amplitude, mediana e tabelas (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas – ULBRA sob o número 2.290.492/2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 15 pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia especializada, apresentando idade média aproximada de 44 anos, com predominância de mulheres (80%), como mostra a tabela 1. Em pesquisa semelhante com pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em fisioterapia, que tiveram a qualidade de vida avaliada, revelou que a média de idade dos pacientes era de 51 anos, em sua maioria do gênero masculino (58%) (RODINI, 2010). Outro estudo demonstrou idade de 39 anos e constituiu 54% da amostra de população masculina (SOUSA et al., 2011). Neste estudo a média para gênero demonstrou contrariedade em relação às pesquisas citadas.

Tabela 1- Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos pela fisioterapia especializada

Características					
Sexo	Feminino 80%				
Idade (anos)	Média 44,66				
	20-30	31-40	41-50	51-60	>60
	7%	47%	13%	20%	13%
Estado Civil	Solteiro 40%	Casado 46%	Separação legal 7%		Viúvo 7%
Escolaridade	EMC 40%	ESC 27%	ESI 20%		EFI 13%
Economicamente ativos	Sim 60%				
Casos diagnosticados na família	Nenhum 47%	Até 4 casos 20%	A partir de 5 casos 33%		
Contato Intradomiciliar	Entre 1 e 5 87%	Até 10 13%	Acima de 10 0		
Contato Social	Entre 1 e 5 47%	Até 10 13%	Acima de 10 40%		

EMC= Ensino Médio Completo; ESC= Ensino Superior Completo; ESI= Ensino Superior Incompleto; Ensino Fundamental Incompleto

Em relação ao estado civil, 46% eram casados. A informação sobre o estado conjugal da maioria poderia ser observada de maneira positiva, uma vez que o cônjuge se constitui um apoio emocional importante para o enfrentamento à doença, sequelas adquiridas e sofrimento psicológico (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998). Entretanto, alguns entrevistados referiram falta de compreensão a respeito da situação de saúde. Sabemos que os parceiros às vezes não oferecem suporte emocional devido ao preconceito e discriminação que envolve a hanseníase, ocasionados pela falta de informação das pessoas sobre a doença, levando ao enfrentamento de vários conflitos, tanto por parte da sociedade como no imaginário dos próprios pacientes (CARRIJO; SILVA, 2014).

Referente ao nível de escolaridade, 40% dos participantes relataram possuir o Ensino Médio

Completo e 27% o Ensino Superior Completo, diferenciando-se dos achados na literatura.

Palú e Cetolin (2015) retratam que a maior parte das pessoas acometidas pela hanseníase possuem nível de escolaridade e renda economicamente baixa, e que geralmente as pessoas tem dificuldade de acesso à saúde e pouca informação sobre saúde. Bastos (2017) concorda que a hanseníase está relacionada à pobreza por múltiplos fatores, que inclui menos anos de estudo, menor acesso aos serviços de saúde e medicamentos essenciais.

Neste estudo, encontrou-se 60% das pessoas economicamente ativas apesar de estarem com incapacidade física instalada. No entanto, algumas pessoas expuseram durante o processo de entrevista que sofreram preconceito e discriminação no trabalho ao relatarem estar em tratamento para hanseníase ou sentiam dores que impossibilitavam alguns afazeres cotidianos. Outros participantes afirmaram que perderam o emprego após o diagnóstico confirmado.

Martins (2009) concorda que muitos doentes param de trabalhar motivados não apenas pelas dificuldades no tratamento e incapacidades físicas, mas também pelo sofrimento emocional causado pela doença. Assim, essas pessoas logo se aposentam com a justificativa da incapacidade física que os impede de exercer a sua atividade laboral, repercutindo em problemas econômicos e familiares relacionados à diminuição na renda.

Em resposta aos casos diagnosticados na família, 47% dos participantes não tinham nenhum caso diagnosticado e 33% apresentaram número acima de 5 casos detectados. Quanto maior o número de casos diagnosticados na família, mais tempo a doença pode estar presente nos indivíduos. Deixar de examinar corretamente os conviventes ou pessoas que conviveram com o caso tratado ou em tratamento significa mantê-lo exposto no mesmo ambiente e condições que provavelmente foram causa de sua infecção. Assim, o caso será re-infectado e aumentam os danos de ordem física, psicológica, social e econômica (LOPES; RANGEL, 2014; BASTOS, 2017).

Aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado são denominados contatos (BRASIL, 2016b). O Ministério da Saúde divulga que contato domiciliar se refere a toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase, e contato social a qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. O contato social pode incluir vizinhos, colegas de trabalhos e de escola etc, sendo analisado de acordo com o grau e tipo de convivência (BRASIL, 2017).

Assim, buscou-se informações sobre os contatos dos participantes, observando-se que 87% pacientes possuem 1 a 5 contatos domiciliares, enquanto 13% conviviam com até 10 contatos. Em relação aos contatos sociais, 47% dos participantes conviviam com 1 a 5 pessoas, 40% conviviam com mais de 10 pessoas e 13% indivíduos com até 10 pessoas.

A vigilância de contatos é fundamental para a descoberta de casos novos e suas possíveis fontes de infecção no domicílio ou fora dele, independentemente de qual seja a classificação operacional do doente (paucibacilar ou multibacilar) (BRASIL, 2016b). Esta é a principal estratégia na detecção precoce da hanseníase, que contribui para a quebra da cadeia de transmissão e reduz consequentemente as deficiências decorrentes do

atraso no diagnóstico, sendo a vigilância ativa imperativa em áreas altamente endêmicas, como o Brasil e oportunamente Palmas (HACKER, et al., 2012; BASTOS, 2017).

Com relação ao questionário de qualidade de vida SF-36, foram obtidos para os domínios físicos e mentais a amplitude, médias, medianas e desvios padrões dos escores obtidos para amostra, considerando como parâmetro para os escores finais, 0 o pior resultado e 100 o melhor resultado, como demonstra a tabela 2.

Ware, Gandek e o IQOLA Project Group (1994) delimitam que as avaliações do SF-36 podem ser categorizadas em dois grandes grupos, que permitem visualizar, de forma genérica, dois componentes que se ligam de modos distintos às diversas patologias: Componente Físico, composto pelos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; e Componente Mental que agrupa saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade.

Tabela 2 – Pontuações obtidas por domínios e categoria do questionário SF-36

Domínios	Média	DP*	Mediana	Amplitude
Capacidade Funcional	42,67	23,44	35	10-90
Aspecto Físico	15	31,05	0	0-100
Dor	57,87	14,59	61	40-100
Estado Geral de Saúde	45,73	21,40	45	17-82
Vitalidade	47,33	27,64	50	15-100
Aspecto Social	50,80	29,29	50	0-100
Aspecto Emocional	31,13	42,70	0	0-100
Saúde Mental	49,87	20,05	52	20-76
Componente Físico	40,31	70,65	40	0-100
Componente Mental	44,78	99,28	50	0-100

*DP = Desvio-padrão

Verifica-se que a qualidade de vida sobre o domínio limitação por Aspecto Físico foi a mais comprometida (média=15; amplitude 0-100), seguido pelo Aspecto Emocional (média=31,1; amplitude 0-100), Capacidade Funcional (média=42,67; amplitude 10-90), Estado Geral de Saúde (média=45,73; amplitude 17-82), Vitalidade (média=47,33; amplitude 15-100) e Saúde Mental (média=49,87; amplitude 20-76). Tais resultados representam qualidade de vida insatisfatória com média abaixo de 50% do valor próximo ao escore máximo (100) que indicaria boa qualidade de vida (AMORIM; PEREIRA; JÚNIOR, 2016).

Os pacientes que estão no serviço de fisioterapia buscam reabilitação das sequelas físicas deixadas pela hanseníase, assim justifica-se a qualidade de vida insatisfatória para os resultados

apresentados para Aspecto físico, no que tange realizar atividades cotidianas e de trabalho.

Ao reconhecer que o domínio Estado geral de saúde avalia como o paciente se sente ou se percebe em relação a sua saúde global (MARTINS, 2009), sugere-se que a percepção da qualidade de vida nesse aspecto seja insatisfatória para a maioria. Apenas 33% dos pacientes tiveram resultado satisfatório nesse aspecto.

Em apenas dois domínios dos oito avaliados encontrou-se satisfatória qualidade de vida, apesar de estarem próximo do ponto de corte estabelecido, obtendo a melhor média para o domínio Dor com 57,8 (amplitude 40-100), seguido pelo escore 50,8 (amplitude 0-100) para Aspectos Sociais. Verifica-se que, a hanseníase pode ter interferido nas atividades sociais rotineiras de pelo menos metade dos respondentes ou que esses se integrassem socialmente com família ou amigos. Pinheiro et al. (2016) abordam que as implicações físicas e o imaginário sociocultural a respeito da doença e do doente, intensificam as privações nas relações sociais.

No Componente Físico podemos averiguar a média de 40,31(amplitude 0 a 100). Esse valor retrata o acometimento neural e agravamento da deficiência relacionados ao diagnóstico tardio, à extensão e à gravidade e expressivo poder incapacitante da doença, que repercutem em aspectos emocionais e sociais dos indivíduos mesmo após a conclusão do tratamento medicamentoso (PINHEIRO et al, 2016).

A maior média por categoria foi apresentada para os domínios de Componente Mental com 44,78, que representa insatisfatória qualidade de vida. Diversos estudos apontam que o paciente quando acometido pela doença passa por um choque psicológico ao receber o diagnóstico, além de sofrer discriminação e preconceito como consequência do estigma e, devido à falta de informação, aparecem sentimentos de frustração e de impotência, que acarretam alterações na qualidade de vida destes indivíduos (AMORIM; PEREIRA; JÚNIOR, 2016; SILVEIRA et al. 2014). Desse modo, experienciar uma patologia é relacionar-se em uma batalha psicológica rotineiramente, pois quando a pessoa acometida deixa de realizar atividades habituais que lhe permita pertencer ao contexto em que vive, passa então a se sentir doente (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

Evidencia-se, a partir de observação dos relatos, que a maioria dos entrevistados tentam manter uma aparente normalidade diante da hanseníase e assumem uma postura de sigilo em relação à doença, muitas vezes rejeitando a si mesmos e negando a própria patologia.

Considerando o grau de incapacidade 60% apresentaram grau 1, 33% grau 2 e apenas 7% grau 0. Nardi et al. (2013) afirmam que avaliação e o acompanhamento em prevenção de incapacidades devem ser realizados no diagnóstico, no tratamento e na alta medicamentosa. Vários pacientes entrevistados indagaram sobre recuperarem-se das sequelas deixadas pela doença, mesmo após a alta e o período de reabilitação em fisioterapia.

As incapacidades provocadas em mãos, olhos e pés podem evoluir para deformidades e tais alterações físicas interferem diretamente no desenvolvimento das atividades de vida diária, laborais e convívio social. Em um paciente curado, as deformidades se tornam indicativo de diagnóstico tardio ou acompanhamento clínico inadequado Portanto, prevenir incapacidades em hanseníase trata-se de uma ação extremamente importante, visto que reduzirá danos ocasionados pela doença, aumentando os desafios e a complexidade para a atenção pós-alta (MARGARIDO; RIVITTI, 2009; BARBOSA et al., 2014).

Em relação à qualidade de vida das pessoas com grau 1 obtiveram médias 48,8 (amplitude 24-72)

para o domínio Saúde Mental, 40,7 (amplitude 0-100) para Aspecto Emocional, 45,7 (amplitude 0-100) para Aspectos Sociais, 44,4 (amplitude 15-90) para Vitalidade, 46,6 (amplitude 20-72) para Estado Geral de Saúde, 59,3 (amplitude 40-100) para Dor, 22,2 (amplitude 0-100) para limitação por Aspecto Físico e 38,3 (amplitude 10-75) para Capacidade Funcional.

Nos indivíduos com grau 2 a média de respostas encontradas foi de 56 (amplitude 44-72) para o domínio Saúde Mental, 20 (amplitude 0-67) para Aspecto Emocional, 65 (amplitude 38-100) para Aspectos Sociais, 59 (amplitude 25-100) para Vitalidade, 48,2 (amplitude 17- 82) para Estado Geral de Saúde, 58,2 (amplitude 50-72) para Dor, 5 (amplitude 0-25) para Aspecto Físico e 53 (amplitude 20-90) para Capacidade Funcional.

Os resultados desse estudo sinalizam que a qualidade de vida, de modo geral, mostra-se insatisfatória, com escores abaixo de 50.

Muitos pacientes relataram em conversa com a entrevistadora sobre dificuldades psicológicas que enfrentavam diante do acometimento da doença. A reabilitação e educação em saúde realizados no setor de fisioterapia neste estudo pode ser considerado um auxílio para superação do estigma social e individual e preconceito presente no cotidiano dos pacientes, corroborando com as premissas do MS (BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

Neste estudo, verificou-se que o comprometimento físico pode afetar a qualidade de vida dos acometidos pela hanseníase, contribuindo para a não aceitação da doença por parte da sociedade, de familiares e do próprio portador. Os resultados apontam que a qualidade de vida, de forma geral, exibiu escores baixos, não satisfatórios, assim, se reconhece os prejuízos que a condição crônica da hanseníase submete as pessoas. Analisou-se que a doença causa grande impacto físico e mental, limitando as atividades rotineiras durante o tratamento ou por um período mais longo, como no caso das sequelas físicas ou incapacidades instaladas, que poderiam ter sido anuladas ou minimizadas com o diagnóstico precoce e tratamento adequado da doença, a partir de uma assistência com cuidados efetivos e integrados.

Evidenciou-se perante os relatos e resultados da entrevista, vulnerabilidade psicológica dos participantes, que pode ser justificada pela difícil trajetória terapêutica, alterações na imagem corporal, que refletem na identidade e autoestima.

Diante do perfil encontrado, reitera-se a importância de avaliar todos os contatos familiares e sociais com o objetivo de reduzir a carga da doença, que provoca agravos em outros aspectos de vida e que poderiam ser avaliados ou considerados para além do instrumento proposto.

Avaliar os aspectos da qualidade de vida na hanseníase é pertinente para planejar e melhorar as intervenções assistenciais e as políticas públicas nos campos de promoção da saúde e prevenção da doença. Qualificar os serviços de saúde para avaliação, manejo e seguimento desses pacientes com abordagem da doença sob o ponto de vista biopsicossocial, durante o tratamento ou pós-alta, significa prevenir incapacidades e promover qualidade de vida às pessoas acometidas, cita-se como exemplo a implantação de grupos de autocuidado. Espera-se que as evidências científicas encontradas nessa pesquisa tragam melhor compreensão sobre a temática abordada, e desta maneira, favoreça o desenvolvimento de estratégias e ações por parte da atenção e gestão em saúde para melhoria na qualidade de vida dos pacientes de hanseníase.

Pode-se apontar como limitação para a realização deste estudo o número de participantes da amostra, o que pode não refletir o comportamento da

população de pacientes portadores de Hanseníase, não sendo possível a generalização de dados. Acrescenta-se que a procedência dos pacientes foi do mesmo serviço o que pode significar um viés de caracterização, dada a homogeneidade da amostra.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C.H.M. de; BARBOSA, J.C.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; ALENCAR, M. de J. F. de; PONTES, R. J. S.; CASTRO, C. G. J. de; HEUKELBACH, J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. especial, p. 694-700, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-16720080007000007>. Acesso em: 01 jun. 2017.

ALMEIDA, M.A.B. de; GUTIERREZ, G.L. Qualidade de Vida: Discussões Contemporâneas. In: VILARTA, R., GUTIERREZ G.L., MONTEIRO M.I., Orgs. **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI.** Campinas: Ipes, 2010. p. 151-160.

ALMEIDA, M.A.B. de.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.

ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.; NERY, I. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p.

AMORIM A.A.S; PEREIRA I.S.S.D.; JÚNIOR, E.G.S. **Análise da qualidade de vida de pacientes acometidos por hanseníase. Journal of Infection Control.** v. 5, n. 4, 2016. [Revista Eletrônica]. Disponível em: <http://jic.abih.net.br/index.php/jic/article/view/154>. Acesso em: 14 fev 2018.

BARBOSA, J.C.; JUNIOR, A.N.R.; ALENCAR, O.M.; PINTO, M.S.P.; CASTRO, C.G. J. d. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. **Cad. Saúde Colet.,** 2014, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 4, p 351-358.

BASTOS, W.M. **Características sóciodemográficas e epidemiológicas da hanseníase do município de Palmas -Tocantins. 2017.** 125 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades.** Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Registro ativo:** número e percentual, casos novos de hanseníase: número, taxa e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, 2016a. Disponível em:<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/11/Tabela%20Geral_12016.pdf> Acesso em: 15/ fev 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 58 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase.** Brasília; 2017. 68 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf>. Acesso em: 14/12/2017.

CASTRO, M. de, CAIUBY, A.V.S.; DRAIBE, S.A.; CANZIANI, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CARRIJO, F.L.; SILVA, M.A. Percepções do paciente portador de hanseníase no cotidiano familiar. **Estudos,** Goiânia, v. 41, especial, p. 59-71, out. 2014.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.S.; MEINÃO, I.M.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. Vol. 39, n. 3, mai./jun. 1999. Disponível em:

<http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

DUARTE-CUNHA, M.; SOUZA-SANTOS, R.; MATOS, H.J.de; OLIVEIRA, M.L.W.de. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1143-1155, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 fev. 2017.

HACKER M.D., DUPPRE N.C., NERY J.A.C., SALES A.M., SARNO E.N. Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-2010. **Mem Inst. Oswaldo Cruz**, 2012. v. 107 (Suppl1), p. 49-54, Dec. 2012.

LOPES, V.A.S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Revista Saúde Debate**, Rio de janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, out./dez. 2014.

MARGARIDO, L. C.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: FOCACCIA, R. Veronesi. **Tratado de Infectologia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MARTINS, B.D.L.; TORRES, F.N.; OLIVEIRA M.L.W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do *Dermatology Life Quality Index* com diversas variáveis relacionadas à doença. **Anais Brasileiros de Dermatologia.** v. 83, n. 1, p. 39-43. 2008;

MARTINS, M.A. **Qualidade de Vida em Portadores de Hanseníase**; orientação Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. 2009, 98f.: il.; Dissertação de mestrado. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mestrado em Psicologia, 2009.

NARDI, S.M.T.; PASCHOAL NETO, V.D.; ZANETA, D.M.T. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Revista Saúde Pública**, vol.46, n.6, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600006#backb> Acesso em: 12 mai. 2017

NORDENFELT L. Introduction. In: NORDENFELT, L. Y. **Concepts and measurement of quality of life in health care.** Netherlands: kluwer Academic Publishers, 1994.p. 1-15

OLIVEIRA, M.H.P.D.; G. ROMANELLI. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n. 1 p. 51-60, jan./março. 1998.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science and medicine**. v.41, n.10, p.403-409, nov. 1995.

OMS. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020**: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. Nova Deli: Organização Mundial da Saúde, 2017.

OPROMOLLA, D.V.A.; URA, S. **Atlas de hanseníase**. 2. ed. Bauru: Instituto Lauro de Sousa Lima, 2002. 80 p.

PALMEIRA I.P., QUEIROZ A.B.A., FERREIRA M.A. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n.6, p. 893-900. 2013

PALU, F.H.; CETOLIN, S.F. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo oeste catarinense, 2004 a 2014. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 44, n. 2, p. 90-98, abr./jun. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde, Palmas. 2018. **Janeiro Roxo: Semus realiza ações de combate e prevenção à hanseníase na Capital.** 09 jan. 2018. Disponível em: <http://www.palmas.to.gov.br/secretaria/saude/noticia/1506678/janeiro-roxo-semus-realiza-acoes-de-combate-e-prevencao-a-hanseniase-na-capital/#>. Acesso em: 5 fev. 2018.

PINHEIRO, M. G.C.; MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.; VITOR, A. F.; LIRA, A. L. B. C. Limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem,** Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-11, abr./jun. 2016.

RODINI, F.C.B.; GONÇALVES M.; BARROS, A. R. de S. B.; MAZZER, N., ELUI, V.M. C., FONSECA, M. de C. R. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.17, n.2, p.157-66, abr/jun. 2010.

SANTOS, C. L. **Avaliação do usuário no período pós-alta da hanseníase: utilização das escalas SALSA e participação social**. 2014. 66p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Fundação Universidade de Rondônia, Porto Velho - RO, 2014. Disponível em:

<http://ri.unir.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1355/Cleidilene%20L.%20dos%20Santos_Avaliação%20do%20usu%C3%A1rio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 mai 2017.

SILVEIRA, M. G. B., COELHO, A. R., RODRIGUES, S. M., Soares, M. M., & Camillo, G. N. **Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico**, v. 26, n. 2, p. 517-527. 2014.

SOARES, J.F.; SIQUEIRA, A.L. **Introdução à Estatística Médica.** Belo Horizonte: COOPMED, 2002.

SOUSA N.P., SILVA M.I.B., LOBO C.G. e BARBOZA M.C.C. Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase. **Hansenologia Internationales.** São Paulo, v. 36, n.1, p. 11-16. 201.

SOUZA, C. F. D.; SLAIBI, É. B.; PEREIRA, R. N.; FRANCISCO, F. P.; BASTOS, M. L. S. De; LOPES, M. R. A.; NERY, J. A. D. C. A importância do diagnóstico precoce da hanseníase na prevenção de incapacidades. **Hansenologia Internationales**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 61–66, 2010.

WARE JR, J.E. **SF-36 health survey manual and interpretation guide.** Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center; 1993. 22 p.

WARE, J.E., GANDEK B. And the IQOLA Project Group – The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. **Int. Ment. Health.** 1994; v 23, p. 49-73.

WHO. Leprosy: weekly epidemiological record. **World Health Organization Weekly epidemiological record**, v. 91, n. 35, p. 405-420, Sep. 2016a. Disponível em: <http://www.who.int/wer>. Acesso em: 20 fev. 2017.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- O trabalho submetido pertence a um dos eixos prioritários de DESAFIOS: Ciências Humanas e Contemporaneidade; Saúde e Sociedade; Eduação; Ciência, Tecnologia e Ciências Agrárias.
- A matéria dos originais deverá conter, na seguinte ordem: Título no idioma do artigo, em inglês e espanhol. Se o artigo for redigido em Inglês deve apresentar também o título em Português e Espanhol; Resumo em 200 palavras acompanhado de três palavras-chave, Abstract/Resumen e três palavras-chave em inglês e espanhol; Texto completo do artigo, escrito em Times New Roman, 11 pt, com espaçamento de 1,5; Figuras, tabelas, quadros e gráficos devem incluir legenda no idioma do artigo; As tabelas e ilustrações devem ser inseridas no texto(.jpeg, .png, .tiff) com resolução mínima de 300 dpi.
- A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares. Esta identificação será incluída apenas na versão final caso o artigo seja aceito para publicação.
- As citações de mais de 3 linhas devem ser digitadas em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 11 pt e recuo de 1,5 cm da margem esquerda do texto. As citações de até três linhas devem integrar o corpo do texto e ser assinaladas entre aspas.
- São consideradas referências somente as obras mencionadas no interior do texto. As referências devem ser digitadas em fonte Times New Roman, em corpo 11 pt, com espaçamento simples entre as linhas e organizadas em ondem alfabética. As referências, no fim do trabalho, devem ter os dados completos e seguir as normas para trabalhos científicos que estão publicadas no site da revista. Cada referência deve ocupar um parágrafo e deve estar separada por um espaço simples.
- O modelo de artigo utilizado está disponível em formato do novo template da revista Desafios.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Submissão.

Diretrizes para Autores

Instruções gerais para publicação na Revista Desafios (UFT)

A Revista Desafios destina-se à publicação de trabalhos inéditos e originais, resultantes de pesquisas e estudos teóricos ou empíricos, revisões preferencialmente as sistemáticas, relatos de casos e experiências.

A Revista não aceita trabalhos encaminhados simultaneamente para outras revistas ou para livros. A Revista é trimestral com publicações de forma continuada, podendo ainda apresentar publicações de Dossiê ou números Suplementares.

O processo de submissão e avaliação de artigos encaminhados à Revista é recebido através do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista (SEER). A publicação de um artigo implica a cessão integral dos direitos autorais à Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, para divulgação impressa e por meio eletrônico - internet.

A Revista Desafios publica artigos originais e inéditos, referentes à área interdisciplinar, considerando a linha editorial da Revista, tratamento dado ao tema, consistência e rigor. Os artigos deverão lhe ser destinados com exclusividade.

- Serão considerados para publicação trabalhos que se enquadrem nas seguintes categorias: artigos, resumo, relato de caso ou experiência.
- Os trabalhos deverão ser enviados ao Presidente da Comissão Editorial, via Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), que os submeterá ao juízo do Conselho Editorial, para verificação de adequação à política editorial da revista e do cumprimento de exigências normativas. Os artigos serão encaminhados, sem identificação, a no mínimo, dois avaliadores externos. No caso de discrepância avaliativa será enviado a um terceiro parecerista. O nome dos avaliadores será mantido em sigilo.
- A Revista, através do editor, notificará o autor principal se o artigo foi aprovado para publicação ou rejeitado. A notificação será acompanhada de cópia do conteúdo dos pareceres, sem a identificação dos avaliadores.

Recomendações:

Modelo de template: O texto deverá ser submetido no modelo disponibilizado neste link.

Extensão: O texto deverá ter extensão máxima de 20 páginas, com espaçamento de 1,5 incluídas as referências bibliográficas e notas. O título (no idioma original, em Inglês e em Espanhol) devem conter no máximo 240 caracteres incluindo espaços.

Imagens: as imagens, figuras, imagens fotográficas e/ou desenhos gráficos, **deverão ser encaminhados inseridos no texto,** com resolução mínima de 300 dpi.

Tabelas e Quadros: As tabelas e quadros também devem ser encaminhadas inseridas no texto.

Citações: as citações no interior do texto devem obedecer às seguintes normas:

- Um autor: (Leipnitz, 1987).
- Dois autores: (Turner e Verhoogen, 1960).
- Três ou mais autores: (Amaral *et al.*, 1966).
- Trabalhos com o(s) mesmo autor(es) e mesma data devem ser distinguidos por letras minúsculas logo após a data. Ex: (Amaral, 2008a) (Amaral, 2008b).

Apresentação das citações diretas:

- Citações com menos de três linhas deverão ser incorporadas ao texto entre aspas.
- Citações com mais de três linhas deveram ser apresentadas em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 10 pt e recuo de 1,5 cm da margem esquerda do texto.

Notas de rodapé: As notas de rodapé devem ser usadas de forma parcimoniosa**.** Somente são permitidas notas de rodapé explicativas e não são permitidas notas que contenham apenas referências. Estas deverão estar listadas, ao final do texto, no item 'Referências'.

- **Não utilize** as expressões *op. Cit, id, idem.*
- **Não utilize** a expressão *apud*, dê preferência pelo emprego da expressão *in*.

Referências Bibliográficas:

Artigos em periódico:

Ex. DUNN, W.E.; LANTOLF, J.P. Vygosty's zone of proximal development and Krashen's i+1: incommensurable constructs. incommensurable theories. **Language Learning.** v.48, n.3, p.411-442, 1998.

Artigos relativos a eventos:

Ex. BIONDI, J.C. Kimberlitos. *In.* CONGRESSO BRASILEIRO DE GEOLOGIA, 32, Salvador, **Anais.** SBG, v. 2, p.452-464, 1982.

Artigos em coletânea:

Ex: GRANDO, A. Os reality shows. *In:* V. HOEWELL (org.), **Coletânea GT Produção de sentido nas mídias.** UNICAD, p. 75-81, 2003.

Livros:

Ex: TURNER, F.J. WERHOOGEN, J. **Igneous and Metamorphic Petrology**. 20 ed., New York, McGraw-Hill; 1960.

Capítulos de livros:

Ex: DONATO, R. Collective scaffolding in second language learning. *In:* J. LANTOLF; G. APPEL (eds.), **Vygotskian Approaches to Second Language Research.** Norwood, Ablex Publishing Company, p. 33-56; 1994.

Dissertações e Teses:

Ex: TAGLIANI, C.R.A. Proposta para o manejo integrado da exploração de areia no município costeiro de Rio Grande - RS. Um enfoque sistêmico. São Leopoldo, RS. **Dissertação de Mestrado**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS; 1997.

Citações de Sites e textos eletrônicos:

Caso seja possível identificar os autores de textos eletrônicos, a referência deve ser feita do seguinte modo:

Ex: LENKER, A. RHODES, N. 2007.**Foreign Language Immersion Programs: Features and Trends Over 35 Years.** Disponível em: http://www.cal.org/resources/digest/flimmersion.html. Acesso em: 28/04/2007.

* Neste caso, no corpo do texto, a referência é identificada por (Lenker e Rhodes, 2007).

- Se não for possível identificar os autores de textos eletrônicos, deve-se fazer a referência do seguinte modo:

Ex: GLOBO ONLINE, O. 2006. **Brasil será o país com mais sedes do Instituto Cervantes**. Disponível em: http://oglobo.globo.com/ cultura/mat/2006/10/25/286393283.asp. Acesso em: 05/04/2008.
* No corpo do texto a citação será (O Globo Online, 2006).

Jornais e revistas, órgãos e instituições:

- Todos os textos de jornais e revistas devem constar nas referências bibliográficas. Caso haja autor explícito, a referência é feita pelo seu sobrenome:

Ex: MICELLI, S. 1987. **Um intelectual do sentido.** Folha de S. Paulo. Caderno Mais! São Paulo, 7 fev.

* No corpo do texto, indica-se (Micelli, 1987).

- Caso não haja um autor e o texto seja de responsabilidade do órgão, faz-se a referência assim:

Fonte (Orgão, Instituição, etc.). Ano de publicação. Titulo do texto. Cidade, dia mês (abreviado), p. número da página.

Ex: CORREIO DO POVO. 1945. Os métodos objetivos de verificação que empregamos no RS. Porto Alegre, 5 out., p. 14.

* No corpo do texto, indica-se (Correio do Povo, 1945).

Taxas

Nenhuma taxa é cobrada no processo de submissão.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a **Creative Commons Attribution License** (CC BY-NC 4.0), permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.

2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto posterior ao processo editorial.

4. Além disso, o AUTOR é informado e consente com a revista que, portanto, seu artigo pode ser incorporado pela **DESAFIOS** em bases e sistemas de informação científica existentes (indexadores e bancos de dados atuais) ou a existir no futuro (indexadores e bancos de dados futuros), nas condições definidas por este último em todos os momentos, que envolverá, pelo menos, a possibilidade de que os titulares desses bancos de dados possam executar as seguintes ações sobre o artigo:

a. Reproduzir, transmitir e distribuir o artigo, no todo ou em parte sob qualquer forma ou meio de transmissão eletrônica existente ou desenvolvida no futuro, incluindo a transmissão eletrônica para fins de pesquisa, visualização e impressão;

b. Reproduzir e distribuir, no todo ou em parte, o artigo na impressão.

c. Capacidade de traduzir certas partes do artigo.

d. Extrair figuras, tabelas, ilustrações e outros objetos gráficos e capturar metadados, legendas e artigo relacionado para fins de pesquisa, visualização e impressão.

e. Transmissão, distribuição e reprodução por agentes ou autorizada pelos proprietários de distribuidoras de bases de dados.

f. A preparação de citações bibliográficas, sumários e índices e referências de captura relacionados de partes selecionadas do artigo.

g. Digitalizar e / ou armazenar imagens e texto de artigo eletrônico.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PERFIL DAS GESTANTES CONFIRMADAS PARA ZIKA VÍRUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PALMAS, TOCANTINS, ANO 2016

Juliana da Silva Vanderlei[1]
Lorena Dias Monteiro[2]

[1] Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/FESP
[2] Doutora em Saúde Coletiva. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/FESP

RESUMO

Este estudo objetivou descrever o assistência pré-natal e perfil das gestantes confirmadas para zika vírus na atenção primária à saúde de Palmas, Tocantins no ano de 2016. Trata-se de um estudo descritivo, utilizando dados obtidos a partir do SINAN, SISPRENATAL e SINASC. Em 2016 foram confirmadas 63 gestantes com a infecção por Zika vírus por exame laboratorial. A média de idade das gestantes foi de 26 anos. A infecção de gestantes por Zika vírus foram mais frequentes nos territórios de saúde Javaé (17,46%), Karajá (19,05%) e Xerente (20,63%) e são mais vulneráveis socialmente. Os casos confirmados foram notificados predominantemente nas unidades de pronto atendimento (41,27%) e no hospital materno de referência (47,62%). Houve predomínio de gestantes pardas (61,90%), sem o ensino médio completo (73,02%), em união estável (47,62%) e jovens (58,73%), que foram atendidas em quase totalidade nos serviços públicos de atenção secundária e terciária. Os resultados deste estudo mostraram a necessidade de melhoria para a assistência pré-natal às gestantes positivas e trouxe evidências do caráter da vulnerabilidade social da infecção pelo Zika vírus na capital do Tocantins.

Descritores: gestantes; perfil epidemiológico; vírus Zika; Atenção Primária à Saúde

INTRODUÇÃO

No início de 2016, a infecção por Zika vírus foi declarada Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional devido à sua associação com defeitos congênitos. Por ser um acontecimento novo e sem conhecimento, em novembro de 2015 o Brasil é o primeiro país a declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) anunciou em fevereiro 2016, respondendo de forma rápida para enfrentar a epidemia que se espalhou nas Américas, após sua aparição inicial no Brasil em maio de 2015 (OMS, 2016).

No país, casos de doença exantemática têm sido reportados desde final de 2014 (SÃO PAULO, 2016). Em abril de 2015, foi detectada a circulação autóctone do vírus Zika, cujo principal vetor é o mosquito *Aedes Aegypti* (CAMPOS et al., 2015). Só no ano de 2016 foram registrados 17.000 casos prováveis de gestantes com a infecção no Brasil, sendo 11.052 confirmados por critério clínico epidemiológico ou laboratorial, segundo dados do Ministério da Saúde. No Tocantins, em 2016, foram notificados 417 casos em gestantes, destes, 114 casos foram confirmados por critério clínico epidemiológico ou laboratorial (TOCANTINS, 2017).

O grave problema dessa infecção é que durante a gravidez pode desencadear malformações fetais e essa constatação se deu pela identificação de alterações no padrão epidemiológico de ocorrências de microcefalia em alguns estados do Nordeste, em especial Pernambuco (FALCÃO et al., 2016).

Nesse contexto, fica evidente que a população com maior risco são as gestantes, justamente em razão das consequências neurológicas da infecção pelo vírus Zika nos recém-nascidos, principalmente nos três primeiros meses de gravidez (1° trimestre), período em que o feto está em formação, evidências demonstram que o vírus pode ser transmitido a qualquer tempo durante o parto (CUNHA et al., 2016). Em relação a microcefalia, até dezembro de 2016, 10.867 casos foram notificados, incluindo recém-nascidos, criança, natimorto, abortamento ou feto. Desses casos, 3.183 (29,3%) permanecem em investigação e 7.684 (70,7%) foram investigados e classificados, sendo, 2.366 confirmados, 49 prováveis e 5.269 descartados. No Tocantins, 224 casos foram notificados com microcefalia, desses, 84 permanecem em investigação, 20 foram investigados e confirmados e 120 investigados e descartados (BRASIL, 2017).

Diante desse cenário epidemiológico é imprescindível que durante a gestação os profissionais de saúde realizem uma assistência pré-natal com padrão de qualidade conforme

preconizam os protocolos e ainda oportunize a suspeição e investigação de casos pela infecção do Zika vírus. Ressalta-se que é necessária cautela para que não sejam tomadas condutas ou realizem intervenções que não mudam o prognóstico e a condição das alterações (BRASIL, 2016). Tendo em vista a necessidade de estudos sobre o tema, o objetivo deste trabalho foi descrever a assistência pré-natal e o perfil das gestantes confirmadas para vírus zika na atenção primária à saúde de Palmas, capital do Tocantins.

MÉTODO

O estudo foi realizado no município de Palmas, capital do Tocantins no Norte do Brasil, apresenta uma população estimada em 279.856 habitantes. A cobertura da população pelas Equipes de Saúde da Família foi de 100% 2016.

Trata-se de um estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado pelas fichas de notificação compulsória, que consistem em um formulário padronizado com informações sócio demográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde, bem como a utilização de dados do SISPRENATANAL que é um sistema que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco. O sistema contribui, ainda, para identificar fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e auxiliar na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Também foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no qual disponibiliza informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional pela declaração de nascidos vivos.

Foram incluídas todas as gestantes confirmadas por critério laboratorial para vírus Zika no ano de 2016. A população foi definida de acordo com os parâmetros de positividade para infecção pelo Zika vírus com residência em Palmas com cadastros registrados ou não no SISPRENATAL. Foram excluídos os casos duplicados, identificados a partir da análise do SINAN.

As variáveis selecionadas para o estudo provenientes do SINAN foram: unidade de atendimento/notificação, idade, idade gestacional, raça/cor e território/endereço de residência.

As variáveis selecionadas para o estudo provenientes do SISPRENATAL foi: número de consultas de pré-natal.

As variáveis selecionadas para o estudo provenientes do SINASC foram: estado civil, escolaridade, semanas de gestação, número de filhos vivos, tipo de parto, sexo e peso do recém-nascido e Apgar no 1º e 5º minuto.

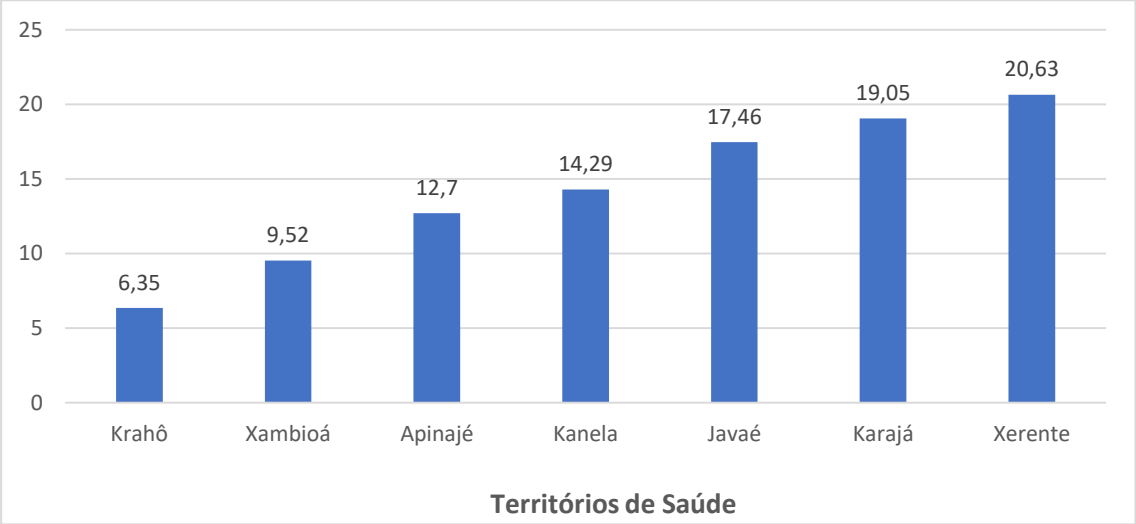
Os resultados foram categorizados e analisados pelo programa Stata/SE versão 11.2. Os gráficos foram analisados e representados em planilhas do programa Excel.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, e obteve aprovação sob parecer N°2.258.786, bem como aprovação da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, sob parecer nº 45-07/2017 e foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Em 2016 foram registradas 3.541 gestantes nos serviços de atenção primária de Palmas, destas, 287 (8,0%) foram notificadas para Zika vírus e 63 (22%) foram confirmadas com a infecção por exame laboratorial. A média de idade das gestantes foi de 26 anos, com idade mínima de 16 e máxima de 38 anos. Os territórios de saúde Xerente (20,63%) e Karajá (19,05%) tiveram maior ocorrência de casos (Figura 1).

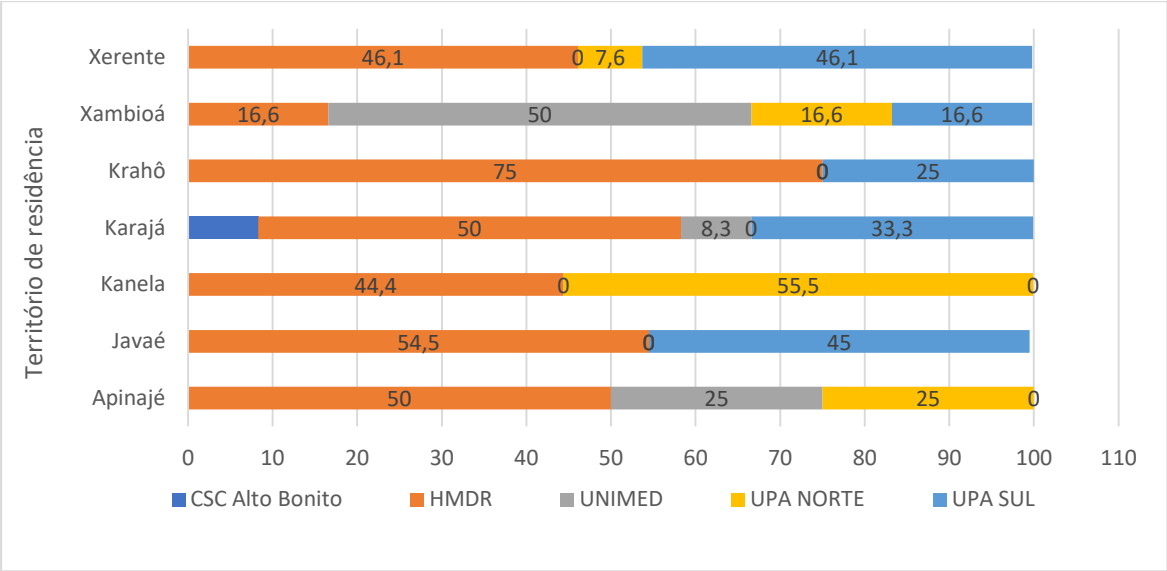
Figura 1- Distribuição de registros de gestantes positivas para zika vírus no município de Palmas, Tocantins, 2016.



Fonte: SINAN.

As gestantes confirmadas para zika vírus residentes nos territórios Apinajé, Javaé, Karajá e Krahô foram notificados em 50,0% ou mais no Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR). Os casos residentes no território Kanela foram registrados em mais da metade (55,5%) na Unidade de Pronto Atendimento da Região Norte. As gestantes residentes no território Xambioá foram notificadas em 50,0% no Hospital da Unimed.

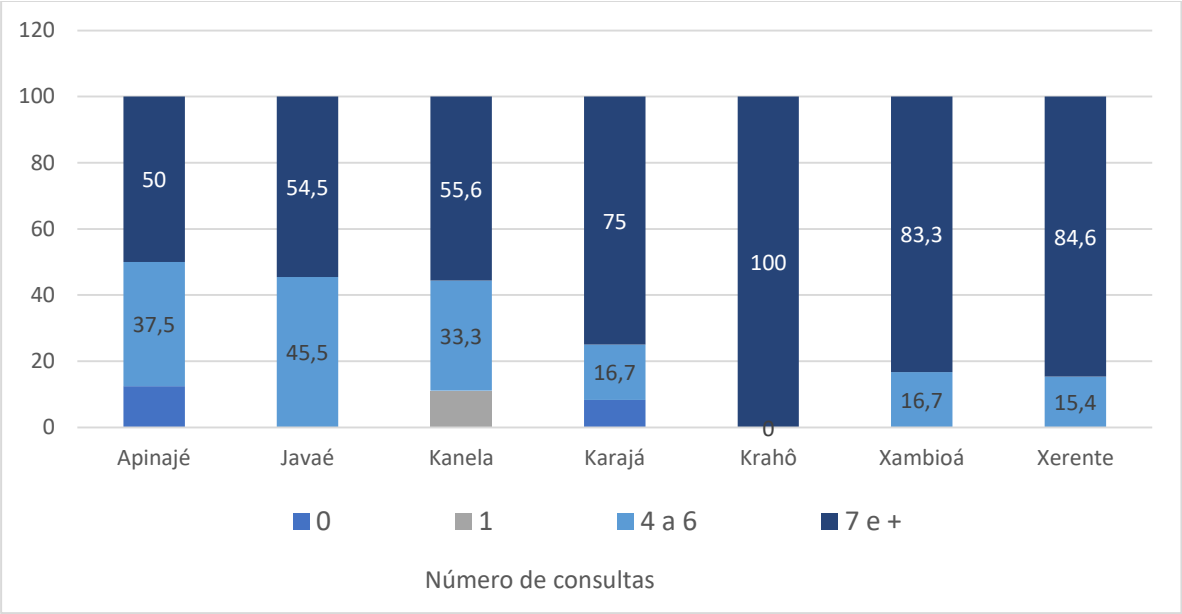
Figura 2 – Análise bivariada da região de ocorrência e de notificação de gestantes positivas para zika vírus residentes em Palmas, Tocantins, 2016.



Fonte: SINAN.

As gestantes residentes nos territórios Apinajé, Kanela e Karajá receberam menor frequência de consultas pré-natais (Figura 3).

Figura 3 – Análise bivariada da proporção do número de consultas no pré-natal por território de saúde de residência de gestantes positivas para zika vírus em Palmas, Tocantins, 2016.



Fonte: SINAN; SISPRENATAL.

Predominaram as gestantes positivas para zika vírus da cor parda (61,90%) com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo (63,49%), faixa etária entre 20 e 29 anos (58,73%), união estável (47,62%) e que não tinha nenhum filho (47,62%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica das gestantes positivas para zika vírus residentes em Palmas, Tocantins, 2016.

Variáveis	N (63)	% (100)
Raça/cor		
Branca	12	19,05
Amarela	4	6,35
Parda	39	61,90
Ignorada	8	12,70
Escolaridade anos de estudos		
1 a 3 anos	1	1,59
4 a 7 anos	5	7,94
8 a 11 anos	40	63,49
12 e mais	17	26,98
Faixa etária		
< 20 anos	7	11,11
20 – 29 anos	37	58,73
30 – 39 anos	19	30,16
Estado civil		
Solteira	10	15,87
Casada	17	26,98
Separada	1	1,59
União estável	30	47,62
Ignorada	5	7,94
Número de filhos		
Nenhum	30	47,62
Um filho	13	20,63
Dois filhos	11	17,46
Três filhos	4	6,35
Quatro filhos	1	1,59
Tempo para liberação do exame		
< 1 mês	7	11,11
2 a 4 meses	8	12,70
5 a 7 meses	26	41,27
> 8 meses	22	34,92
Trimestre de gestação		
1º trimestre	11	17,46
2º trimestre	24	38,10
3° trimestre	28	44,44

Fonte:SINAN; SISPRENATAL.

Os registros de notificações foram mais frequentes no Hospital e Maternidade Dona Regina (47,62%) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 14,39%. A maioria dos exames para confirmação da infecção pelo zika vírus foram liberados entre 5 e 7 meses após a coleta (41,27%). Quase 45,0% estavam no 3º trimestre de gestação, e dessas, 84,13%, apresentavam idade gestacional entre 37 e 41 semanas. Quase 70,0% das gestantes receberam mais de 7 consultas, e o parto cesárea ocorreu para mais da metade (52,38%) (Tabela 2).

Os recém-nascidos das gestantes positivas para zika vírus foram em maior proporção do sexo feminino (53,97%). O APGAR foi classificado em 9 para 68,25% no 1º minuto enquanto que no 5º minuto essa classificação foi de 61,90%. Quase 8% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso (<2,5 Kg) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características de nascimento dos recém-nascidos de gestantes positivas para Zika vírus residentes em Palmas, Tocantins, 2016.

Variáveis		
Sexo RN	**N (63)**	**% (100)**
Feminino	34	53,97
Masculino	25	39,68
Não cadastrada	4	6,35
Apgar RN 1° minuto		
5	1	1,59
6	1	1,59
7	8	12,70
8	6	9,52
9	43	68,25
Não cadastrada	4	6,35
Apgar RN 5° minuto		
7	1	1,59
8	3	4,76
9	16	25,40
10	39	61,90
Não cadastrada	4	6,35
Peso RN		
<2,5	5	7,94
2,5 a 3,0	14	22,22
>3,0	40	63,49
Não cadastrada	4	6,35

Fonte: SINASC.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a infecção de gestantes por Zika vírus foram mais frequentes nas zonas periféricas da capital, sendo os territórios Javaé, Karajá e Xerente os mais vulneráveis. Os casos confirmados ocorreram predominantemente nas unidades de pronto atendimento e no hospital materno de referência. Mais de 50% desses casos residiam em regiões geográficas opostas e distantes do local de notificação, ou seja, do diagnóstico. Houve predomínio de gestantes pardas, sem o ensino médio completo, em união estável e jovens, que foram atendidas em quase totalidade nos serviços públicos de atenção secundária e terciária da rede de atenção mostrando evidências do caráter da vulnerabilidade social da infecção pelo Zika vírus na capital do Tocantins.

A infecção pelo vírus pode atingir todas as classes sociais, étnicas e culturais, e ocorre em populações de diferentes níveis sociodemográficos, por ser um agravo de fácil transmissão. Contudo, é fato que as populações marginalizadas das cidades, ou seja, aquelas que possuem acesso limitado aos serviços públicos, tendem a reproduzir negativamente eventos que submetem esses grupos populacionais a epidemias, como a febre pelo vírus Zika (CARVALHO, 2017).

Há hipóteses a serem apontadas para explicar o registro de infecção pelo Zika vírus predominante em gestantes pardas, que não concluíram o ensino médio e com mais de 90% do diagnóstico pelo SUS. A primeira delas é o sistema público de saúde ter a vigilância atenta e notificação compulsória sistematizada na rotina do trabalhador para quem procurar o serviço ser notificado imediatamente. Por outro lado, os serviços privados não possuem essa característica, mesmo sendo uma prerrogativa a ser cumprida, e pode explicar o baixo número de notificações em gestantes de diferentes classes sociais. Esses dados corroboram com os dados dos boletins nacional quanto a definição de cor/raça, anos de estudo e tipo de serviço de atendimento para os casos de gestantes com infecção pelo Zika vírus (BRASIL, 2017a).

De forma adicional, chamou a atenção o fato de mais de 90% das gestantes positivas para infecção por Zika vírus terem sido notificadas nos serviços de atenção secundária e terciária, e não pela atenção primária. O esperado é que gestantes com quaisquer manifestações clínicas agudas com vínculo de pré-natal na atenção primária procurassem o serviço e tivessem o diagnóstico não necessitando se deslocar para outros serviços. O preparo dos profissionais e a disponibilidade de recursos (exames específicos), possivelmente, podem ter contribuído. Segundo a Portaria 2436/2017, que trata sobre a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção primária é a porta de entrada do usuário e possui equipe multiprofissional com disponibilidade de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) para oferta de assistência integral e resolutiva perpassando pelo pré-natal, parto e puerpério.

Outro fato a ser destacado é que cerca de 30% das gestantes tiveram 6 ou menos consultas pré-natal, uma realidade semelhante foi encontrada em Pelotas no Rio Grande do Sul. De fato, os fatores socioeconômicos, podem estar associados com a não realização do pré-natal sendo um fator que prejudica o acompanhamento e monitoramento das gestantes com Zika vírus (ROSA, SILVEIRA E COSTA, 2014).

Diante da transcendência da infecção pelo Zika vírus para o binômio mãe-filho espera-se que as gestantes realizem 100% de consultas preconizadas. Portanto, para desencadear o processo de investigação das doenças e intervir nas dificuldades enfrentadas os profissionais de saúde devem suspeitar precocemente, notificar, registrar e se capacitar para conseguirem

minimizar o impacto dessa enfermidade, utilizando os recursos possíveis para assistir e disseminar os conhecimentos e informações à população e construir parcerias para proteção à saúde (CUNHA et al., 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que o pré-natal deve ser realizado com no mínimo seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação, sendo mensal até a 28ª semana, quinzenal entre a 28ª a 36ª semana, e semanal a partir da 36ª semana, as consultas devem ser realizadas até o nascimento do bebê. Outra recomendação importante é de que a ultrassonografia obstétrica seja realizada preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez, época em que a estimativa da idade gestacional é mais precisa (CRUZ, et al., 2016).

Em Palmas, os territórios de saúde mantêm uma proporção elevada dos números de consultas de pré-natal, no entanto, os territórios Kanela, Apinajé e Karajá tiveram gestantes com uma ou nenhuma consulta registrada no sistema apontando maior fragilidade desses serviços mesmo tendo 100% de cobertura de saúde da família e equipes do NASF.

Diante de uma emergência de saúde pública, um dos problemas dos serviços foi com relação ao tempo para liberação do resultado de exames para Zika. Os resultados mostraram que cerca de 77% dos exames demoraram mais de 5 meses para ter o resultado liberado. O tempo de liberação dos resultados pode influenciar diretamente na conduta a ser adotada com a gestante, pois com a confirmação rápida do caso é possível identificar e promover a triagem quanto a presença malformações congênitas e oportunizar medidas terapêuticas. Há que se considerar que os serviços não estavam preparados para essa emergência visto ser uma doença nova no Brasil, e, somente no ano de 2017 o exame de confirmação foi disponibilizado na rede sem a necessidade de encaminhamento para centros de referências de outros estados (OMS, 2016a).

Em Palmas quase 45,0% das gestantes estavam no terceiro trimestre quando apresentaram os sinais sindrômicos, divergindo do realizado em outro cenário onde mais da metade das gestantes apresentaram infecção no segundo trimestre de gestação (BRASIL, Patrícia et al., 2016). A recomendação do ministério da saúde é que as gestantes adotem medidas para à prevenção da infecção no primeiro trimestre de gestação, uma vez que é nesse período que ocorre a formação do feto. Ressalte-se, que há riscos tanto no segundo como no terceiro trimestre, porém, em menor grau, pois o feto já está praticamente formado (CUNHA, et al. 2016; CRUZ et al., 2016).

Apesar das limitações das informações disponíveis, os resultados mostram ainda que a maioria dos recém-nascidos das gestantes positivas para Zika apresentaram um índice de

Apgar no 1º e 5º minuto com bons parâmetros em quase 100% dos casos, mostrando assim que as crianças nasceram com achados normais, não evidenciando consequências da infecção pelo vírus Zika. Quanto ao tipo de parto, prevaleceu o cesáreo, e deve-se considerar que a atenção ao parto e nascimento não devem ser modificadas por causa da suspeita, confirmação e ocorrências das infecções pelo vírus Zika, ressaltando que o parto cesáreo pode aumentar os riscos de complicações. Nesse contexto, a equipe tem um papel importante na orientação quanto a importância do parto normal e seus benefícios, em especial a equipe da atenção primária (BRASIL, 2016b).

Quanto aos sinais e sintomas apresentados pelas gestantes, a maioria foi exantema e prurido, ou seja, condizente com os padrões sindrômicos apresentados na literatura e coincidiu com os dados de pesquisa realizada no Rio de Janeiro (BRASIL, Patrícia et al., 2016).

Em suma, quanto ao percurso das políticas para o enfrentamento desse agravo em 18 de novembro de 2016 houve um retrocesso diante da necessidade de se manter o alerta acesso e ainda de garantir atenção integral para crianças nascidas com microcefalia. O fato é que a organização mundial da saúde declarou que o surto do vírus Zika e suas complicações não simbolizam mais uma emergência de saúde pública internacional (o Brasil manteve a emergência nacional), sendo que, o ministério da saúde anunciou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em 11 de maio de 2017, pelo fato do Brasil não preencher mais os quesitos exigidos para manter o estado de emergência (BRASIL, 2017c).

O término da emergência Nacional para Zika ocorre 18 meses após o país decretar Emergência em Saúde Pública por parte dos órgãos governamentais. O agravo não é mais inesperado, pois há conhecimentos científicos que comprovem a relação do Zika com alterações neurológicas, continuará tendo incentivos a estudos, pesquisas, vigilância e assistência às vítimas. Contudo, há que se ter cautela para um evento muito novo e ainda em descoberta quanto às suas transcendências, portanto a vigilância deve ser rigorosa na perspectiva de poder se tornar um problema negligenciado. (BRASIL, 2017).

No estado do Tocantins, conforme Nota Informativa do ano de 2016, a gestante confirmada para Zika deve dar continuidade as consultas de pré-natal e ser acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família, de forma que possam estar vinculadas aos serviços do NASF para acompanhamento psicossocial e a maternidade de referência para o parto de alto risco.

Levando em consideração a fisiopatologia do Zika vírus, o Ministério da Saúde não considerou necessário alterar a rotina de acompanhamento de pré-natal preconizada, portanto, não considera as gestantes como sendo de alto risco, por essa causa isolada. No entanto, é necessário que a Atenção Primária esteja atenta quanto ao seu papel no envolvimento de toda a equipe de saúde para assistência integral e qualificada às gestantes. É importante destacar a importância do acompanhamento domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde, que deve acontecer de forma periódica em sua área de abrangência orientando sobre as condições que tornam vulnerável a saúde da criança e da mulher, podendo dessa forma reconhecer as gestantes faltosas às consultas e as que não iniciaram o pré-natal (BRASIL, 2016a).

Os resultados deste estudo mostraram a necessidade de melhoria para a assistência pré-natal às gestantes positivas e trouxe evidências do caráter da vulnerabilidade social da infecção pelo Zika vírus na capital do Tocantins.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico:** Zika vírus: perfil epidemiológico em mulheres, 47. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2016. 7 p.

BRASIL, Patrícia et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. **New England Journal Of Medicine**, v. 375, n. 24, p.2321-2334, 15 dez. 2016. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1602412.

BRASIL. **Informe Epidemiológico nº 57 – Semana Epidemiológica (SE) 52/2016 (25 a 31/12/2016).** Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias. Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil.p. 3. 2017. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf. Acesso em 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde declara fim da emergência nacional para zika.** 2017c. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika>. Acesso em: 11 maio 2017.

BRASIL. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v.48, n° 3, p. 11, 2017a. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/2016-Dengue_Zika_Chikungunya-SE52.pdf. Acesso em: 01 jun. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria Nº 2436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. **Protocolo de Atenção à Saúde e à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika.** Nacional de Enfrentamento à microcefalia no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF, Versão preliminar, p 46, 2016a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionada_infeccao_virus_zika.pdf. Acesso em: 10 jun. 2017.

CAMPOS GS et al. **Surto de vírus Zika, Bahia, Brasil.Centers For Disease Control And Prevention,** Estados Unidos, v. 21, p.1885-1886, 10 out. 2015. Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/10/15-0847&prev=search>. Acesso em: 05 abr. 2017.

CARVALHO, Layla Pedreira. Virus Zika e Direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. **Cadernos de Genero e Diversidade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p.134-157, ago. 2017.

CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou et al. Protocolos de atenção pré-natal à gestante com infecção por Zika e crianças com microcefalia: justificativa de abordagem nutricional. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, supl. 1, p. S95-S102, Nov. 2016.

CUNHA, Rivaldo VenÂncio da et al. **ZIKA: ABORDAGEM CLÍNICA NA ATENÇÃO BÁSICA.** 2016. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/zika>. Acesso em: 06 jul. 2017.

FALCÃO et al. **Guia de manejo da infecção pelo vírus zika.** Sociedade brasileira de inctologista. 2016. 25p.

Organização Mundial de Saúde-OMS. **Doença do vírus Zika**, 2016a. Disponível em:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/. Acesso em: 29 maio 2017.

Organização Pan-Americana da Saúde -OPAS. Organização Mundial de Saúde-OMS.**O ano em que o vírus zika evoluiu de uma emergência para um desafio de saúde pública em longo prazo, 2016**. Disponível em:http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5326:o-ano-em-que-o-virus-zika-evoluiu-de-uma-emergencia-para-um-desafio-de-saude-publica-em-longo-prazo&Itemid=816. Acesso em: 30 maio 2017.

ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p.977-984, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005283.

SÃO PAULO, **Protocolo para vigilância e assistência de casos suspeitos ou confirmados de doença aguda pelo vírus zika e suas complicações: na população geral, em gestantes, puérperas e recém-nascidos.** Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. São Paulo, p. 59, set. 2016. Disponível em:http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/protocolo_zika_finalfinal2_1475170953.pdf. Acesso em 21 jun. 2017.

TOCANTINS, **NOTA INFORMATIVA N° 001/2016**: NOTA INFORMATIVA DA VIGILÂNCIA DE CASOS SUSPEITOS DE ZIKA Nº 001/2016/SESAU/ SVPPS/DVEDVZ/GDFA. Palmas: Sesau, 2016. 13 p.

TOCANTINS. **Gerência de Vigilância Epidemiológica das Arboviros e Zika: Relatório do Monitoramento (1ª a 52ª semana epidemiológica de 2016).** Governo do Estado do Tocantins. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Vetoriais e Zoonoses, jan.de 2017

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO E TRANSPORTE NO PERÍMETRO URBANO DE PALMAS - TO NO PERÍODO DE 2011 A 2016.

Marina Sena de Oliveira [1]
Marta Maria Malheiros Alves [2]
[1] Centro Universitário Luterano de Palmas, Fundação Escola de Saúde Pública
[2] Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Fundação Escola de Saúde Pública

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito e transporte com vítimas graves e fatais no perímetro urbano de Palmas – TO no período de 2011 a 2016. **Método:** Trata-se de estudo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa de investigação epidemiológica, a partir da análise do Quadro Múltiplo Integrado utilizado pela Comissão de Gestão da Informação do Programa Vida no Trânsito de Palmas – TO. **Resultados:** Os motociclistas (67,13%), homens (74,66%), e a faixa etária entre 18 e 30 anos (43,33%) são a maioria das vítimas dos acidentes analisados. O tipo de acidente mais recorrente no período foi a colisão entre veículos (57,34%). A velocidade excessiva ou inadequada (23,15%) e o consumo de álcool (18,79%) foram os principais fatores de risco encontrados. As principais condutas de risco foram a perda de controle do veículo (16,50%) e converter ou cruzar sem dar a preferência (14,85%). **Conclusão:** O trabalho realizado pelo Programa Vida no Trânsito em Palmas mostrou-se estratégico para a articulação intersetorial e a mobilização do corpo técnico e gestores. A continuidade das ações e a priorização do trabalho intersetorial precisam ser mantidas, com o objetivo de minimizar a magnitude das lesões, o número de mortes, e as consequências sociais e econômicas que estas acarretam à população.

Descritores: acidentes de trânsito; causas externas; epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological profile of traffic and transport accidents with serious and fatal victims in the urban area of Palmas - TO, from 2011 to 2016. **Method:** This is a retrospective descriptive study with a quantitative epidemiological investigation approach, from analysis of the Integrated Multiple Framework used by the Management Committee of the Information of Traffic Life Program of Palmas – TO. **Results:** Motorcyclists (67.13%), men (74.66%), and the age range between 18 and 30 years (43.33%) were the majority of victims of the accidents analyzed. The most frequent type of accident in the period was the collision between vehicles (57.34%). Excessive or inadequate speed (23.15%) and alcohol consumption (18.79%) were the main risk factors found. The main risk behaviors were loss of control of the vehicle (16.50%) and converting or crossing without giving preference (14.85%). **Conclusion:** The work carried out by the Life in Transit Program in Palmas proved to be strategic for intersectoral articulation and the mobilization of technical staff and managers. The continuity of actions and the prioritization of intersectoral work need to be maintained in order to minimize the magnitude of the injuries, the number of deaths, and the social and economic consequences that these entail to the population.

Descritores: Accidents, Traffic; External Causes; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

As lesões causadas pelo trânsito, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentam uma alta carga de morbimortalidade em todo o mundo. Elas são um problema provocado pelo ser humano e que podem ser previstas e prevenidas com intervenções de segurança no trânsito. A magnitude das lesões e morte não é um problema de trânsito apenas, devem ser encaradas como um problema de saúde pública, pois as incapacidades e perdas de vida em idade produtiva apresentam consequências sociais e econômicas graves (BRASIL, 2011).

Os óbitos por causas externas (acidentes e violências) continuam ultrapassando a taxa de doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2017), necessitando de uma nova concepção de trabalho voltado para a promoção da cultura da paz, autocuidado e prevenção da violência no trânsito, bem como um trabalho intensivo para prevenir a morbimortalidade das vítimas sequeladas pelos acidentes de trânsito, oferecendo serviços assistenciais às vítimas de acordo com suas necessidades.

A primeira iniciativa governamental brasileira de engajamento do setor da saúde na vigilância dos acidentes de trânsito, prevenção das lesões e mortes, promoção da saúde e cuidado integral às vítimas de acidentes de trânsito foi a formalização da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001). Como desdobramentos da política, o Ministério da Saúde (MS) criou o projeto Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde com o objetivo de promover mudança de hábitos, atitudes, valores culturais e situações ambientais que interferem na ocorrência dos acidentes de trânsito (BRASIL, 2002).

Em Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas - ONU, realizada em março de 2010, foi estabelecida a década 2011-2020 como a Década de Ação para Segurança Viária, tomando por base os estudos elaborados pela Organização Mundial de Saúde – OMS. A Década de Ações busca a redução de 50% dos óbitos no período de 2010 a 2020 em dez países, que respondem por aproximadamente 600 mil mortes no trânsito por ano, sendo eles: Brasil, Federação Russa, China, Turquia, Egito, Vietnã, Camboja, Índia, Quênia e México.

O lançamento do Programa Vida no Trânsito em 2010, ainda como projeto, foi uma resposta aos desafios da ONU para a Década de Ações pela Segurança Viária 2011 – 2020. Em maio de 2011 a ANTP divulgou a proposta do Brasil para redução de acidentes e segurança viária, que apresenta objetivos e metas organizados segundo seis pilares estratégicos: gestão, fiscalização, educação, saúde, segurança viária e segurança veicular (ANTP, 2011).

O Programa Vida no Trânsito (PVT) é a denominação, no Brasil, do Projeto Road Safety in Ten Countries (ou "RS-10"), voltado para a vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito e promoção da saúde, lançado em 2010 em resposta aos desafios da Organização das Nações Unidas (ONU) para a Década de Ações pela Segurança no Trânsito 2011 – 2020. Coordenado pelo Ministério da Saúde, em articulação interministerial e parceria com a Organização Pan Americana da Saúde (Opas), sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e formado por um consórcio de instituições, como: *Association for Safe Internacional Road Travel* (ASIRT); *Centers for Sustainable Transport* (EMBARQ); *Global Road Safety Partnership* (GRSP); *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* (JHU) e *World Bank Global Road Safety Facility* (GRSF) (BRASIL, 2014).

Além do suporte da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS no Brasil), o PVT conta com o aporte técnico e financeiro do Governo Federal. No Brasil, o projeto foi desenvolvido, inicialmente, em cinco capitais: Belo Horizonte; Campo Grande; Curitiba; Palmas e Teresina. Em 2013 foi estendido para todas as capitais brasileiras e municípios com mais de 1 milhão de habitantes. Tem como foco das ações a intervenção em dois fatores de risco priorizados no Brasil: dirigir após o consumo de bebida alcoólica e velocidade excessiva e/ou inadequada, além de outros fatores ou grupos de vítimas identificados localmente a partir das análises dos dados, notadamente acidentes de transporte terrestre envolvendo motociclistas (OMS, 2011).

O PVT se harmoniza com as políticas do Governo Federal, no âmbito da saúde, voltadas à redução das lesões e mortes por acidentes e violências, como a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNS), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, além do Termo de Cooperação Técnica

junto a OPAS/OMS no Brasil envolvendo o tema, como oTC-56 (Vigilância, Promoção e Prevenção em Saúde) e o Termo de Cooperação entre Países, firmado entre as cidades de Belo Horizonte, Buenos Aires e Montevidéu (OPAS, 2017).

O programa propõe alcançar seus objetivos a partir da qualificação da informação, execução de ações planejadas, desenvolvidas e executadas intersetorialmente, com ênfase em fatores de risco a depender das particularidades locais. A qualificação dos atores envolvidos no enfrentamento da morbimortalidade no trânsito está no cerne do que corrobora com o propósito da implementação do Programa Vida no Trânsito: a construção de capacidades e o empoderamento dos profissionais locais, de modo a viabilizar a sustentabilidade das intervenções. Em outros termos, a apropriação do projeto pelos atores locais.

No Brasil, os dados de acidentes de trânsito são registrados por instituições de diferentes esferas de governo no âmbito da Segurança Pública, Trânsito, Transportes e Saúde Pública, com ênfases, conforme a natureza da instituição (corporações policiais, bombeiros, instituição hospitalar). Embora esses dados possam ser úteis nas rotinas individuais das instituições, não subsidiam o levantamento de riscos, planejamento de intervenções ou avaliação dos resultados de forma global se não forem codificados e alimentados em um sistema informatizado de banco de dados, processados, analisados e divulgados aos atores envolvidos (OMS, 2012b).

O Processo de Integração de Dados (PID) é um modelo de gestão da informação aplicado à integração de múltiplas fontes de dados, desenvolvido a fim de apoiar a obtenção e integração de dados multissetoriais de acidentes de trânsito, bem como a gestão destas atividades. Os dados produzidos por meio do processo são utilizados para subsidiar o planejamento e execução de ações de segurança viária em cidades que implementam o PVT (CARDITA; PIETRO, 2010).

Nesse sentido, para captar os dados de forma intersetorial em Palmas através do PID, foi estruturada a Comissão de Gestão de Dados e Informações (CGDI) do Programa Vida no Trânsito, com participação de um integrante representando a instituição parceira de origem. Com dados sobre a mortalidade, morbidade e acidentalidade para produção de análises de situação e tendências e qualificação dos dados, a CGDI analisa e qualifica os dados sobre mortos e feridos graves no trânsito a

partir do cruzamento e pareamento de informações fornecidas (Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito - BOAT, Serviço de Atenção Móvel de Urgência – SAMU 192, Sistema de Internações Hospitalares - SIH, Instituto Médico Legal - IML, jornais e outras fontes), o que possibilita observar os fatores de risco e/ou grupo de vítimas/população vulnerável.

A integração e comunicação das instituições nas reuniões permitem a identificação de vulnerabilidades do processo de captação dos dados e o estabelecimento de estratégias corporativas para saná-las. Além disso, estabelece a responsabilidade por uma gestão de segurança viária eficiente partilhada por todos os setores envolvidos, propiciando evidências que subsidiam as intervenções necessárias para a mudança do cenário observado em análise.

A cidade de Palmas foi uma das cinco cidades selecionadas para a implantação do PVT no Brasil após o lançamento nacional oficial em junho de 2010. Em 2011 foi iniciado o trabalho de coleta e análise dos dados do cenário dos acidentes de trânsito e transporte, possibilitando que atualmente se tenha uma série histórica da situação epidemiológica na cidade a partir do trabalho da CGDI com o uso metodológico do Quadro Múltiplo Integrado (QMI), que sintetiza as informações da lista única de vítimas e dos fatores determinantes e condicionantes para os acidentes de trânsito, construída e retroalimentada periodicamente (BRASIL, 2015). É importante analisar os fatores que influenciam este cenário na cidade de Palmas, como o aumento da população, da frota de veículos e das vias urbanas nesse período. Além das consecutivas melhorias na captação e metodologia de qualificação da informação através do trabalho da CGDI com o uso metodológico do QMI com o passar dos anos da implantação do PVT.

O enfrentamento do problema das mortes e lesões nas vias de tráfego demanda o envolvimento e a interação não só das áreas tradicionalmente associadas à gestão do trânsito. Requer a soma de esforços das áreas de saúde, de educação, planejamento urbano, engenharia, fiscalização, justiça, comunicação social, entre outras – não apenas pela expertise específica de cada setor, mas pelo olhar que cada área empresta ao tema. É certo que o envolvimento de diferentes atores implica também em um maior esforço em administrar diferentes linguagens e formas de problematizar as questões (OMS, 2011).

Dada a complexidade dos eventos que geram lesões e mortes no trânsito, os graus de confiabilidade, relevância, integridade e informação dos dados são, mais que desejáveis, essenciais para o desenho de intervenções efetivas para a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito. Diante disso, este trabalho visa analisar o perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito e transporte ocorridos no perímetro urbano da cidade de Palmas – TO nos anos de 2011 a 2016.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa de investigação epidemiológica (GIL, 2008), a partir da análise do Quadro Múltiplo Integrado (QMI) utilizado pela Comissão de Gestão da Informação (CGI) do Programa Vida no Trânsito (PVT) de Palmas - TO.

O QMI contém dados dos acidentes de trânsito e transporte (ATT) com vítimas graves e fatais ocorridos no perímetro urbano de Palmas a partir de uma lista única de vítimas, e os fatores determinantes e condicionantes para a ocorrência destes ATT. O Processo de Integração de Dados é obtido através do pareamento dos dados sobre acidentes de trânsito fornecidos pelas instituições parceiras: Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito – BOAT (Polícia Militar, Agência de Trânsito, Bombeiro Militar), Polícia Civil, Serviço de Atenção Móvel de Urgência – SAMU, Sistema de Internações Hospitalares (SIH) do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres, Instituto Médico Legal – IML. O QMI permite, simultaneamente, a identificação de fatores/condutas de risco e grupos de vítimas/usuários contributivos para Acidentes Fatais e Graves (AFG) pela obtenção de tipos de perfis de riscos para o município. O seu preenchimento possibilita a produção de indicadores de óbitos e feridos graves relacionados a: qualquer fator de risco, conduta local de risco contribuintes para o acidente de trânsito; proteção inadequada relacionada ao agravamento das lesões; o grupo de vítimas e o usuário contributivo para o acidente fatal e grave (BRASIL, 2015; ABULATIF, 2018).

O período analisado foi o de implantação do PVT em Palmas com o início da coleta e análise de dados pela CGDI no ano de 2011, até a última análise finalizada no ano de 2016. Foram incluídos na amostra os acidentes de trânsito com vítimas graves e fatais nos anos de 2011 a 2016 ocorridos no perímetro urbano de Palmas – TO (cujos

limites geográficos são definidos pela CGDI) que foram captados e analisados pela CGDI do PVT em Palmas - TO. Foram excluídos do estudo os acidentes de trânsito com vítimas leves; acidentes de trânsito que não tenham sido captados nos bancos de dados utilizados no QMI ou que não tenham sido analisados pela CGDI. O total da amostra analisada foi de 1879 acidentes de trânsito, com 2084 vítimas graves e fatais provenientes destes.

É considerado um acidente com vítima fatal quando a vítima foi a óbito no momento do acidente ou até 30 dias após sua data de ocorrência, em função de traumas ou complicações do mesmo. A vítima é considerada grave quando permanece internada por no mínimo 24 horas em decorrência do acidente de trânsito (OMS, 2012).

São os fatores de risco para o envolvimento em acidentes aqueles que contribuem, direta ou indiretamente, para a ocorrência do acidente em análise. Pode existir a presença de mais de um fator de risco no mesmo acidente, ou mesmo não ser identificado nenhum fator de risco e sim uma conduta de risco (BRASIL, 2015).

São condutas de risco para o envolvimento em acidentes aquelas que contribuem, direta ou indiretamente, para a ocorrência do acidente em análise e refletem a cultura de segurança local, pois são assumidas pelos condutores. Pode existir a presença de mais de uma conduta de risco no mesmo acidente, ou mesmo não ser identificada nenhuma (BRASIL, 2015).

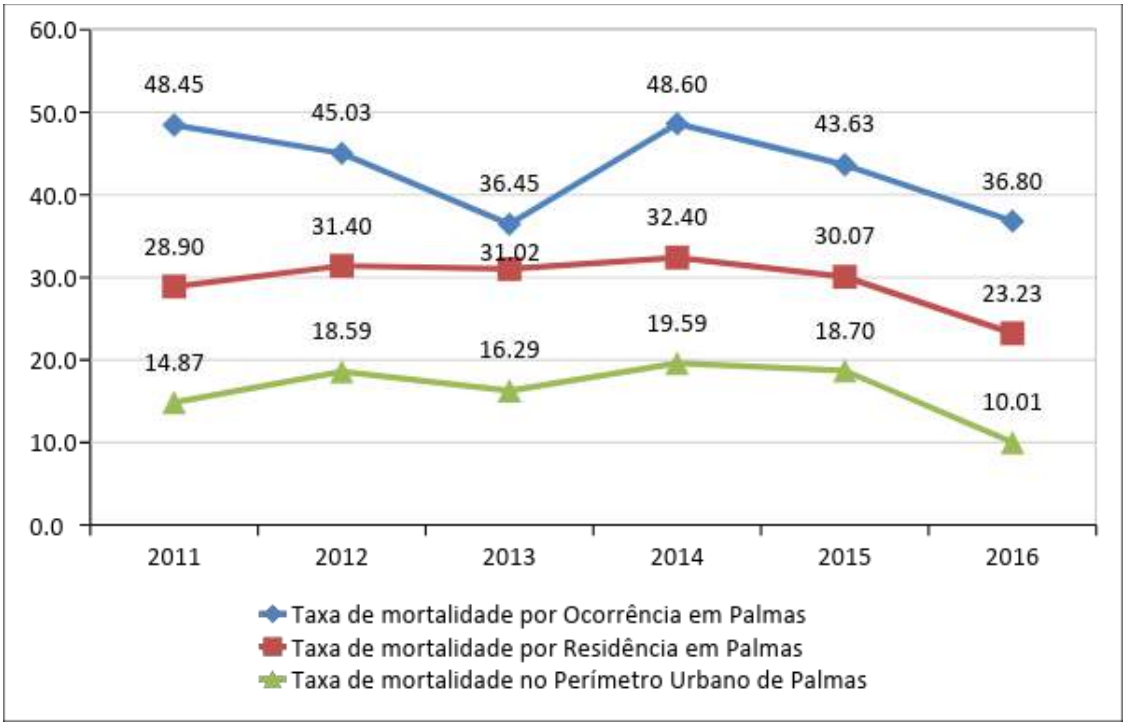
O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA e obteve aprovação conforme parecer N° 2.661.947, bem como aprovação da Fundação Escola de Saúde de Palmas - FESP. Os princípios éticos foram respeitados em todas as etapas da investigação conforme Resolução CNS nº 466/12 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

As taxas de mortalidade estão disponibilizadas em três modalidades, a depender da forma de cálculo. A Taxa de Mortalidade por Ocorrência em Palmas – TO inclui todos os óbitos por acidentes de trânsito ocorridos em Palmas e seus hospitais, mesmo que o acidente não tenha ocorrido na cidade. A Taxa de Mortalidade por Residência em Palmas inclui todos os óbitos por acidentes de trânsito de moradores de Palmas, cujo óbito

ou acidente tenham ocorrido em qualquer lugar do Brasil. A Taxa de Mortalidade no Perímetro Urbano de Palmas consta os óbitos provenientes de acidentes de trânsito que ocorreram no perímetro urbano de Palmas, e tem como fonte de informações a análise pela CGDI. A figura 1 mostra a série histórica das três taxas de mortalidade citadas:

Figura 1 – Taxas de mortalidade por Ocorrência em Palmas, por Residência em Palmas, e no Perímetro Urbano de Palmas – TO.



Fonte: DENATRAN (2017); Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (2017); Comissão de Gestão de Dados e Informações (CGDI) do Programa Vida no Trânsito (PVT) em Palmas – TO (2017).

O número de acidentes de trânsito com vítimas graves e fatais no perímetro urbano de Palmas - TO para o período está demonstrado na tabela 1:

Tabela 1 – Número de acidentes de trânsito com vítimas graves e fatais no perímetro urbano de Palmas – TO

Ano	Nº Total de acidentes	Nº Total de vítimas graves e fatais	Percentual de vítimas graves	Percentual de vítimas fatais
2011	264	323	89,39%	10,60%
2012	379	422	89,65%	11,34%
2013	349	371	88,53%	11,46%

2014	334	381	85,82%	14,37%
2015	271	288	82,28%	17,71%
2016	282	299	90,78%	9,21%

Fonte: Comissão de Gestão da Informação do Programa Vida no Trânsito de Palmas – TO (2017).

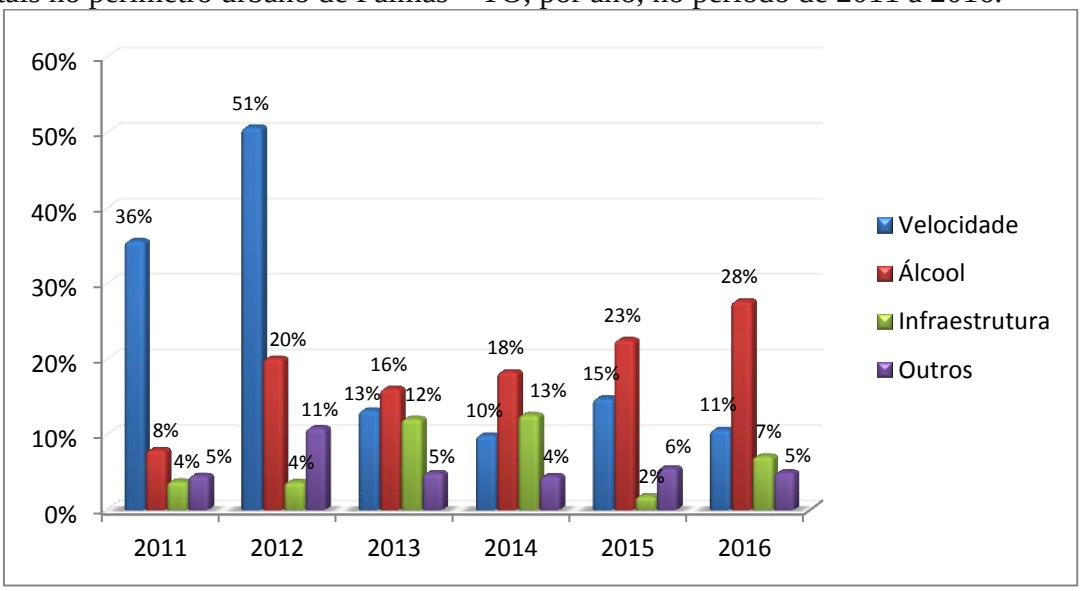
Destes acidentes analisados, os motociclistas representaram 67,13% do total de vítimas. Os pedestres são 7,20% das vítimas, ciclistas 4,51% e pessoas no interior de veículo leve 7,10%. Há ainda as vítimas não especificadas, 10,56%, cujas fontes de informações levantadas não conseguiram esclarecer em que situação no veículo o usuário estava. Os homens são a maioria das vítimas 74,66%, enquanto as mulheres correspondem a 25,05%. A faixa etária mais vulnerável são os jovens e adultos jovens, entre 18 e 30 anos, que são 43,33% das vítimas graves e fatais por acidentes de trânsito. Os adultos de 31 a 60 anos correspondem a 49,97% das vítimas. As crianças entre 0 e 12 anos são 2,74%, os adolescentes entre 13 e 17 anos correspondem a 4,52%, as vítimas acima de 60 anos são 4,17%. Usuários cuja idade não foi identificada somaram 5,28%.

Em relação às características do acidente, a análise detectou que o tipo de acidente mais recorrente no período foi a colisão entre veículos (57,34%), seguido de queda (16,41%), atropelamento (8,83%), choque (5,60%), capotamento (1,64%). Os acidentes cujo tipo não foi possível identificar representam 10,18%. Para os cálculos sobre o tipo do acidente não foram contabilizados os ocorridos em 2011, pois não constava esta informação no QMI. Os acidentes com vítimas graves e fatais ocorreram mais comumente entre 18:00 e 23:59 (36,56%). As ocorrências entre 12:00 e 17:59 representam 28,26%, na faixa de horário entre 06:00 e 11:59 somam 26,13% e entre 00:00 e 05:59 11,71%. A ocorrência destes acidentes aumenta à medida que se aproxima o fim de semana: segunda-feira (12,93%), terça-feira (12,03%), quarta-feira (13,04%), quinta-feira (13,52%), sexta-feira (16,71%), sábado (21,50%) e domingo (21,18%).

Os fatores de risco que mais contribuíram para a ocorrência dos acidentes de trânsito no perímetro urbano de Palmas – TO foram a velocidade excessiva ou inadequada (23,15%), o consumo de álcool associado à direção (18,79%) e infraestrutura (7,18%). Outros fatores de risco como condições do veículo, uso de drogas, fator de distração, fadiga, condições climáticas e visibilidade correspondem,

juntos, a 6,07% dos fatores de risco. Quando consideramos somente as vítimas fatais, os fatores de risco velocidade e consumo de álcool são muito mais expressivos: velocidade excessiva ou inadequada (42,49%), o consumo de álcool associado à direção (27,04%) e infraestrutura (16,31%) e outros (9,87%).

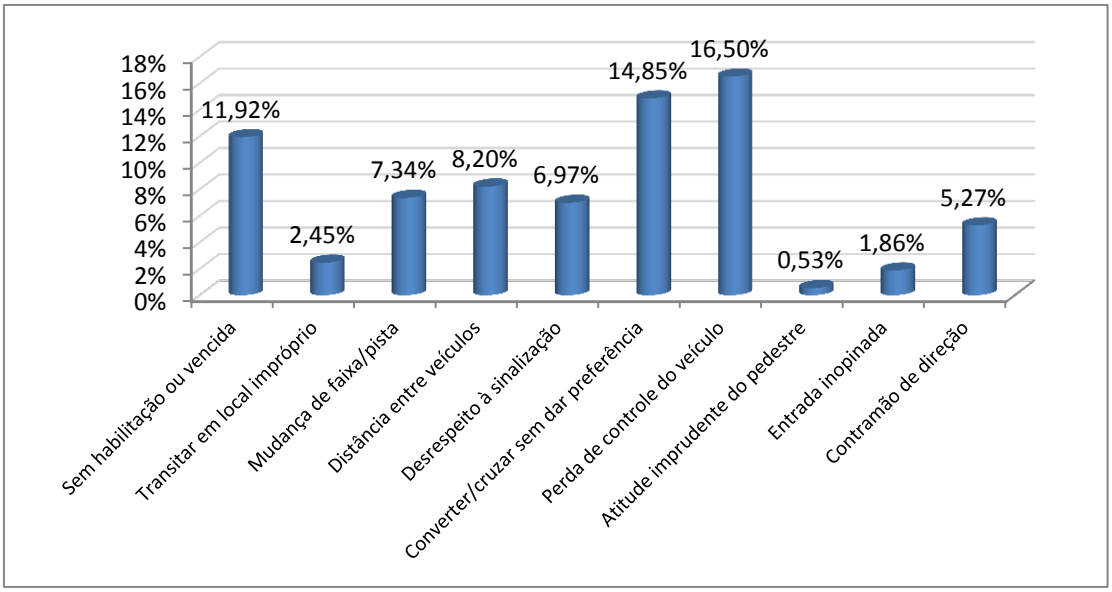
Figura 2 – Principais fatores de risco contributivos para os acidentes de trânsito graves e fatais no perímetro urbano de Palmas – TO, por ano, no período de 2011 a 2016.



Fonte: Comissão de Gestão da Informação do Programa Vida no Trânsito de Palmas – TO (2017)

As principais condutas de risco encontradas nos acidentes analisados foram: perda de controle do veículo (16,50%), converter ou cruzar sem dar a preferência (14,85%), não possuir carteira de habilitação ou a mesma vencida (11,92%), desrespeito à distância mínima entre veículos (8,20%), mudança de faixa ou pista sem sinalização prévia (7,34%) e desrespeito à sinalização vertical ou horizontal (6,97%). Outras condutas de risco somam 10,11% e são elas: transitar em local impróprio, contramão de direção, atitude imprudente do pedestre e entrada inopinada. As condutas de risco identificadas estão demonstradas na figura 3:

Figura 3 – Principais condutas de risco contributivas para os acidentes de trânsito graves e fatais no perímetro urbano de Palmas – TO, no período de 2011 a 2016.



Fonte: Comissão de Gestão da Informação do Programa Vida no Trânsito de Palmas – TO (2017)

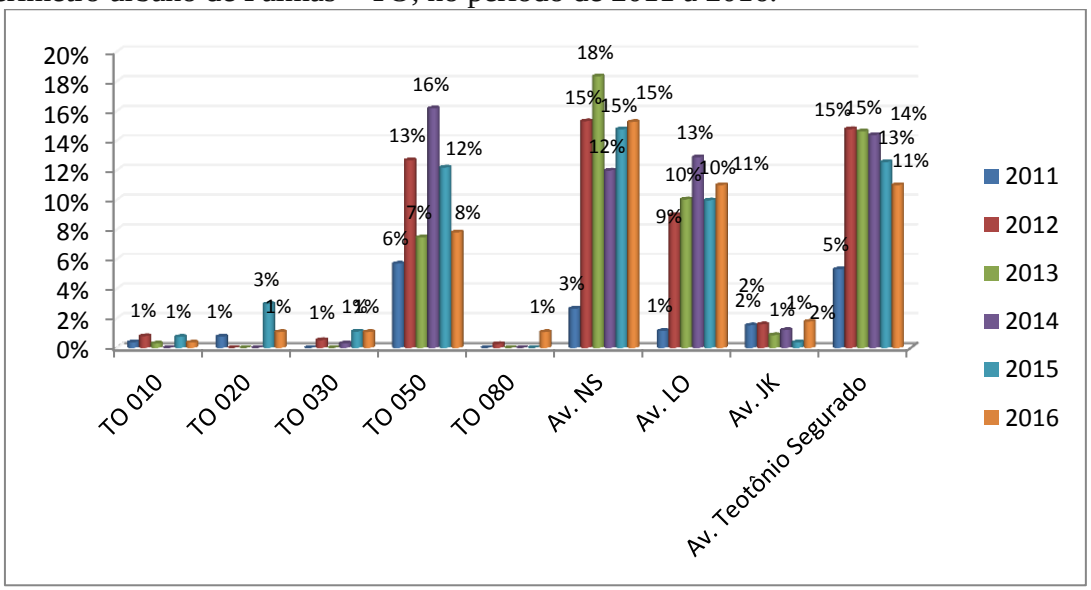
Considerando apenas os acidentes com vítimas fatais, as três principais condutas de risco são mantidas, sendo a perda de controle do veículo (19,31%), converter ou cruzar sem dar a preferência (11,59%), não possuir carteira de habilitação ou a mesma vencida (9,87%). Porém há o crescimento da conduta de risco contramão de direção, encontrada em 9,44% desses acidentes.

Foram encontrados 10,84% de comprometimento do gerenciamento do trauma no atendimento pré-hospitalar; em 2,22% dos acidentes com motociclistas com vítimas graves e fatais houve não utilização ou houve o uso incorreto do capacete; e a não utilização do cinto de segurança foi encontrado em 1,49% dos acidentes. Objetos laterais na via foram responsáveis pelo agravamento das lesões em 1,29% dos acidentes.

Em relação ao georreferenciamento dos acidentes, as principais vias de tráfego de maior ocorrência dos acidentes com vítimas graves e fatais durante este período (2011 a 2016) em Palmas - TO foram as Avenidas NS (13,41%), Avenida Teotônio Segurado (12,51%), o perímetro urbano da rodovia TO 050 (11,07%) e Avenidas LO (9,21%). As regiões dos Aurenys e Taquaralto também concentraram uma grande parcela dos acidentes, 12,19% e 9,15% respectivamente. Nessas regiões, em alguns casos, não foi possível identificar o local exato dos acidentes onde muitos foram classificados como interior de quadras comerciais e residenciais ou não informados.

Estas categorias corresponderam, respectivamente, a 15,91% e 14,48% de todos os acidentes graves e fatais analisados. O cenário se modifica quando analisamos somente os acidentes fatais, onde as vias que oferecem o desenvolvimento de velocidade passam a representar maior perigo, uma vez que a velocidade excessiva ou inadequada é um dos principais fatores de agravamento das lesões em um acidente de trânsito, elevando potencialmente o risco de lesões e morte. Assim, as vias com o maior índice de acidentes de trânsito com vítimas fatais são o perímetro urbano da rodovia TO 050 (30,47%), Av. Teotônio Segurado (118,45%), Avenidas NS (11,16%), Avenidas LO (6,44%).

Figura 4 – Georreferenciamento dos locais de ocorrência dos acidentes graves e fatais no perímetro urbano de Palmas – TO, no período de 2011 a 2016.



Fonte: Comissão de Gestão da Informação do Programa Vida no Trânsito de Palmas – TO (2017)

O trecho de perímetro urbano da rodovia TO-050 foi o local dos acidentes com vítimas fatais em 54,16% das ocorrências no ano de 2014, 31,25% no ano de 2015 e 23,07% em 2016.

DISCUSSÃO

O crescimento populacional em Palmas atingiu a média de 18,92% nos anos que se seguiram à implantação do PVT, valor bem maior que a média nacional de 7,12% para o mesmo período (IBGE, 2017). O crescimento da frota de veículos total em

Palmas foi de 42,41%, também superior ao crescimento nacional de 33,06%. Destes, os automóveis tiveram uma taxa de crescimento de 42,9%, enquanto que as motocicletas cresceram 35,45%. Em 2011 o número de habitantes por veículo era de 1,96, já em 2016 esta relação caiu para 1,73 habitantes por veículo (DENATRAN, 2017).

Os fatores de risco identificados de forma unânime em todas as cidades brasileiras são a velocidade excessiva ou inadequada e o consumo de álcool, e representam um risco de lesão e mortes de maior magnitude (BRASIL, 2015). Os fatores de risco são dinâmicos, podendo variar de acordo com as políticas e estratégias utilizadas no município em questão.

Foi observado variação significativa nos fatores de risco ao longo dos anos de análise e intervenção do PVT em Palmas. Isso porque, neste período, foram realizadas mudanças estruturais nas vias como reestruturação ou duplicação, sinalização vertical e horizontal, redutores de velocidade e instalação de radares nos principais pontos do georreferenciamento que identificavam a velocidade como principal fator de risco contributivo para o acidente (SEMUS, 2016). Outro fator foi a melhoria da captação de dados pela CGDI, aumentando a expressividade dos fatores de risco envolvidos no acidente; a disponibilidade ou falta de teste de alcoolemia no IML; intensificação ou ausência de fiscalização por parte da segurança pública municipal e estadual sobre o consumo de álcool associado à direção.

A variação mais expressiva foi nos dois principais e mais preocupantes fatores: velocidade e consumo de álcool, principalmente nos acidentes com vítimas fatais, pois agravam potencialmente as lesões.

As intervenções nos fatores de risco consumo de álcool associado à direção, citado anteriormente e velocidade excessiva ou inadequada foram essenciais para a redução dos acidentes com vítimas fatais no perímetro urbano de Palmas neste período, onde mesmo com a ampliação do perímetro considerado urbano obteve-se redução das taxas de mortalidade (Figura 2).

Os fatores que influenciam na gravidade das lesões foram a não utilização ou uso incorreto de equipamentos de proteção individual, objetos laterais à via e fatores referentes ao gerenciamento das lesões (BRASIL, 2015).

Acompanhando a mudança nos fatores de risco, o georreferenciamento dos acidentes também sofreu variações anuais conforme os condutores reagiam às mudanças implementadas, principalmente no fator de risco velocidade, consumo de álcool e infraestrutura.

A redução ocorreu devido ao combate estratégico do fator de risco velocidade em 2015 onde, após análise dos acidentes que vinham ocorrendo realizada pela CGDI, era o principal contribuinte para os acidentes nesta via. No fim do primeiro semestre de 2015 foram instalados radares e redutores de velocidade nos pontos em que eram predominantes os acidentes envolvendo este fator de risco, e o resultado foi que não ocorreram mais acidentes com vítimas fatais no trecho de perímetro urbano da rodovia TO-050 no restante do ano de 2015, havendo 1 óbito na marginal da rodovia, sem envolver o fator de risco velocidade (SEMUS, 2016). Em 2016 o combate deste fator de risco continuou com a instalação de radares nos pontos estratégicos de outras vias identificados pela CGDI, nas avenidas NS e LO, contribuindo para a redução geral no número de óbitos (SEMUS, 2017).

Ainda em 2015 houve uma articulação bem sucedida para a efetivação de blitzes "Lei seca" com manutenção da frequência das operações e campanhas educacionais no município, percebendo-se o início do desenvolvimento de uma cultura de respeito à lei seca (SEMUS, 2016). Porém, a descontinuidade das ações de fiscalização relacionadas ao consumo de álcool no ano seguinte refletiu nas estatísticas de mortalidade com o aumento na identificação de condutores alcoolizados nos acidentes com vítimas graves e fatais no ano de 2016, sendo 28% contra 23% no ano de 2015 (Figura 2). Esta diferença pode ser maior, pois em 2016 não foram realizados testes de alcoolemia pelo IML na maioria dos corpos por falta de insumos e articulação.

É importante destacar a ampliação das vias consideradas perímetro urbano de Palmas pela CGDI a partir do ano de 2015, uma vez que o fluxo de veículos aumentou e se expandiu juntamente com o avanço da cidade para áreas em torno das rodovias TO-010, TO-030 e TO-080. Para esta demarcação de limites de quilometragem também é considerado o perímetro onde a prefeitura de Palmas possui autonomia para realizar as intervenções necessárias nas vias, submetendo-se aos limites estaduais e federais, uma vez que o PVT concentrava-se apenas em Palmas até o ano de 2016. Desde sua

ampliação em 2015, o perímetro considerado urbano para análise é: TO-010 (Km 0 – 5), TO-020 (Km 0 – 13), TO-030 (Km 0 – 18), TO-050 (Km 0 – 21), TO-080 (Km 0 – 9) (SEMUS, 2016).

Em Palmas observa-se a cultura do respeito dos motociclistas para a utilização do capacete, porém não é possível definir se esta utilização é feita corretamente, segundo Resolução nº 453/13 do CONTRAN, ou seja, devidamente afixado na cabeça, afivelado, com a viseira abaixada, dentro do prazo de validade e em boas condições de uso (CONTRAN, 2013). A dificuldade de obtenção dessa informação se dá pela fonte de informação da ocorrência do acidente, uma vez que no atendimento não é observado o prazo de validade do capacete, muitas vezes o mesmo já foi retirado da vítima por populares no local ou pela própria vítima, impossibilitando analisar se o capacete saiu da cabeça da vítima evidenciando seu uso não afivelado. As informações aqui detalhadas são provenientes de acidentes que continham informações sobre o uso do capacete.

A OMS (2012b) considera que as lesões causadas pelo trânsito constituem um grave problema de saúde pública e uma das principais causas de mortes e lesões em todo o mundo. Estima-se que a cada ano, cerca de 1,2 milhão de pessoas morrem e outras 50 milhões sejam feridas, podendo ficar incapacitadas em consequência de acidentes de trânsito. Tal situação representa uma sobrecarga nos serviços públicos de saúde, previdenciários e na economia do país, além de provocar custos sociais para indivíduos, famílias e comunidades. Toda pessoa morta, ferida ou incapacitada em um acidente de trânsito é parte de uma rede de outros indivíduos, como familiares e amigos, que são também profundamente afetados, tornando impossível estabelecer um custo social global dos acidentes e lesões causadas pelo trânsito (OMS, 2012a).

O número de incapacitados por acidentes de trânsito tem aumentado significativamente. Entre as explicações para esse fenômeno observa-se um maior número de acidentes entre jovens que apresentam melhores condições de saúde para sobreviver aos acidentes graves, maior velocidade dos veículos e avanços nas técnicas médicas (MARIN; QUEIROZ, 2000). Os acidentes de trânsito tem maior impacto sobre os mais vulneráveis e os setores mais pobres da sociedade. As pessoas pobres, que compõem a maioria das vítimas, têm acesso limitado aos atendimentos emergenciais

após os acidentes e não têm apoio permanente nos casos de lesões de longa duração (OMS, 2012a).

As grandes transformações socioeconômicas ocorridas no Brasil nas últimas décadas incluem o desenvolvimento da indústria automobilística a partir da década de 60 e o maior acesso a este bem de consumo, geraram efeitos transformadores nas áreas urbanas e sociais. O crescimento desordenado das cidades característico de países em desenvolvimento, sem infraestrutura adequada, com políticas que priorizaram o transporte rodoviário em detrimento de outras modalidades de transporte associada à qualidade insatisfatória dos transportes coletivos, refletem centros urbanos cada vez maiores cujos meios de transportes individuais são mais atrativos para a população (ANJOS et al, 2007; VASCONCELLOS, 2013; BRASIL, 2015).

A motocicleta tornou-se o meio de transporte individual mais popular do Brasil por sua versatilidade, baixo custo de aquisição e conveniência pessoal (MARTINEZ FILHO, 2006). Outro motivo é sua vantagem econômica em relação ao custo de usar o transporte coletivo. Dados do sistema de informações da mobilidade da ANTP (2010) mostram que o custo em combustível para fazer uma viagem de sete quilômetros na motocicleta em cidades médias e grandes do Brasil corresponde a um terço da tarifa de ônibus.

Entretanto, a forma de condução e a vulnerabilidade do condutor e passageiro contribuíram para o aumento dos acidentes envolvendo motociclistas, principalmente jovens do sexo masculino. Cenário igualmente encontrado em Palmas – TO, onde as vítimas são predominantemente do sexo masculino e com idade entre 18 e 30 anos. Considerando a diferença entre as frotas de motocicletas e automóveis e a diferença de severidade nos acidentes (probabilidade do acidente gerar vítimas), a periculosidade relativa de ferimento ou morte de motociclistas é 15 vezes superior à dos usuários de automóvel. Essa nova condição é um processo irreversível de mudança de composição de frota e o desafio é garantir a segurança dos usuários. (MARTINEZ FILHO, 2006; VASCONCELLOS, 2013; CGDI, 2017).

O Relatório mundial sobre prevenção de lesões causadas pelo trânsito, lançado em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial mostra que a introdução e o controle de limites de velocidade apropriados, a implantação de uma

infraestrutura mais segura, a fiscalização das leis sobre os limites de concentração de álcool no sangue e as melhorias na segurança dos veículos, são medidas que se mostraram eficazes. Ainda, segundo o relatório, a redução no número de lesões causadas pelo trânsito pode contribuir para que se atinjam as Metas de Desenvolvimento do Milênio, que almejam cortar pela metade a pobreza extrema e reduzir significativamente a mortalidade infantil.

A concepção da causalidade dos acidentes de trânsito é a de que as lesões e mortes causadas pelo trânsito são uma fatalidade e que as principais causas estão relacionadas a condutas inadequadas dos condutores. O próprio termo "acidente" dá a impressão de inevitabilidade e imprevisibilidade, enquanto que os acidentes de trânsito são eventos passíveis de análise racional e ação corretiva (BRASIL, 2015; OMS, 2012a). Para a OMS (2004) as lesões causadas pelo trânsito são um problema provocado pelo ser humano que podem ser previstas e prevenidas por intervenções de segurança através de uma análise racional dos fatores de risco envolvidos, fundamentais para subsidiar intervenções que previnam os acidentes, bem como suas consequências, que são as lesões e as mortes.

Os determinantes dos acidentes de trânsito e de suas consequências não podem ser reduzidos ao comportamento humano. São resultantes de um conjunto de determinantes sociais dispostos de forma hierárquica: distal, intermediária e proximal, segundo o Modelo de determinação social do processo saúde doença proposto por Dalgreen e Hitehead (1992) e adaptado por Paulo Buss et al. (2007) (apud BRASIL, 2015, p. 12).

A nível distal podem ser relacionadas às políticas de desenvolvimento econômico que priorizam os deslocamentos individuais em detrimento dos deslocamentos por meio de transporte público, que são operacionalizadas por meio dos incentivos à produção de veículos particulares e motocicletas; políticas de uso do solo que influenciam nas distâncias a serem percorridas pela população e nos modais de transporte; planejamento da infraestrutura viária e organização do tráfego, de forma a promover uma combinação entre alta velocidade e usuários vulneráveis (WHO, 2004). Em Palmas observa-se a tendência de não utilização dos espaços públicos por pedestres e ciclistas, resultado do próprio planejamento urbano da cidade, cuja divisão e ocupação das áreas urbanas

resultam em grandes distâncias entre os intervalos residenciais e comerciais, e vias conectadas por rotatórias sem espaço para circulação de pedestres ou mesmo bicicletas.

O nível intermediário pode ser relacionado às características do entorno, tais como problema de infraestrutura das vias, falta de equipamentos de segurança, deficiência na sinalização vertical e horizontal, fiscalização insuficiente. Tais problemas são totalmente gerenciáveis através do planejamento anual de gestão.

O nível proximal pode ser relacionado aos comportamentos e às condutas inadequadas dos usuários do trânsito, tais como dirigir em velocidade acima da permitida, dirigir após consumo de bebida alcoólica, não utilização dos equipamentos de segurança, utilização de aparelhos móveis de telefonia e outros distratores, bem como o seguimento das demais normas do Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (BRASIL, 2015).

A prevenção de lesões no trânsito precisa ser incorporada em uma ampla gama de atividades, tais como o desenvolvimento e a administração de infraestrutura viária, a fabricação de veículos mais seguros, o cumprimento das leis, o planejamento de mobilidade, a disponibilidade de serviços de saúde e de hospitais, serviços de atenção à criança e o planejamento urbano e ambiental. O enfrentamento do problema demanda o envolvimento e a interação não só das áreas empiricamente associadas à gestão do trânsito, requer a soma de esforços das áreas de saúde, educação, planejamento urbano, engenharia, fiscalização, justiça, comunicação social, entre outras – não apenas pela expertise específica de cada setor, mas pelo olhar que cada área empresta ao tema. É certo que o envolvimento de diferentes atores implica também em um maior esforço em administrar diferentes linguagens e formas de problematizar as questões. O setor saúde é um parceiro importante neste processo, cujo papel está em fortalecer a base de evidências científicas, proporcionar cuidados pré-hospitalares e hospitalares apropriados além da reabilitação, advogar e contribuir a favor da implementação e avaliação de intervenções (OPAS, 2011; OMS, 2012a).

O sucesso de qualquer ação voltada à prevenção – e não seria diferente no trânsito – está diretamente relacionada à qualidade da informação disponível sobre o objeto sobre o qual se deseja agir. Um dos grandes desafios para a sustentabilidade da produção dos dados qualificados através do Processo de Integração de Dados (PID) é o

apoio político por parte dos gestores locais dos setores envolvidos. A rotatividade dos integrantes das equipes de gestão de dados dos setores impede que seja organizada uma base de dados eletrônica e confiável em alguns setores, bem como dificulta o acesso às mesmas onde elas já existem. A própria rotatividade dos integrantes da CGDI do Programa Vida no Trânsito enfraquece as relações e articulações intersetoriais, que se perdem sem o apoio da gestão. Isto se aplica mais criticamente às interlocuções entre os níveis municipal e estadual, entre suas pastas e governos. Estas dificuldades também são encontradas em outras cidades brasileiras onde o PVT foi implantado (ABULATIF, 2018).

CONCLUSÃO

O perfil das vítimas dos acidentes de trânsito graves e fatais ocorridos no perímetro urbano de Palmas – TO no período de 2011 a 2016 foi: maioria das vítimas motociclistas, do sexo masculino e jovens em idade produtiva (18 – 30 anos), que se envolvem em acidentes de trânsito por assumirem alguma conduta de risco associada à velocidade inadequada ou embriaguez por parte de um dos condutores.

Compreender a dinâmica dos acidentes de trânsito no Brasil demanda uma análise histórica, política, comportamental, perpassando pela expertise de todos os setores envolvidos, assumindo as devidas responsabilidades de gestão. A segurança viária deveria ser uma questão central a ser discutida na política pública do país, por todo ônus que acarreta. Por isso, a vigilância, avaliação e monitoramento a partir de dados de qualificados são essenciais para convencer tomadores de decisão, políticos e gestores de que a segurança viária de fato é uma questão prioritária.

O trabalho realizado pelo Programa Vida no Trânsito em Palmas, através do Ministério da Saúde, mostrou-se estratégico para a articulação intersetorial, a movimentação do corpo técnico e gestores das pastas envolvidas, a manutenção e continuidade das ações, conferindo verdadeiro significado ao conceito de intersetorialidade. Principalmente, o trabalho da CGDI sumariza, analisa e fornece dados qualificados que sensibilizam os gestores baseando-se em evidências, subsidiando as políticas públicas no município para o enfrentamento das lesões e mortes causadas pelo trânsito.

A cidade de Palmas fornece condições estruturais favoráveis para o enfrentamento dos acidentes de trânsito, uma vez que possui estruturação dos serviços essenciais, sistema de captação e banco de dados, além de ser uma cidade planejada com população menor que outras capitais brasileiras, conta com o Conselho Municipal de Trânsito a partir de 2017, onde o trabalho técnico da CGDI ganhou maior visibilidade.

Uma mudança na cultura de segurança da gestão e da população não ocorre de forma abrupta nem imediata. A continuidade das ações e a priorização do trabalho intersetorial precisam ser mantidas com esforço mútuo da gestão e dos atores envolvidos, com o objetivo de minimizar a magnitude das lesões, o número de mortes, e as consequências sociais e econômicas que estas acarretam à população. A segurança e bem estar da população deve ser o foco de toda política pública.

REFERÊNCIAS

ABULATIF, L. I. Processo de Integração de Dados: um modelo de gestão da informação para múltiplas bases de dados de acidentes de trânsito no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v. 27, n. 2, 2018.

ANJOS et al. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do serviço social na emergência. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 15, n. 5, p. 262-266, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65715506>. Acesso em jul/2017

ANTP – Associação Nacional de Transportes Públicos. Proposta do Brasil para redução de acidentes e segurança viária, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Marina/Dropbox/Resid%C3%AAncia/TCR/Bibliografia/D%C3%A9cada_11-20_PropostaBrasil.pdf

ANTP – Associação Nacional de Transportes Públicos. Sistema de informações da mobilidade urbana. Relatório geral sobre a mobilidade urbana no Brasil, 2010. Disponível em: www.antp.org.br.

BRASIL. Conselho Nacional de Trânsito – CONTRAN. Resolução 453/2013. 2013. Disponível em : http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/Resolucao4532013.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 344 de 19/02/2002*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0344_19_02_2002.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/2001*. Diário Oficial da União, nº 96, SEÇÃO 1e, de 18/05/2001. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Port_737_polt_reducao_acid_morbimortalidade.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Vida no Trânsito* – Plano de Ação Componente Nacional. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Vida no Trânsito.* 2014. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/11512-projeto-vida-no-transito. Acesso em: jul/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Vida no Trânsito***.** Brasília, 2015.

CARDITA, J.; PIETRO, G. Estratégia de Proatividade e Parceria: um modelo de participação comunitária para abordar segurança no trânsito. *Global Road Safety Partnership*. Switzerland, 2010.

DATASUS. *Informações em Saúde.* Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet . Acesso em jul/2017.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARIN, L; QUEIROZ, M. S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-21, 2000.

MARTINEZ FILHO, A. Motocicletas: o conflito entre a agilidade e segurança. *Rev ABRAMET*, v. 48, p. 29-31, 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Prevenção de lesões causadas pelo trânsito. Manual de treinamento*. Brasília, DF, 2011.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre prevenção de lesões causadas pelo trânsito:* resumo. Brasília, DF, 2012 (A)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Sistema de dados:* um manual de segurança viária para gestores e profissionais da área. Brasília, DF: OPAS, 2012 (B).

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. *Projeto Vida no Trânsito* – Histórico, 2011. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2120:vida-no-transito-historico&Itemid=685. Acesso em: jul/2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. *Projeto Vida no Trânsito* – Vida no Trânsito: Intersetorialidade e Qualificação, 2011**.** Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2119:vida-no-transito-intersetorialidade-e-qualificacao&Itemid=685. Acesso em: jul/2017.

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Palmas - TO. *Relatório Programa Vida no Trânsito*, 2016.

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Palmas - TO. *Relatório Programa Vida no Trânsito*, 2017

WHO - World Health Organization. *World report on road traffic injury prevention*. Geneve: WHO, 2004

VASCONCELLOS, E. A. *Risco no trânsito, omissão e calamidade*: impactos do incentivo à motocicleta no brasil, São Paulo: Ed. do Autor, 2013. Disponível em: http://files-server.antp.org.br/_5dotSystem/download/dcmDocument/2013/08/29/0D2E1C9E-38D9-478A-A24D-BB121A3A295A.pdf. Acesso em: julho/2017

Hanseníase em menores de 15 anos no estado do Tocantins, Brasil, 2001-2012: padrões epidemiológicos e tendência temporal

Leprosy in children under 15 years of age in the state of Tocantins, Brazil, 2001-2012: epidemiological patterns and temporal trend

Autores e filiações:

Patrícia Rodrigues dos Santos[1]

Lorena Dias Monteiro[1]

1- Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins, Brasil

RESUMO

Introdução: O Tocantins é o estado mais hiperendêmico para hanseníase no Brasil. O objetivo do estudo foi descrever as características epidemiológicas e tendências temporais dos indicadores da hanseníase em menores de 15 anos de idade no Tocantins entre 2001-2012. Metodologia: Análise de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Incluíram-se casos novos menores de 15 anos residentes no estado. Calcularam-se os indicadores e analisaram-se as tendências temporais por meio da regressão *joinpoint*. Resultados: Houve registro de 1.225 casos em crianças, a média de idade foi de 10,8 anos, o sexo masculino predominou (52%). O modo de detecção por demanda espontânea prevaleceu (55,8%) e mais de 9% tinham alguma incapacidade física. A detecção em < de 15 anos foi significativamente crescente entre 2001 a 2008 (APC: 3,8%; IC 95%: 0,1 a 7,6) e apresentou declínio significativo entre 2008 a 2012 (APC: -9,4%, IC 95%: -17,2 a -0,8). Houve estabilidade para a detecção de casos com grau 2 (APC: 4,2%, IC 95%: -6,7 a 16,3), proporção de casos com grau 2 (APC: 4,1% IC 95%: -6,7 a 16,3), proporção de casos com grau 1 (APC=1,3%, IC 95%: -6,2 a 9,3), proporção de multibacilares (APC: 2,9%, IC 95%: -1,7 a 7,7) e a proporção de paucibacilares (APC: 2,9%, IC 95%: -1,7 a 7,7). Conclusão: A hanseníase permanece como um importante problema de saúde pública no Tocantins, com transmissão ativa e persistência de focos de transmissão. A estabilidade dos indicadores indica a permanência do diagnóstico tardio e as demandas represadas.

Palavras chaves: Hanseníase; Doenças Tropicais Negligenciadas; Epidemiologia; Crianças; Estudos de Séries Temporais.

ABSTRACT

Introduction: Tocantins is the most hyperendemic state for leprosy in Brazil. The objective of the study was to describe the epidemiological characteristics and temporal trends of leprosy indicators in children under 15 years of age in Tocantins between 2001 and 2012. Methodology: Data analysis of the Notification of Injury Information System (SINAN). New cases under the age of 15 have been included in the state. The indicators were calculated and the temporal trends were analyzed through the joinpoint regression. Results: There were 1,225 cases in children, mean age was 10.8 years, male predominated (52%). The mode of detection by spontaneous demand prevailed (55.8%) and more than 9% had some physical disability. Detection in <15 years was significantly increased between 2001 and 2008 (APC: 3.8%, 95% CI 0.1 to 7.6) and showed a significant decline between 2008 and 2012 (APC: -9.4%, 95% CI: -17.2 to -0.8). There was stability for the detection of cases with grade 2 (APC: 4.2%, 95% CI: -6.7 to 16.3), proportion of cases with grade 2 (APC: 4.1% CI 95% 6.7 to 16.3), proportion of cases with grade 1 (APC = 1.3%, 95% CI: -6.2 to 9.3), multibacillary ratio (APC: 2.9%, 95% CI %: -1.7 to 7.7) and the proportion of paucibacillary (APC: 2.9%, 95% CI: -1.7 to 7.7). Conclusion: Leprosy remains an important public health problem in Tocantins, with active transmission and persistence of transmission foci. The stability of the indicators indicates the permanence of the late diagnosis and the repressed demands.

Keywords: Leprosy; Neglected Tropical Diseases; Epidemiology; Children; Time series studies.

Introdução

Embora se tenha alcançado melhorias significativas no controle da hanseníase nas últimas décadas, a doença persiste como problema de saúde pública em vários países no mundo, inclusive no Brasil [1]. O coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos é utilizado para monitorar o controle da transmissão ativa da doença. Nesse sentido, a redução de casos em crianças é prioridade pelo programa de controle nacional, haja vista que a detecção de casos nesse grupo etário sinaliza focos de transmissão recentes em humanos [1,2]. No ano de 2016 foram registrados aproximadamente 211 mil casos novos de hanseníase no mundo. Aproximadamente 17% do total desses casos ocorreram nas Américas, sendo o Brasil responsável por 92%. A detecção geral no país foi de 12,2 casos novos por 100 mil habitantes[1]. Os coeficientes de detecção de hanseníase são hiperendêmicos em muitos estados das regiões Norte e Centro-Oeste [3,4].

Em 2016, o estado do Tocantins, localizado na região Norte do país, ocupou o primeiro lugar entre os estados brasileiros em casos novos da doença na população geral (88,6/100 mil hab.) e em menores de 15 anos de idade (21,7/ 100 mil hab.)[5]. Essa realidade aponta a magnitude e a força de transmissão da hanseníase no Tocantins. Alguns

estudos realizados vêm contribuindo para uma maior compreensão da epidemiologia da hanseníase nesse território[6,7,8]. Estudo recente mostrou que o coeficiente de detecção bruto em menores de 15 anos foi hiperendêmico (10,0 a 19,9 casos/100 mil habitantes) para 65,4% (91/139) dos municípios do Tocantins. Na análise bayesiana essa hiperendemicidade foi ainda mais extensiva para os municípios 85,6% (119/139)[4].

O fato do coeficiente de detecção de casos novos em crianças no Tocantins ser o mais elevado do país, sinaliza exposição precoce a *M. leprae*, transmissão recente e autóctone provenientes de fontes bacilíferas não diagnosticadas. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi descrever as características epidemiológicas e tendências temporais dos indicadores da hanseníase para menores de 15 anos de idade no Estado do Tocantins.

Métodos

Este estudo faz parte de um projeto da Universidade Federal do Ceará denominado INTEGRAHANS – NORTE/NORDESTE (CNPq/processo 404505/2012).

Área de estudo

O estado do Tocantins está localizado na região Norte do Brasil (Figura 1). É o mais novo estado do país, faz parte da Amazônia brasileira e possui uma vegetação predominantemente de cerrado. Extensão territorial de 277.622 km^2 e uma população estimada de 1,5 milhões de pessoas em 2016. Composto por 139 municípios, o estado está dividido em oito regiões de saúde formadas de acordo com os municípios, população e densidade demográfica para oferta de ações e serviços mínimos em cada território.

Figura 1- Localização do estado do Tocantins no Brasil e nas Américas

População e desenho de estudo

Trata-se de um estudo baseado em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram incluídos todos os casos novos de hanseníase menores de 15 anos de idade residentes no estado do Tocantins, no período de 2001 a 2012.

Fonte de dados

Os dados foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, provenientes das fichas de notificações compulsórias que consiste em um formulário padronizado com informações sócio demográficas e

clínicas preenchidas por profissionais de saúde. O banco de dados com todas as notificações nacionais foi obtido junto à Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação do Ministério da Saúde - CGHDE-MS**.** Foram excluídos os registros com erro de diagnóstico, duplicidades, município ignorado e casos residentes em outros estados. Os dados populacionais foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base em dados dos censos da população do estado (2010) e estimativas populacionais para os anos intercensitários, (2001-2009 e 2011-2012) [9].

Análise dos dados

Para análise descritiva foram selecionadas as variáveis segundo registros de casos por ano. Descreveram-se as características sócio demográficas, clínicas e epidemiológicas dos casos registrados no período de estudo, segundo as variáveis: sexo, anos de estudo, zona de residência e raça/cor, modo de detecção dos casos, número de lesões cutâneas, número de nervos acometidos, classificação operacional, forma clínica, baciloscopia e episódios reacionais. Os indicadores selecionados foram aqueles preconizados pelo programa nacional para avaliação e monitoramento da hanseníase: Coeficiente de detecção em menores de 15 anos de idade (indica a transmissão ativa da doença); proporção de casos multibacilares (indica diagnóstico tardio); proporção de casos paucibacilares (indica diagnóstico precoce) e proporção de casos novos com grau 1 e 2 de incapacidade entre todos os casos novos detectados durante o ano, os quais são aplicados para avaliar o atraso no diagnóstico como um indicador de qualidade de atividades de detecção de casos [1, 10] .

Para a análise da tendência da hanseníase em menores de 15 anos, os coeficientes de detecção foram calculados a partir das estimativas populacionais do IBGE para os anos do estudo. Foram utilizadas como unidade geográfica de análise o estado do Tocantins. A análise das tendências temporais para o período dos 12 anos de observação foi realizada através do modelo de regressão *joinpoint*. O objetivo desta análise foi identificar uma mudança significativa na tendência linear (em uma escala log) durante o período de estudo [11]. Foi considerado o ano de ocorrência como variável independente e, como variáveis dependentes, os indicadores da hanseníase selecionados. A análise começou com o número mínimo de *joinpoints* (por exemplo, 0 *joinpoints*; que é uma linha reta) e em seguida testou-se um ou mais *joinpoints* para verificar se eram significativos e se com isso seriam inclusos no modelo. Nesse teste chegou-se em até 1 *joinpoint*. Cada *joinpoint* significativo, que indicou uma mudança na inclinação, foi retido no modelo final. Para

descrever as tendências lineares por período, a *Annual Percent Change (APC)* foi calculada para cada uma dessas tendências com uma linha de regressão ajustada para o logaritmo natural dos indicadores. Nos casos em que foram identificadas mais de uma inclinação, também foi calculada a média da *Average Annual Percent Change (AAPC)* ao longo de todo o período (quando disponível), com base em um modelo *joinpoint* subjacente. A AAPC foi estimada como a média geométrica ponderada das APCs, com os pesos iguais ao comprimento de cada segmento no intervalo de tempo [11,12]. Um aumento nos indicadores foi considerado quando a tendência foi de crescimento e o valor mínimo do intervalo de confiança foi maior do que 0 (zero). Inversamente, uma redução foi considerada quando houve um declínio na tendência e o valor máximo do intervalo de confiança foi abaixo de 0 (zero). Uma estabilidade foi definida quando o intervalo de confiança incluiu zero. As análises de regressão *joinpoint* foram realizadas utilizando-se o Programa de Regressão *Joinpoint* versão 4.1.0 (*US National Cancer Institute, Bethesda, MD, USA*). Os cálculos dos indicadores bem como a elaboração das tabelas e figuras foram feitos em planilhas do Microsoft Excel.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (parecer nº 544.962 de 28/02/2014).

Resultados

Entre os 14.532 casos novos de hanseníase registrados no Tocantins entre 2001 e 2012, um total de 1.225 (8,4%) ocorreu em menores de 15 anos de idade. A média de idade dos casos <15 anos foi de 10,8 anos, tendo a idade mínima de 2,2 anos e a máxima de 14,9 anos, mediana 11,32, desvio padrão ± 2,9. O sexo masculino (52%) predominou. Teve mais crianças com 5 a 8 anos de estudo (44,5%) e residentes na zona urbana (82,4%). O modo de detecção por demanda espontânea (55,8%) e casos paucibacilares (75,8%) predominaram. Mais de 9% tinham alguma incapacidade física (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica, clínica e epidemiológica de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade no estado do, Tocantins, Brasil, 2001-2012.

Variáveis	N (1.225)	%
Sexo		
Masculino	637	52,0
Feminino	588	48,0

Faixa Etária		
< 4 anos	19	1,6
4 anos	29	2,4
5 anos	45	3,7
6 anos	52	4,2
7 anos	82	6,7
8 anos	93	7,6
9 anos	109	8,9
10 anos	114	9,3
11 anos	136	11,1
12 anos	144	11,8
13 anos	174	14,2
14 anos	228	18,6
Raça		
Parda	794	64,8
Branca	207	16,9
Preta	174	14,2
Amarela	19	1,5
Indígena	13	1,1
Não informada	18	1,5
Zona de residência		
Urbana	1.009	82,4
Rural	176	14,4
Não informada	40	3,3
Modo de detecção		
Encaminhamento	288	23,5
Demanda espontânea	684	55,8
Exame de coletividade	25	2,0
Exame de contatos	217	17,8
Outros	11	0,9
Classificação Operacional		
Paucibacilar	929	75,8
Multibacilar	296	24,2
Formas Clínicas		
Indeterminada	608	49,6
Tuberculoide	317	25,9

Dimorfa	210	17,2
Virchowiana	64	5,2
Não informada/ Não classificada	26	2,1
Episódios reacionais hansênicos*		
Sem episódio reacional	739	60,3
Com episódio reacional	62	5,1
Não informado	424	34,6
Lesões nervosas*		
≤ 1	52	4,2
≥ 2	73	5,9
Lesões cutâneas*		
≤ 5	925	75,5
≥ 5	233	19,0
Grau de incapacidade física no diagnóstico		
Grau 0	932	76,1
Grau 1	97	7,9
Grau 2	20	1,6
Não avaliados	176	14,4

***** Dados não disponíveis para todos os casos

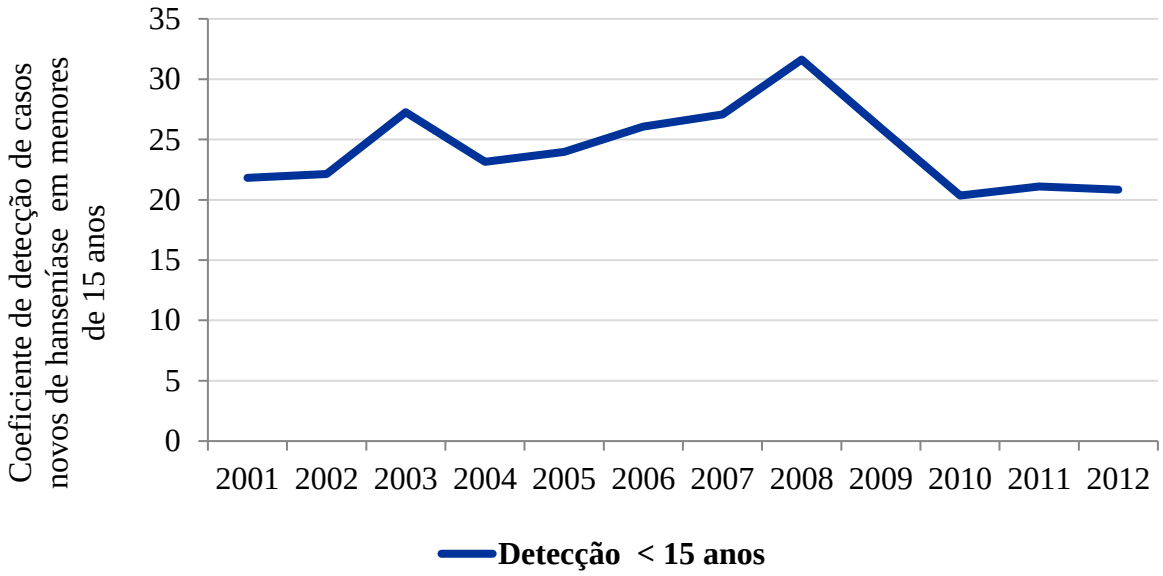
Na análise de tendência temporal, o coeficiente de detecção de casos em menores de 15 anos apresentou aumento significativo de 3,8% entre 2001 a 2008, mas no período entre 2008 a 2012 houve queda significativa de 9,4%. No período total (2001-2012) apresentou tendência de estabilidade. Os demais indicadores avaliados mantiveram-se estáveis no período de avaliação da série histórica (Tabela 2; Figura 2).

Tabela 2 - Tendência dos indicadores de hanseníase em menores de 15 anos de idade segundo análise de regressão *joinpoint* no estado do Tocantins, Brasil, 2001-2012.

Indicador	**Variação Percentual Anual (APC)**			**Média da Variação Percentual Anual (AAPC)**		
Tocantins	**Período**	**APC**	**IC (95%)**	**Período Total**	**AAPC**	**IC (95%)**
Detecção < 15 anos/100.000 hab.	2001-2008	3,8*	0,1 a 7,6	2001-2012	-1,2	-1,2 a -4,4
	2008-2012	-9,4*	-17,2 a -0,8			

% Multibacilares	2001-2012	2,9	-1,7 a 7,7	2001-2012	2,9	-1,7 a 7,7
% Paucibacilares	2001-2012	-1,1	-2,4 a 0,2	2001-2012	-1,1	-2,4-0,2
% Grau 1	2001-2012	1,3	-6,2 a 9,3	2001-2012	1,3	-6,2 a 9,3
% de casos com grau 2	2001-2012	4,1	-6,7 a 16,3	2001-2012	4,1	-6,7 a 16,3
Grau 2/100.000 hab.	2001-2012	4,2	-6,7 a 16,3	2001-2012	4,2	-6,7 a 16,3

Figura 2 – Tendência da detecção de casos novos de hanseníase (por 100.000 habitantes) em menores de 15 anos de idade no estado do Tocantins, Brasil, 2001-2012**.**



Discussão

Nesse estudo, os coeficientes de detecção para menores de 15 anos de idade apontaram uma persistência da doença com transmissão ativa e contínua em situação de hiperendemicidade no estado do Tocantins. Os dados clínicos sobre o diagnóstico tardio, casos multibacilares, com episódios reacionais e incapacidades físicas denunciam diagnóstico tardio em crianças.

A predominância do sexo masculino e da cor parda manteve características similares a dos adultos [13,14,15]. Não houve diferença proporcional importante entre gêneros. Contudo, a predominância de casos paucibacilares encontrados traça um perfil oposto ao dos adultos, recorrentemente de maioria multibacilar nos estudos epidemiológicos [15,16,17]. Embora o acometimento de crianças seja mais comum nas formas clínicas iniciais devido ao período de exposição e incubação, essas também foram

diagnosticadas nas formas clínicas tardias (dimorfa e virchowiana), reportando o atraso no diagnóstico pelos serviços de saúde assim como em outros cenários [18,19]. O fato de crianças terem apresentado deformidades físicas visíveis no momento do diagnóstico mostra a pior gravidade da doença, isso pode ser explicado porque na infância há maior dificuldade diagnóstica, consequentemente, aumentam-se as chances de evolução para complicações e deformidades. O diagnóstico precoce da hanseníase em menores de 15 anos de idade se faz urgente para a prevenção de deformidades físicas, cujas repercussões são ainda mais catastróficas na vida dessas pessoas [15,20,21].

A detecção de casos em crianças com ≤ 6 anos de idade encontradas neste estudo não pode ser banalizada, uma vez que atingiu quase 12% dos casos, o que representa uma evidência da transmissão ativa e autóctone de *M. leprae,* ou seja, proveniente da exposição intensa ao agente no âmbito domiciliar. O adoecimento de crianças por hanseníase está fortemente relacionado com focos ativos de bacilos dentro da comunidade, mais precisamente no seio familiar. A avaliação de contatos é, portanto, a barreira primordial a ser adotada [20]. Há evidências reportando que o contato familiar é responsável por 95% do adoecimento em crianças [18]. A doença presente em idade tão precoce também indica falhas no programa de controle para a detecção oportuna de casos novos por meio da avaliação de contatos e tratamento imediato, o que de fato pode impactar na quebra da cadeia de transmissão [18,22]. O fato de o modo de detecção dos casos em crianças ter sido quase 80% de maneira passiva (demanda espontânea e encaminhamento) aponta a fragilidade operacional da vigilância do agravo. Aproximadamente 20% das crianças foram detectadas por busca ativa (exame de coletividade e exame de contatos). Isso explica a ocorrência de diagnóstico tardio nesse grupo. A agilidade no diagnóstico da hanseníase se faz necessária num território com boa cobertura de serviços de saúde [7].

O esgotamento de fontes de infecção só é possível por meio de vigilância ativa na comunidade e nos domicílios. É reconhecido na literatura que o risco de uma pessoa desenvolver a hanseníase é nove vezes maior entre os contatos domiciliares e até quatro vezes maior entre os contatos com os vizinhos[23]. Considerando-se o mesmo agregado familiar, a incidência é mais alta entre os parentes de sangue de uma família nuclear, em comparação com os outros parentes, isso demonstra o componente de predisposição genética, que tem sido amplamente relatado na literatura [18,24]. Há ainda estudo apontando crianças como mais suscetíveis a doença que outros membros da família [25]. Por outro lado, os dados mostram que o adoecimento das crianças foi proporcionalmente crescente

a cada ano de vida corroborando com a literatura, e isso ocorre devido uma maior exposição ao bacilo e tempo normalmente suficiente para incubação e manifestação clínica da doença, podendo ser fonte doméstica ou comunitária [20,21]. Ressalte-se que em áreas hiperendêmicas a prevalência da doença não diagnosticada pode chegar de 2 a 8 vezes mais que a prevalência registrada e consequentemente um risco aumentado da infecção para a população [20].

Recentemente, o diagnóstico da doença por meio de campanhas foi associado com o diagnóstico tardio no território tocantinense, e isso mostra a importância de se realizar esta estratégia para a busca de demandas represadas, especialmente em áreas de grande extensão, com foco em grupos de maior risco e populações sócio-economicamente desfavorecidas [8,16]. A busca ativa de casos é uma ferramenta importante para o controle da hanseníase em áreas hiperendêmicas. Nesse sentido, as visitas domiciliares devem ser rotineiramente aplicadas como uma oportunidade para examinar os membros dessas comunidades a fim de promover o diagnóstico precoce, o tratamento, prevenção de deformidades, interromper a cadeia de transmissão e o estigma da doença [25,26].

Padrões desiguais na tendência espaço temporal dos indicadores da hanseníase foram descritos para o estado do Tocantins em alguns estudos, os quais foram relacionados por questões como cobertura de serviços de saúde, fronteiras com estados hiperendêmicos, migração, vulnerabilidade social da doença e urbanização [3,6,7,8,27]. Em um desses estudos foram identificados padrões espaciais para a detecção de casos em menores de 15 anos de idade por meio da análise bayesiana empírica local a qual verificou mais de 90% dos municípios do Tocantins como hiperendêmicos[4]. Esses achados corroboram com nossa análise de tendência por regressão J*oinpoint*, visto que há tendência de estabilidade para todos os indicadores avaliados em menores de 15 anos refletindo a alta vulnerabilidade em áreas de maior risco para doença. A carga da hanseníase no Tocantins permanecerá por muitos anos devido aos determinantes que favorecem a hiperendemicidade[3,6,8]. O fato de ser o estado com a maior carga de detecção de casos em crianças retrata a gravidade epidemiológica e a necessidade de fortalecimento dos programas de controle. A queda brusca no coeficiente de detecção em criança a partir de 2008 no Tocantins não reflete uma queda real, isso não é possível para uma doença crônica e com longo período de incubação. Isso retrata a incapacidade na manutenção e intensificação das ações de controle a partir de 2008. Uma queda significativa no coeficiente de detecção para hanseníase só é real quando ocorre lentamente ao longo dos anos com medidas de controle contínuas [28,29,30]. Um outro estudo com padrão espacial

utilizando dados sorológicos obtidos por meio de testes de alunos no estado do Pará, constatou que as crianças com uma alta concentração sorológica de anti-PGL-I (doença subclínica) ou com diagnóstico da doença estavam na proximidade de aglomerados espaço-temporal de casos de hanseníase e isso evidencia as vulnerabilidades e a necessidade de enfrentamento nas áreas de maior risco [20].

Diante dos desafios remanescentes para o controle da doença em diversas regiões no mundo, a OMS lançou recentemente a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 com o compromisso de acelerar as ações para um mundo sem hanseníase. Um dos seus pilares é a ênfase especial para crianças como maneira de diminuir as incapacidades e reduzir a transmissão em áreas de maior risco[1].

Por fim, a interpretação dos nossos resultados deve levar em consideração que esse estudo pode apresentar limitações decorrentes da utilização de dados secundários. Para minimizar erros, lacunas e inconsistências, o banco de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) nacional foi confrontado com os dados do banco do SINAN estadual disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, fortalecendo a base de evidências desse estudo, por garantir melhor qualidade das informações. Ressalte-se que a avaliação da completude do preenchimento das informações do banco de dados foi de boa qualidade para todas variáveis preenchidas incluídas na análise estatística. As informações sobre a cor da pele não são padronizadas no Brasil e a interpretação dessa variável é limitada por ser autorreferida e com provável viés de relato.

Apesar das limitações mencionadas, os resultados mostraram consistência interna e coerência com conhecimentos existentes sobre a hanseníase, além de serem altamente representativos, já que incluíram todas as notificações de casos de crianças menores de 15 anos residentes no estado do Tocantins, mesmo quando notificados em outras unidades federativas durante o período de 2001 a 2012.

Considerações finais

A hanseníase permanece como um importante problema de saúde pública no Estado do Tocantins, com transmissão ativa e persistência de focos de transmissão. A estabilidade dos indicadores de casos multibacilares, proporção de grau 2 e detecção de casos com grau 2 ao longo do tempo, indicam a permanência do diagnóstico tardio e as demandas represadas. O programa de controle da hanseníase do estado deve se concentrar e promover atividades de controle sustentáveis com foco na vigilância ativa por meio de exames de contatos, campanhas em massa e outros exames coletivos.

Referências

1. WHO. Global leprosy strategy: accelerating towards a leprosy-free world. ORGANIZATION, W. H. South-East Asia 2016.

2. LEWIS, P. A.; MANZONI, C. LRRK2 and Human Disease: A Complicated Question or a Question of Complexes? Sci Signal, v. 5, n. 207, p. pe2, 2012. ISSN 1937-9145

3. ALENCAR, C. H. et al. Clusters of leprosy transmission and of late diagnosis in a highly endemic area in Brazil: focus on different spatial analysis approaches. Trop Med Int Health, 2012. ISSN 1365-3156 (Electronic).

4. MONTEIRO, L. D. et al. Spatial patterns of leprosy in a hyperendemic state in Northern Brazil, 2001-2012. Rev Saúde Pública, v. 49, p. 0-0, 2015.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Situação epidemiológica - dados. Disponível em:<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/11/Tabela%20Geral_12016.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2017.

6. MURTO, Christine et al. Migration among individuals with leprosy: a population-based study in Central Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 30, n. 3, p. 487-501, 2014.

7. MONTEIRO, L. D. et al. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012. Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 971-980, 2015.

8. MONTEIRO, Lorena Dias et al. Social determinants of leprosy in a hyperendemic State in North Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 51, 2017.

9. IBGE. Estados@: Tocantins. 2015. Disponível em: <http://ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=to>. Acesso em: 28 de agosto de 2017.

10. BRASIL. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. TRANSMISSÍVEIS, D. D. V. D. D. Brasília - DF: 58 p. 2016.

11. KIM, H. J. et al. Permutation tests for joinpoint regression with application to cancer rates. Stat. Med; v. 19, n. 3, p. 335-351, 2000.

12. CLEGG, L. X. et al. Estimating average annual per cent change in the in-trend analysis. Stat. Med; v. 28, n. 29, p. 3670-3682, 2009.

13. IMBIRIBA, E. N. et al. Social inequality, urban growth and leprosy in Manaus: a spatial approach. Rev Saúde Pública, v. 43, n. 4, p. 656-65, Aug 2009.

14. MOSCHIONI, C. et al. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. Rev Socied Bras Med Trop, v. 43, n. 1, p. 19-22, 2010. ISSN 0037-8682

15. MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no norte do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 5, p. 909-920, 2013.

16. MONTEIRO, D. L. Epidemiologia, distribuição espacial e fatores associados à ocorrência da hanseníase e do desenvolvimento de incapacidades físicas no estado do Tocantins, 2001 a 2012. 2015. 104 Doutorado (Doutorado). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - CE.

17. MONTEIRO, L. D. et al. Physical disabilities at diagnosis of leprosy in a hyperendemic area of Brazil: trends and associated factors. Lepr Rev, v. 86, p. 240-250, 2015.

18. JAIN, S. et al. Childhood leprosy in an urban clinic, Hyderabad, India: clinical presentation and the role of household contacts. Lepr Rev, v. 73, n. 3, p. 248-53, 2002.

19. SANTOS, S. D. et al. Leprosy in children and adolescents under 15 years old in an urban centre in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz, n. AHEAD, p. 0-0, 2016.

20. BARRETO, J. G. et al. Spatial analysis spotlighting early childhood leprosy transmission in a hyperendemic municipality of the Brazilian Amazon region. PLoS Negl Trop Dis, v. 8, n. 2, p. e2665, 2014.

21. OLIVEIRA, M. B. B. D.; DINIZ, L. M. Leprosy among children under 15 years of age: literature review. An Bras Dermatol, v. 91, n. 2, p. 196-203, 2016.

22. EZENDUKA, C. et al. Cost-effectiveness analysis of three leprosy case detection methods in Northern Nigeria. PLoS Negl Trop Dis, v. 6, n. 9, p. e1818, 2012.

23. VAN BEERS, S. M.; HATTA, M.; KLATSER, P. R. Patient Contact is the Major Determinant in Incident Leprosy: Implications for Future Control. Internat Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases, v. 67, n. 2, p. 119, 1999.

24. DURÃES, S. M. B. et al. Epidemiologic study of 107 cases of families with leprosy in Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil. An Bras Dermatol, v. 85, n. 3, p. 339-345, 2010.

25. ROMERO-MONTOYA, I. M. et al. Leprosy in Colombian children and adolescents. Pediatr Infect Dis J, v. 33, n. 3, p. 321-322, 2014.

26. MOURA, M. L. et al. Active surveillance of Hansen's Disease (leprosy): importance for case finding among extra-domiciliary contacts. PLoS Negl Trop Dis, v. 7, n. 3, p. e2093, 2013.

27. HEUKELBACH, J. et al. Interruption and defaulting of multidrug therapy against leprosy: population-based study in Brazil's Savannah Region. PLoS neglected tropical diseases, v. 5, n. 5, p. e1031, 2011.

28. PENNA, M. L.; PENNA, G. O. Trend of case detection and leprosy elimination in Brazil. Trop Med & Int Health, v. 12, n. 5, p. 647-650, 2007.

29. PENNA, M. L. F. et al. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. Rev Soc Bras de Med Trop, v. 41, p. 6-10, 2008.

30. LOCKWOOD, D.; SHETTY, V.; PENNA, G. O. Hazards of setting targets to eliminate disease: lessons from the leprosy elimination campaign. BMJ, v. 348, n. feb07 5, 2014.

Figura 1- Localização do estado do Tocantins no Brasil e Américas.

Figure 1- Location of the state of Tocantins in Brazil and the Americas.

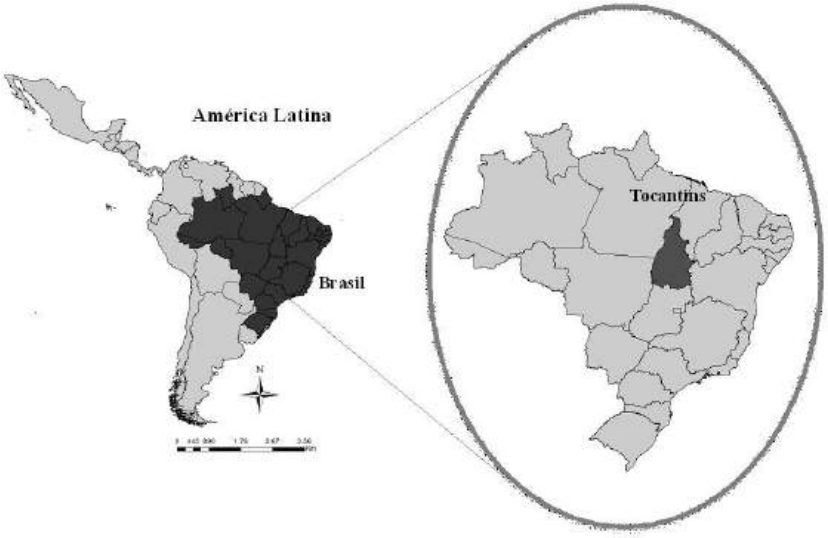

América Latina
Brasil
Tocantins
N

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica, clínica e epidemiológica de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade no estado do, Tocantins, Brasil, 2001-2012.

Table 1 - Socio-demographic, clinical and epidemiological characterization of new cases of leprosy in children under 15 years of age in the state of Tocantins, Brazil, 2001-2012.

Variáveis	N (1.225)	%
Sexo		
Masculino	637	52,0
Feminino	588	48,0
Faixa Etária		
< 4 anos	19	1,6
4 anos	29	2,4
5 anos	45	3,7
6 anos	52	4,2
7 anos	82	6,7
8 anos	93	7,6
9 anos	109	8,9
10 anos	114	9,3
11 anos	136	11,1
12 anos	144	11,8
13 anos	174	14,2
14 anos	228	18,6
Raça		
Parda	794	64,8
Branca	207	16,9
Preta	174	14,2
Amarela	19	1,5
Indígena	13	1,1
Não informada	18	1,5
Zona de residência		
Urbana	1.009	82,4
Rural	176	14,4
Não informada	40	3,3
Modo de detecção		
Encaminhamento	288	23,5
Demanda espontânea	684	55,8
Exame de coletividade	25	2,0

Exame de contatos	217	17,8
Outros	11	0,9
Classificação Operacional		
Paucibacilar	929	75,8
Multibacilar	296	24,2
Formas Clínicas		
Indeterminada	608	49,6
Tuberculoide	317	25,9
Dimorfa	210	17,2
Virchowiana	64	5,2
Não informada/ Não classificada	26	2,1
Episódios reacionais hansênicos*		
Sem episódio reacional	739	60,3
Com episódio reacional	62	5,1
Não informado	424	34,6
Lesões nervosas*		
≤ 1	52	4,2
≥ 2	73	5,9
Lesões cutâneas*		
≤ 5	925	75,5
≥ 5	233	19,0
Grau de incapacidade física no diagnóstico		
Grau 0	932	76,1
Grau 1	97	7,9
Grau 2	20	1,6
Não avaliados	176	14,4

***** Dados não disponíveis para todos os casos

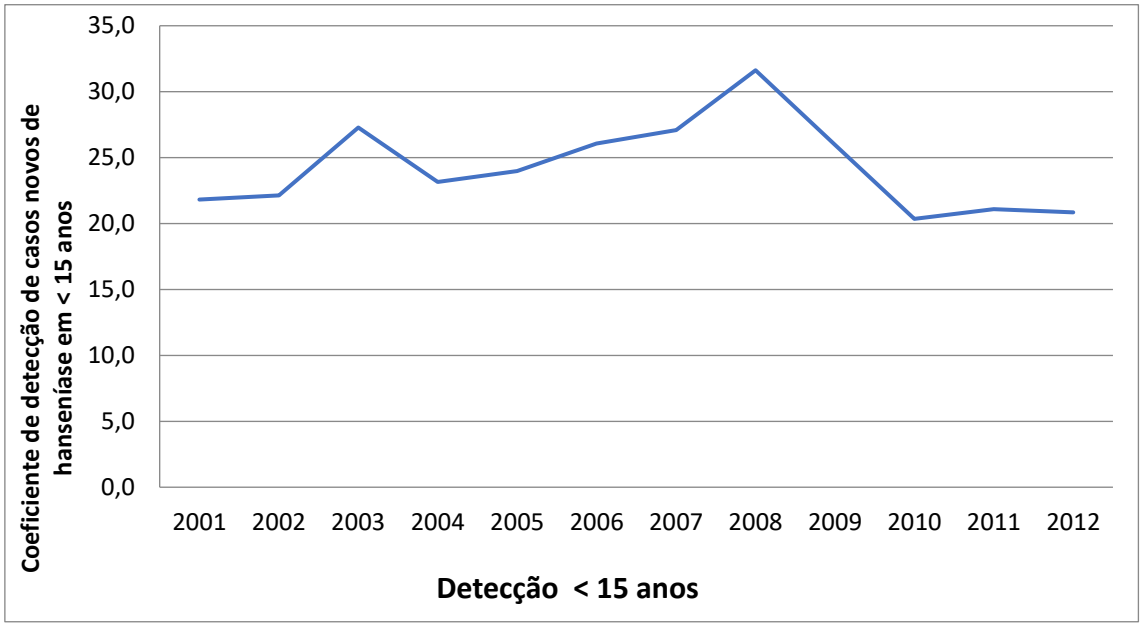
Tabela 2 - Tendência dos indicadores de hanseníase em menores de 15 anos de idade segundo análise de regressão *joinpoint* no estado do Tocantins, Brasil, 2001-2012.

Table 2 - Trend of leprosy indicators in children under 15 years of age according to joinpoint regression analysis in the state of Tocantins, Brazil, 2001-2012.

Indicador	**Variação Percentual Anual (APC)**			**Média da Variação Percentual Anual (AAPC)**		
Tocantins	**Período**	**APC**	**IC (95%)**	**Período Total**	**AAPC**	**IC (95%)**
Detecção < 15 anos/100.000 hab.	2001-2008 2008-2012	3,8* -9,4*	0,1 a 7,6 -17,2 a -0,8	2001-2012	-1,2	-1,2 a -4,4
% Multibacilar	2001-2012	2,9	-1,7 a 7,7	2001-2012	2,9	-1,7 a 7,7
% Paucibacilar	2001-2012	-1,1	-2,4 a 0,2	2001-2012	-1,1	-2,4-0,2
% Grau 1	2001-2012	1,3	-6,2 a 9,3	2001-2012	1,3	-6,2 a 9,3
% de casos com grau 2	2001-2012	4,1	-6,7 a 16,3	2001-2012	4,1	-6,7 a 16,3
Grau 2/100.000 hab.	2001-2012	4,2	-6,7 a 16,3	2001-2012	4,2	-6,7 a 16,3

Figura 2 – Tendência da detecção de casos novos de hanseníase (por 100.000 habitantes) em menores de 15 anos de idade no estado do Tocantins, Brasil, 2001-2012**.**

Figure 2 - Trend of the detection of new cases of leprosy (per 100,000 inhabitants) in children under 15 years of age in the state of Tocantins, Brazil, 2001-2012.



ALENCAR, Pedro Alexandre da Silva**.** 2019. **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO QUANTIFICAÇÃO DE ADOECIMENTO HUMANO EM ÁREAS DE ALTA INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO CANINA**; Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Coletiva) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2019. [Não disponível nesta versão do Acervo].

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO SELO UNICEF EDIÇÃO 2013-2016 SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESTINADAS AS CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS NO MUNICIPIO DE PALMAS

SEAL IMPACT ASSESSMENT UNICEF 2013-2016 EDITION ON HEALTH PROMOTION ACTIONS INTENDED FOR CHILDREN 0- 6 YEARS IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS

Quézia Catharinne Cavalcante de Melo[1]
Soraya Rodrigues Dodero[2]
Ingridy Diaquelem Ramos Sousa[3]

RESUMO: O Selo UNICEF Município Aprovado é uma estratégia com reconhecimento internacional, criada pelo UNICEF, que mobiliza gestores, técnicos municipais, conselheiros, sociedade civil e famílias em torno de políticas públicas para a infância e adolescência. O presente estudo, de caráter quantitativo, descritivo transversal, objetivou avaliar o impacto da estratégia Selo UNICEF sobre as ações de promoção da saúde em crianças de 0 a 6 anos, no período de 2013 a 2016. Os dados foram coletados através dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde e do Sistema de Orientação, Monitoramento e Avaliação (SOMA) que possui o Plano de Ação estruturado para o município de Palmas/Tocantins. Nesse triênio, foi possível observar que as ações de promoção da saúde propostas pelo Plano de Ação promoveram melhora nos indicadores do município, mas que grande recompensa foi a implementação de ações que colocaram as crianças como prioridade, de maneira planejada, participativa, inclusiva e intersetorial, garantindo, promovendo e protegendo seus direitos.

Descritores: Promoção da Saúde, UNICEF, Primeira Infância.

1 Fisioterapeuta, Residente do Programa de Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional em Saúde do CEULP/Ulbra e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP). E-mail: fisio.queziamelo@gmail.com
2 Nutricionista e Profissional de Educação Física. Mestre em Ciências dos Alimentos (USP/SP). Tutora do Plano Integrado de Residências em Saúde da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP) e CEULP/ULBRA. E-mail: sorayadodero@gmail.com
3 Fisioterapeuta, Especialista em Fisiologia do Exercício, Tutora do Plano Integrado de Residências em Saúde da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP) e CEULP/ULBRA. E-mail: diaquelem@gmail.com

ABSTRACT: The UNICEF Municipality Approved Seal is an internationally recognized strategy created by UNICEF that mobilizes managers, municipal technicians, counselors, civil society and families around public policies for children and adolescents. This quantitative, descriptive cross-sectional study aimed to evaluate the impact of the UNICEF Seal strategy on health promotion actions in children aged 0 to 6 years, from 2013 to 2016. Data were collected through Information Systems in Health of the Ministry of Health and the System of Guidance, Monitoring and Evaluation (SOMA) that has the Plan of Action structured for the municipality of Palmas / Tocantins. During this three-year period, it was possible to observe that the health promotion actions proposed by the Action Plan promoted improvements in the municipality's indicators, but a great reward was the implementation of actions that placed children as a priority, in a planned, participatory, inclusive and intersectorial manner , ensuring, promoting and protecting their rights

Keywords: Health Promotion, UNICEF, Early Childhood.

INTRODUÇÃO

A primeira infância é a fase de maior vulnerabilidade, que demanda proteção especial e um ambiente seguro, acolhedor e estimulante. Entender a criança como pessoa em desenvolvimento implica conferir plenitude ao momento da infância por ela ter sentido em si mesma e, adicionalmente, reconhecer o dinamismo do processo de formação cujo resultado é o futuro (UNICEF, 2011).

Os primeiros anos de vida são decisivos; e as intervenções adequadas nesse período são essenciais para o crescimento e desenvolvimento pleno e harmonioso do ser humano (IFAN, 2013).

A Lei 13.257/2016, mais conhecida como Marco Legal da Primeira Infância (MLPI) é, sem dúvida, a mais avançada do mundo sobre a atenção integral à criança nos primeiros seis anos de vida. Construída sobre os princípios da Constituição Federal e da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança, ela aprofunda e amplia os dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para a faixa etária de 0 a 6 anos, em sintonia com leis setoriais de Saúde, Educação e Assistência Social (BRASIL, 2016).

> *De acordo com o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao fazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão".*

Há vários diagnósticos e estudos sobre a situação da infância no Brasil. Os dados estatísticos e análises qualitativas têm melhorado sensivelmente nos últimos anos, possibilitando um conhecimento mais real das condições de vida e desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2010).

Durante muito tempo, predominou o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Esse entendimento foi substituído, de acordo com a definição de saúde, pela Organização Mundial de Saúde, como "o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doença". Essa definição aponta para a complexidade do tema, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares com o propósito de criar condições de vida saudáveis (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010).

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a saúde da criança é compreendida como efeito de determinadas condições sociais e econômicas consideradas fundamentais para sua sobrevivência e bem-estar (MEDEIROS, 2011).

O Selo UNICEF Município Aprovado é uma estratégia com reconhecimento internacional, criada pelo UNICEF, com o intuito de mobilizar gestores, técnicos municipais, conselheiros, sociedade civil e famílias em torno de políticas públicas para a infância e adolescência. A proposta é colaborar para que sejam oferecidos serviços de qualidade nas áreas de saúde, educação, assistência social, arte, cultura, comunicação, esporte e meio ambiente, a fim de garantir às crianças e aos adolescentes os seis direitos básicos do programa do UNICEF para o Brasil, são eles: Sobreviver e desenvolver-se/ Aprender/ Proteger-se e Ser Protegido do HIV/AIDS/ Crescer sem Violência/ Ser Adolescente e Ser Prioridade Absoluta nas Políticas Públicas (UNICEF, 2016).

A última edição do Selo teve duração de 36 meses, de 2013 a 2016. O programa se desenvolve por meio de capacitações, da comunicação para a mobilização social e do

acompanhamento de indicadores, com desafios em três eixos: Impacto Social, Gestão de Políticas Públicas e Participação Social.

O acompanhamento de indicadores avalia e certifica o município na realização do Selo, mas a grande recompensa para todos é a implementação de ações que colocam crianças como prioridade, de maneira planejada, participativa, inclusiva e intersetorial (SELO AMAZÔNIA, 2013).

O município de Palmas, apesar de ser a capital mais nova do Brasil, com apenas 28 anos, possui uma população estimada, segundo o IBGE (2017), de 286.787 habitantes e como qualquer outro município da Amazônia Legal também possui percentual de sua população em situação de vulnerabilidade que necessita da atenção dos gestores municipais e participação social para melhorar seus indicadores.

Sendo o Selo um instrumento importante para apoiar, monitorar e reconhecer os impactos das políticas públicas municipais na vida das crianças e adolescentes esse estudo tem como proposta avaliar os impactos dessa estratégia com base nas ações de promoção da saúde para a primeira infância do município de Palmas.

METODOLOGIA

Tendo em vista que o trabalho pretende avaliar o impacto da estratégia Selo UNICEF sobre as ações de promoção da saúde em crianças de 0 a 6 anos, do município de Palmas/ Tocantins, no período de julho de 2013 a julho de 2016, esta pesquisa classifica-se como um estudo quantitativo, do tipo descritivo transversal.

Os métodos quantitativos de pesquisa são utilizados fundamentalmente para descrever uma variável quanto a sua tendência central, dispersão, ou dividi-la em categorias e descrever a sua frequência - taxas e medidas de risco - em grandes populações (VICTORA et al, 2000).

Os dados coletados, no período de outubro e novembro de 2017, foram dados secundários, ou seja, de informações advindas da alimentação dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, realizada pelas unidades que prestam serviço de saúde no município.

Todos os dados extraídos dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informações de mortalidade – SIM, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) - SISPRENATAL) foram sistematizados em planilha do programa Microsoft Excel para análise e construção dos gráficos.

Outra fonte de dados para esta pesquisa foi o Sistema de Orientação, Monitoramento e Avaliação (SOMA), utilizado pela metodologia do Selo para acompanhamento dos indicadores, unificação e consolidação das informações coletadas. Nesse sistema estava o Plano de Ação do munícipio para o triênio (2013-2016) que englobava três eixos trabalhados pelo UNICEF: Impacto Social, Gestão de Políticas Públicas e Mobilização, Participação e Controle Social.

Dos treze indicadores das áreas de saúde, educação, proteção e meio ambiente acompanhados no eixo Impacto Social, apenas aqueles voltados para a saúde e que tinham como público alvo a primeira infância: a Taxa de Mortalidade infantil, Percentual de nascidos vivos de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal e Cobertura vacinal pentavalente, foram incluídos na pesquisa. Os oito indicadores restantes foram excluídos por fazerem referência a educação e o desenvolvimento social da criança e do adolescente.

Dos 19 objetivos de gestão presentes no eixo Gestão de Políticas Públicas apenas o objetivo 1 que se refere a elaboração do Plano Municipal pela Primeira Infância – PMPI foi selecionado, devido à importância da promoção da saúde nos primeiros anos de vida da criança. Para o eixo Mobilização, Participação e Controle Social foram selecionadas as ações voltadas a promoção da saúde para a mesma faixa etária.

Foram excluídos todos os indicadores e objetivos que não contemplavam a faixa etária da primeira infância e aqueles voltados a educação e ao desenvolvimento social.

O estudo foi submetido à Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, e obteve aprovação sob parecer Nº 68/2017. Os princípios éticos foram respeitados em todas as etapas da investigação conforme Resolução CNS no 466/12 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Eixo Impacto Social está relacionado aos compromissos assumidos pelo município de promover mudanças reais e positivas na vida de crianças e adolescentes. Esses compromissos são expressos por meio de objetivos e metas, acompanhados e monitorados por um conjunto de indicadores que determinam os avanços alcançados, estando eles relacionados aos objetivos do Selo e aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UNICEF, 2014).

A Taxa de Mortalidade infantil é um indicador social que corresponde ao número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos

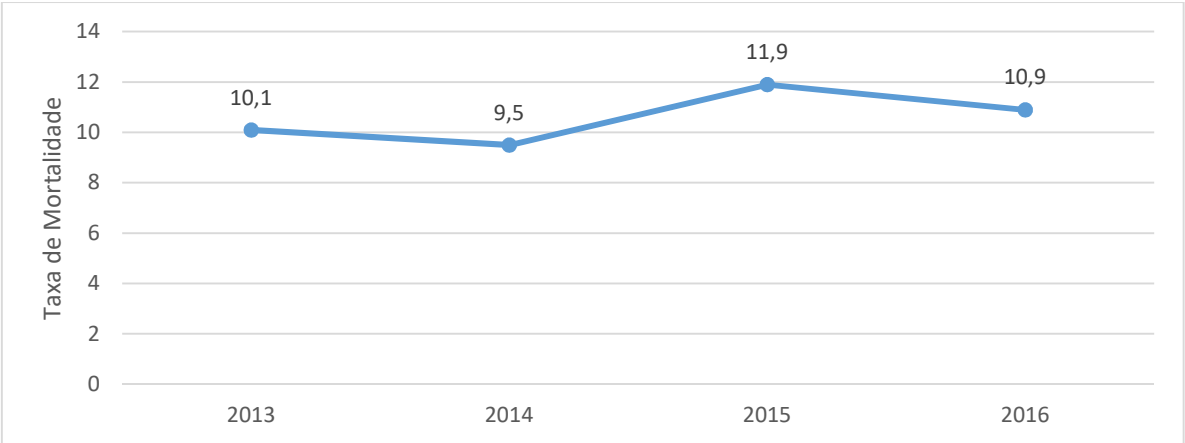
nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais) (RIPSA, 2000).

O Brasil é um dos 62 países que alcançaram a meta de redução da mortalidade infantil, estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio dos Objetivos do Milênio. É o que confirma o relatório *Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil 2015*, divulgada pelo UNICEF, Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial e o Departamento da ONU para Questões Econômicas e Sociais (United Nations Department of Economic and Social Affairs – DESA).

Segundo o IBGE (2015), a taxa de mortalidade infantil (até 1 ano de idade) no Brasil, passou de 15,02 por mil nascidos vivos no ano de 2013, para 13,82 por mil nascidos vivos em 2015.

Para o UNICEF esse indicador é o mais importante na avaliação do município para reconhecimento e conquista do Selo UNICEF município Aprovado, pois o mesmo só pontua se a taxa não piorar entre os anos inicial e final.

De acordo com o relatório do UNICEF a taxa de mortalidade infantil no estado do Tocantins caiu em 25.6% entre os municípios inscritos (incluindo Palmas) no Selo UNICEF, enquanto nos demais municípios do país caiu 5.2%. Entre os anos de 2011 a 2014, a taxa passou de 18.2 a 13.6 por 1.000 nascidos vivos. Entre os municípios reconhecidos com o Selo UNICEF Município Aprovado Edição 2013-2016, a queda foi ainda maior, de 26.8% (UNICEF, 2016).



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2013-2016.

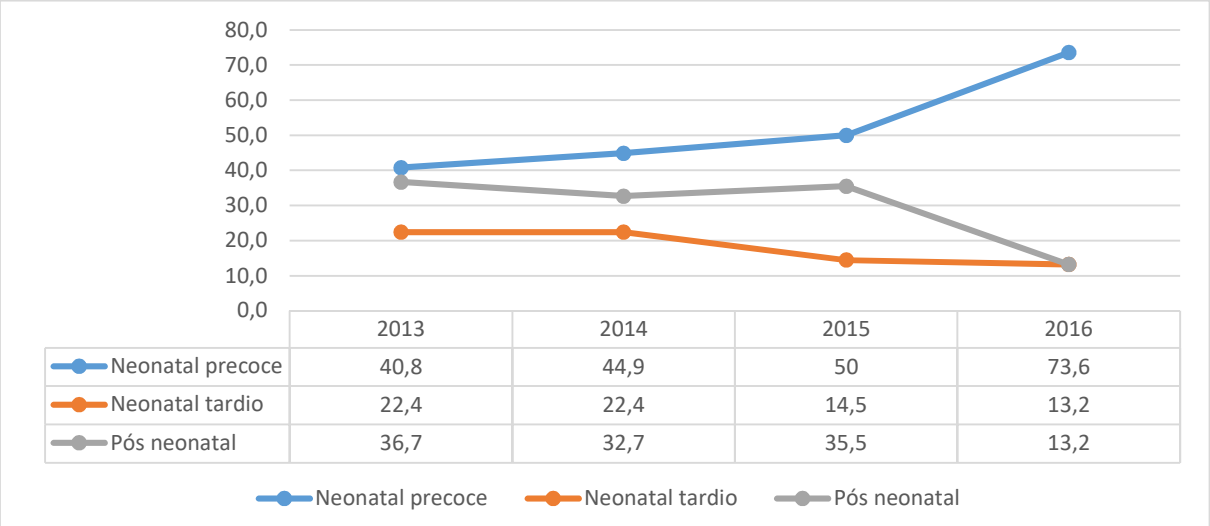
Gráfico 1: Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Palmas/TO, 2013 a 2016.

Em Palmas de 2013 a 2016, a taxa de mortalidade infantil passou de 10,1 para 10,9 por mil nascidos vivos (gráfico 1).

Foram notificados 49 óbitos infantis em 2013, sendo que de julho a dezembro, período de início das atividades do Selo, ocorreram 21 óbitos, no entanto, de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em 2013, Palmas teve 4.829 nascidos vivos.

Para os anos seguintes, 2014, foi o ano de menor taxa de mortalidade infantil, com 9,5 por mil nascidos vivos, isso corresponde a 49 óbitos infantis, com um total de 5.164 nascidos vivos para o mesmo ano, segundo o Sinasc. Em 2015, porém, foi o ano que apresentou a maior taxa com 11,9 por mil nascidos vivos, correspondendo a 62 óbitos infantis e um número de 5.197 nascidos vivos para o mesmo ano, já em 2016 a taxa caiu para 10,9 por mil nascidos vivos, sendo registrados 53 óbitos, no qual 33 ocorreram de janeiro a julho de 2016 quando se finalizou as atividades do Selo.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2008), costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam de revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos (PEREIRA, 1995).



	2013	2014	2015	2016
Neonatal precoce	40,8	44,9	50	73,6
Neonatal tardio	22,4	22,4	14,5	13,2
Pós neonatal	36,7	32,7	35,5	13,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2013-2016.

Gráfico 2: Taxa de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal (por mil nascidos vivos). Palmas/TO, 2013 a 2016.

Ao analisarmos os dados por período neonatal (gráfico 2), fica explícito que o período neonatal precoce, é o principal responsável pelo valor das taxas de mortalidade infantil no

município de Palmas, pois de 2013 a 2016 a taxa de mortalidade infantil no período neonatal precoce passou de 40,8 (2013) para 73,6 (2016) por mil nascidos vivos.

Em 2013 foram registrados 20 óbitos no período neonatal precoce, em 2014 foram 22 óbitos no mesmo período, já em 2015 esse número subiu para 31 óbitos e em 2016, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade foram registrados o maior número, 39 óbitos no período neonatal precoce.

Segundo o Sistema de Informações de mortalidade (SIM), a principal causa dos óbitos infantis ocorrido de 2013 a 2016, no município de Palmas foram em decorrência do feto e recém-nascido afetados por doenças maternas renais e das vias urinárias (CID10 P00.1). Em 2013 dos óbitos infantis registrados 6,8% dos casos foram decorrentes de infecções do trato geniturinário, em 2014 essa porcentagem subiu para 8,1%, já em 2015, foi a maior causa de óbitos infantis com 15,7% e em 2016 foram 14,9% de mortes infantis devido o feto e recém-nascido afetado por doenças maternas renais e das vias urinárias.

Segundo Fonseca & Coutinho (2004), isso pode ser reflexo, de maneira geral, das condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A redução da mortalidade neonatal tem sido mais difícil e lenta do que a da mortalidade pós-neonatal, devido a esse período ser mais vulnerável às melhorias globais da condição de vida e às intervenções do setor de saúde (LANSKY *et al*, 2002).

No projeto do Selo UNICEF Edição (2013-2016), para auxiliar o munícipio nas ações de promoção da saúde e melhoria dos seus indicadores, o Plano de Ação vem com uma série de atividades, no eixo Impacto Social, que devem ser desenvolvidas pelo município (SOMA, 2013-2016).

Para a Taxa de Mortalidade, as Secretarias Municipais de Saúde de Palmas juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins tiveram que realizar capacitações aos profissionais da Rede a fim de oferecerem atendimento humanizado à gestante e ao recém-nascido no pré-parto, parto e pós-parto. Foi desenvolvido pela Atenção Básica a captação precoce das gestantes, tendo em vista a importância de realizar ao menos sete consultas de pré-natal, a implantação do acolhimento com classificação de Risco de todas as gestantes nos Centros de Saúde da Comunidade com protocolo e fluxo definido (SOMA, 2013-2016).

Todas essas ações foram exigidas pela estratégia do Selo UNICEF, assim como identificar as gestantes de alto-risco durante o pré-natal, encaminhando-as para atendimento especializado.

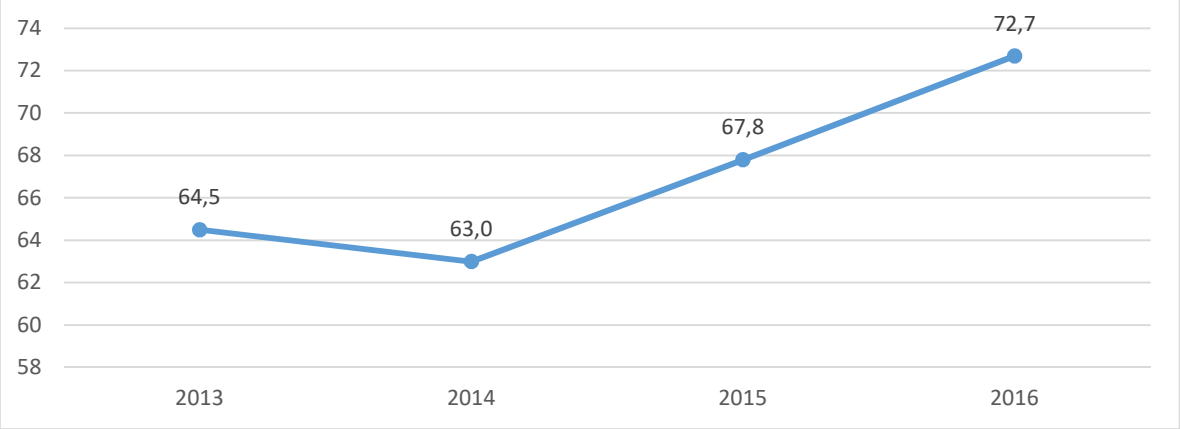
Outra proposta importante do Selo é a integração entre a maternidade e à Atenção Básica sobre a alta da puérpera e do recém-nascido, para continuidade dos cuidados de forma sistematizada (SOMA, 2013-2016). Essa articulação entre a Maternidade Estadual e a Atenção Primária ainda é falha, mas tem melhorado com a ações de vinculação das gestantes a maternidade, tendo em vista que o município não possui uma maternidade e encaminha as gestantes para o Hospital Maternidade do Estado.

Outras atividades como a instituição das visitas domiciliares na primeira semana de vida do bebê, já são rotinas nos serviços de saúde do município, assim como a viabilização da realização do teste do pezinho para todas as crianças entre o terceiro e o sétimo dia de vida.

Outro indicador utilizado pelo UNICEF, para qualificar o município é o Percentual de nascidos vivos de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal (GUIA UNICEF, 2013-2016). Conceitua-se como o percentual de nascidos vivos de mães residentes, que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, em determinado município e período, em relação ao total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo município e período (RIPSA, 2000).

É consenso que um pré-natal realizado de uma forma adequada evita complicações durante a gravidez, melhora as condições de nascimento e, portanto, propicia maior sobrevivência da gestante e do bebê e melhor desenvolvimento da criança (UNICEF, 2009-2012).

O acesso ao pré-natal entre os municípios do Tocantins inscritos, na edição 2013-2016 do Selo, aumentou em 23.3% enquanto no restante do país o aumento foi de 5.4%. Entre 2011 e 2014, a proporção de nascidos vivos de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal passou de 46.6 a 57.4% entre os municípios do Tocantins inscritos no Selo UNICEF (UNICEF, 2016).



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN- SISPRENATAL), 2013-2016.

Gráfico 3: Percentual de nascidos vivos de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal. Palma/TO, 2013 a 2016.

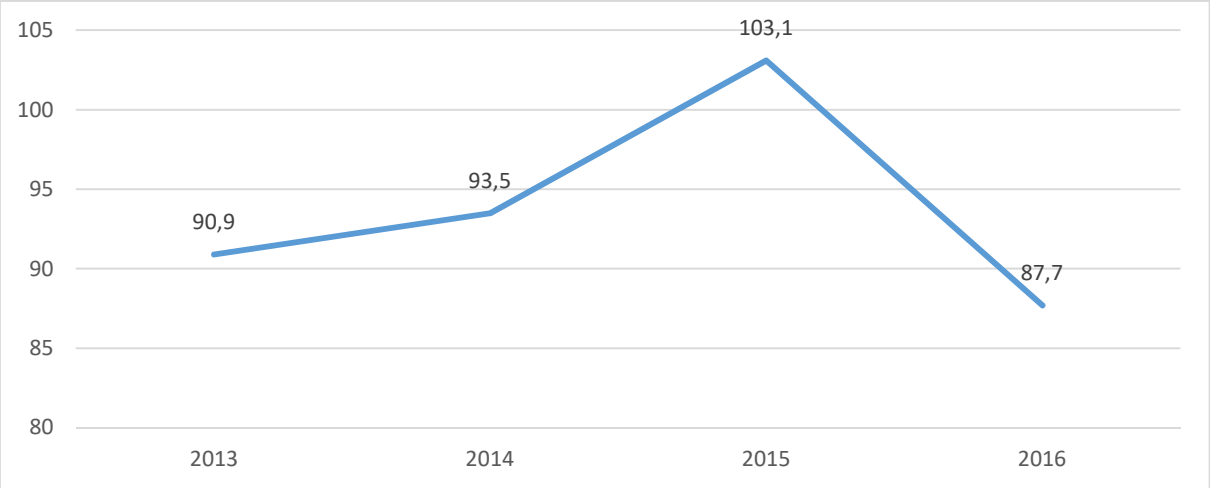
Palmas, em 2013, a cada cem bebês nascidos vivos, cerca de 65 (64,5%) nasceram de mães que tiveram pelo menos sete consultas de pré-natal, já no último ano do triênio (2016) esse percentual cresceu para 72,7%, ou seja, fizeram um acompanhamento da gestação numericamente adequado, reduzindo as chances de ter complicações durante a gravidez e no momento do parto (gráfico 3).

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Deste modo, no processo de conquista do Selo, foram estabelecidos para o cuidado pré-natal ações de captação precoce da gestante, à realização de um mínimo de procedimentos laboratoriais considerados essenciais, conforme definido na legislação do SUS, o cadastro das gestantes no e-SUS e, no SISPRENATAL WEB, com objetivo de organizar, monitorar e humanizar a linha de cuidado à gestante, ao recém-nascido e sua família, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde. Oferecer agenda aberta para as consultas de pré-natal nos Centros de Saúde da Comunidade, garantindo esse atendimento às gestantes em qualquer dia de funcionamento da unidade, garantir a avaliação da gestante por profissional médico, quando necessário, implantar o Teste Rápido de gravidez nos CSC com Protocolo e Fluxo de atendimento, realizar acolhimento humanizado e oferecer ações educativas para a gestante e seu parceiro, incentivando a participação da família e estimulando a participação do pai nos atendimentos. Usar de forma adequada a Caderneta da Gestante, realizar campanhas permanentes no município sobre a importância do pré-natal, incentivando seu início logo após a confirmação da gravidez, como também sobre a importância do parto normal e humanizado para a mãe e o bebê (SOMA, 2013-2016).

Para finalizar o eixo Impacto Social, a Edição do Selo fornece ferramentas para identificar o percentual de crianças imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (SELO AMAZÔNIA, 2016).

O indicador Percentual de crianças com menos de 1 ano com vacina Pentavalente, estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização SI-PNI, e base demográfica do IBGE e SINASC, 2013-2016.

Gráfico 4: Percentual de cobertura vacinal pentavalente. Palma/TO, 2013 a 2016.

Cobertura mínima preconizada pelo Ministério da Saúde para a vacina pentavalente é de 95% até 2017. Esta é administrada em 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. Deve-se considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses apenas para as crianças acima de 6 (seis) meses de idade. Na rotina dos serviços, em crianças de até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, que vão iniciar esquema vacinal, administrar 3 (três) doses com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Esta vacina é contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade (BRASIL, 2014).

Em Palmas a cobertura mínima só foi alcançado no ano de 2015, com 103,1% das crianças alcançadas pela atenção básica. Nos demais anos é possível que a cobertura vacinal não tenha sido alcançada devido à falha no repasse das doses pelo Ministério da Saúde, causando a falta de vacina na rede pública de saúde do município, assim como também a falta de esclarecimento e conhecimento da população sobre a importância da imunização na vida dos recém-nascidos pode ter afetado o número de crianças imunizadas.

A vacina pentavalente é composta por toxoides de difteria e tétano, suspensão celular inativada de Bordetella pertussis, antígeno de superfície de hepatite B (HBs-Ag), e oligossacarídeos conjugados de Haemophilus influenza do tipo b e é indicada para imunização ativa de crianças a partir de dois meses de idade contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b (BARROS *et al.*, 2015).

Para alcançar essas metas o Plano de Ação da estratégia do Selo propõe a realização da busca ativa das crianças faltosas na vacinação, por meio das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), o uso do cartão controle

da sala de vacina e o chamado cartão espelho do Agente Comunitário, sensibilizar, por meio de capacitação específica, os profissionais de saúde, educação e assistência social quanto à importância da vacinação. Sensibilizar e mobilizar a população do município para a vacinação utilizando os meios de comunicação local, facilitar o acesso da população à vacinação de rotina, com atenção especial às populações de área rural, ribeirinha, quilombola e/ou indígena e de áreas de assentamentos tendo a Secretaria Estadual de Saúde como parceira nas ações, inclusive oferecendo apoio durante as campanhas (SOMA, 2013-2016).

As melhorias na qualidade de vida na infância, refletidas no eixo de impacto social, estão relacionadas e dependem, em grande medida, das ações, programas e políticas criadas, implantadas, implementadas e/ou gerenciadas pelo município, com a participação da sociedade civil, setor privado, igrejas, entre outros parceiros municipais (UNICEF, 2013).

O conteúdo do eixo de Gestão de Políticas Públicas proposto pelo UNICEF corresponde ao conjunto de políticas encaminhadas ou orientadas pelo Governo Federal e ratificadas pela sociedade brasileira. O eixo diz respeito à eficiência ou àquilo que é realmente desenvolvido pelo município, guardando relação de causalidade entre as mudanças desejadas e as mudanças obtidas (IFAN, 2013).

Diante das atividades desse eixo foi selecionada para esta pesquisa a elaboração do Plano Municipal para a Primeira Infância (PMPI). O município tinha passos importantes a seguir para a elaboração do PMPI. O primeiro era a formação de uma Comissão Municipal de implementação do PMPI. Está comissão foi formada e divulgada em Diário Oficial da Prefeitura de Palmas no dia 30 de maio de 2016, com a Resolução Nº 003/2016, art. 1.

O segundo passo era a realização de um seminário pela Primeira Infância reunindo lideranças do executivo, legislativo, judiciário, sociedade civil e conselheiros de direitos da criança e adolescente, com o objetivo de ressaltar a importância da realização do diagnóstico da primeira infância e da elaboração e implementação do PMPI, o mesmo foi realizado no ano de 2016.

A elaboração do plano municipal deve ser uma das primeiras ações para garantir os direitos da criança de até seis anos, como parte importante de um plano maior para a criança e ao adolescente do município (IFAN, 2013).

Para o município de Palmas a etapa de elaboração do plano tem sido um desafio, tendo em vista que não conseguiu elaborar o plano dentro do triênio, mas reconhece a importância do fortalecimento das Políticas Públicas para essa faixa etária.

Os PMPI, além de induzir um novo olhar para as crianças em sua diversidade, territorialidade e cultura, estabelece, com dados quantitativos e qualitativos, suas necessidades,

avalia as possibilidades de o governo melhorar as condições de vida, de crescimento e dinamização do potencial humano das crianças de até seis anos de idade e estabelece objetivos e metas para serem realizados no decurso dos próximos dez anos (IFAN, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de conhecimento dos gestores municipais e estaduais que o acompanhamento dos indicadores avalia e certifica o município com o reconhecimento internacional do Selo UNICEF Município Aprovado. Ao longo da Edição foram fornecidas ferramentas para que o município identificasse onde estavam e quem eram suas crianças e adolescentes mais vulneráveis e quais os principais entraves a serem superados. Esta metodologia contribuiu na construção de um caminho para as transformações sociais que favorecem a qualidade de vida e o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes da Amazônia Legal Brasileira.

Nesse triênio, foi possível observar que as ações de promoção da saúde propostas pelo Plano de Ação promoveram melhora nos indicadores do município, mas que grande recompensa foi a implementação de ações que colocaram as crianças como prioridade, de maneira planejada, participativa, inclusiva e intersetorial, garantindo, promovendo e protegendo seus direitos.

REFERÊNCIAS

ABRINQ e SAVE THE CHILDREN. **Plano Municipal para Infância e Adolescência**. São Paulo, 2011. Cartilha. Disponível em http://www. direitosdacrianca.org.br/midiateca/publicacoes/plano-municipal-para-infancia-e-adolescencia-1/?searchterm=Plano%20Municipal%20para%20Inf%C3%A2ncia%20e%20Adolesc%C3%AAncia. Acesso em: 13 de ago. 2017.

BARROS, M. G; SANTOS, M. C; BERTOLINI, R. P; PONTES-NETTO, V. B; ANDRADE, M. S. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012**. Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 4, p. 701-10, 2015.

BRAGA, I. P; WALTER, C. M. N. R; BARROS, A. P. P. R. **O impacto das ações para a redução da mortalidade infantil no município de São Caetano no período de 2004 a 2006**. 2008. 56 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife.

BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, **Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Disponivel em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em:12 de ago. 2017.

BRASIL, **Lei Orgânica Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, disponível em http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 12 de ago. 2017.

BRASIL, M. DA S. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS. **Ministério da Saúde**, p. 1–24, 2014.

BRUNIERI, C. M. Guia Básico Para Elaboração De Referências Bibliográficas Segundo a Abnt. **Revista Entreteses**, p. 19, 2014.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de. **Avaliação do sistema educacional brasileiro: tendências e perspectivas**. Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p. 303- 364, jul. /set. 1998.

CRISTINA, D.; GALINDO, G.; RODRIGUES, R. D. **UNICEF e algumas práticas de medicalização das famílias e crianças**. v. 4, n. 2, p. 44–64, 1970.

DIÓGENES, A. M. **Selo UNICEF – Mobilização por Políticas Públicas**, Ceará, 2001.

DOMINGUES, R. M. S. M; HARTZ, Z. M. A; DIAS, M. A. B; LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2012 Mar [acesso em 20 fevereiro 2018];28(3):425-437. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para a Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 2, p. 1–8, 2009.

FONSECA, S. C; COUTINHO, E. S. F. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cad Saúde Pública**, v. 20, p. S7-19, 2004.

GERHARDT, T. E. SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 120, 2009.

_____ **Guia para elaboração do Plano Municipal pela Primeira Infância** - Rede Nacional Primeira Infância, Salvador: UNICEF, 2011.

LANSKY, S; FRANÇA, E; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, v. 36, p. 759-72, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **A mortalidade no Brasil no período 1980- 2004: desafios e oportunidades para os próximos anos**. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. (IPEA). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA; 2014.

MEDEIROS, L. G. A objetivação da saúde da criança pelo UNICEF : problematizando tecnologias de biopoder na Amazônia. 2011. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – **Instituto de Filosofia e Ciências Humanas**, Universidade Federal do Pará, Belém.

MELO, G. K; OLIVEIRA, J. V; ANDRADE, M. S. Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife - Pernambuco. **Epidemiol Serv Saúde**. V. 19, n. 1, p. 26-33, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002 [acesso em 15 maio 2012]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica nº 01/DEVEP/SVS/MS. Brasília: Ministério da Saúde: **Secretaria de Vigilância em Saúde**. 1p, fev 2007.

NASCIMENTO, José Almir do. Selo UNICEF Município aprovado : implicações nos discursos de Qualidade da Educação em Riacho das Almas. 2013. 224 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (BRASIL). **Guia para elaboração do plano municipal pela primeira infância**. – 2. ed. – Rio de Janeiro: Centro de Criação de Imagem Popular – CECIP, p. 96, 2017.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (BRASIL). **Plano Nacional pela Primeira Infância**. – 1. ed. – Brasília, dezembro, 2010.

SELO AMAZÔNIA, Relatório Selo UNICEF Edição 2013 – 2016, Tocantins, 2016 [acesso em 27 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.seloamazonia.org.br/noticia/tocantins-48

UNICEF, **O Direito de Aprender- potencializar avanços e reduzir desigualdades**. Brasília, DF: UNICEF, 2009 e Situação Mundial da Infância 2008 – Caderno Brasil. Brasília DF: UNICEF, 2008.

PEREIRA, M. G. MORTALIDADE. In: Epidemiologia: Teoria e Prática. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

Apoio Matricial: desafios e percepção dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Matrix Support: challenges and perceptions of the professionals of the Family Health Support Center

Thaise Morgana da Silva Siqueira[1]

Soraya Rodrigues Dodero[2]

Alessandro Farias Pantoja[3]

RESUMO: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Primária. O presente estudo, de caráter descritivo e exploratório com corte transversal, objetivou caracterizar os desafios e as percepções dos profissionais dos NASF na prática do apoio matricial às Equipes de Saúde da Família em Palmas, Tocantins. A pesquisa contou com a participação de 31,25% (30) dos profissionais dos NASF's. Os dados foram coletados por meio de um questionário on-line, com a utilização do Google Docs, onde investigou as seguintes variáveis: idade, sexo, formação profissional, tempo de trabalho no NASF, ferramentas de trabalho, integração com ESF e ações de fortalecimento ao matriciamento. Observou-se que os fatores que dificultam ou favorecem a integração entre as equipes estão relacionados com a consolidação do apoio matricial na realidade dos serviços de saúde. Desta forma, há necessidade de fortalecimento da integração entre NASF e ESF.

Descritores: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Apoio Matricial, Estratégia Saúde da Família.

---

[1] Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP) e CEULP/ULBRA. E-mail: thaisemorgana.psico@gmail.com

[2] Nutricionista e Profissional de Educação Física. Mestre em Ciências dos Alimentos (USP/SP). Tutora do Plano Integrado de Residências em Saúde da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP) e CEULP/ULBRA. E-mail: sorayadodero@gmail.com

[3] Enfermeiro, Especialista em Estratégia Saúde da Família. Assessor Executivo da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas TO e Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP) e CEULP/ULBRA. E-mail: alessandropantoja@gmail.com

ABSTRACT: The Family Health Support Center is an innovative strategy that aims to support, expand, improve health care and management in Primary Care. This descriptive and exploratory cross - sectional study aimed to characterize the challenges and perceptions by NASF professionals in the practice of matrix support to Family Health Teams in Palmas, Tocantins. The survey counted on the participation of 31.25% (30) of NASF professionals. The data were collected through an online questionnaire, using Google Docs, where he investigated the following variables: age, sex, professional training, NASF work time, work tools, integration with FHT and strengthening actions to matricity. It was observed that the factors that hinder or favor the integration between the teams are related to the consolidation of the matrix support in the reality of the health services. In this way, there is a need to strengthen the integration between NASF and ESF.
Keywords: Support Center for Family Health, Dedicated Support, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde tem como objetivo desenvolver e ofertar uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes das coletividades. Suas estratégias devem atender as necessidades da população no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Em 2008 com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ampliar a abrangência, o escopo das ações e a resolutividade da APS no país o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, mediante a Portaria GM nº 154. O NASF é uma estratégia inovadora e sua equipe, integra profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde. Sua atuação baseia-se em diversas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial, educação

permanente, educação em saúde, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

As atividades realizadas por esses profissionais são orientadas pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Que é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração com as equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações e problemas comuns de um dado território (BRASIL, 2010; 2014).

O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que tem como objetivo assegurar retaguarda especializada às equipes de saúde. Com foco no trabalho colaborativo e integrado o matriciamento surge como estratégia complementar ao modelo tradicional dos sistemas hierarquizados da saúde. Para que sua consolidação e implementação sejam efetivas se fazem necessárias à construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes da equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (Campos e Domitti, 2007).

Assim, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família surge como uma proposta para prestar assistência às demandas não alcançadas pelas ESF e para apoiá-las na efetivação da rede de serviços com foco na ampliação de sua abrangência, na melhoria da qualidade da assistência à população no nível da atenção primária, (Anjos et al 2013).

Deve atuar com lógica diferente do modelo tradicional da prestação de cuidados com ênfase na assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, buscando o desenvolvimento de práticas integradas com direção à co-responsabilização e a gestão do cuidado, (Nascimento e Oliveira 2010).

Nessa perspectiva, no município de Palmas Tocantins, os NASF's foram inseridos na Atenção Primária no ano de 2014. Inicialmente com o credenciamento de três NASF apoiavam vinte e duas ESF, atualmente são treze equipes vinculadas a oitenta e seis ESF. Embora seja recente a inclusão dos NASF na rede de saúde local, a gestão tem investido na ampliação dessas equipes com expectativas de que elas apoiem as ESF, trabalhem na lógica da territorialização e ampliem o escopo da APS.

Diante do exposto, o cenário apresentado despertou o interesse no presente estudo, que teve como objetivo caracterizar os desafios e as percepções dos profissionais dos NASF's na prática do apoio matricial as Equipes de Saúde da Família no município de Palmas.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com corte transversal. Utilizou-se a abordagem quantitativa em forma de questionário, com perguntas abertas e fechadas onde foram investigadas as seguintes variáveis: idade, sexo, formação profissional, tempo de trabalho no NASF, ferramentas de trabalho, integração com as ESF e ações de fortalecimento ao matriciamento.

A população do estudo foi composta por profissionais das equipes dos NASF's/Saúde da Família do município de Palmas Tocantins. Utilizou-se como critério de inclusão: ser profissional do Saúde da Família. A coleta dos dados aconteceu no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 por meio um convite e link para acesso ao questionário online, desenvolvido via formulário do Google Docs. Foram realizados abordagens via grupos de whatsapp e telegram, e-mail, telefone e pessoalmente como método de comunicação e acesso a proposta da pesquisa. Assim, a amostra foi composta por 32 profissionais de saúde, desses 2 tiveram os dados desconsiderados devido aos critérios de exclusão previamente estabelecidos. Salienta-se que a expectativa inicial era trabalhar com uma amostra de 46 (50%) dos profissionais dos NASF's, contudo o quantitativo atingido representa (31,25%) não diminuindo assim a relevância do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, com o número do CAAE: 2.361.166. Todos os participantes concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O município de Palmas possuiu 13 equipes de NASF's compostas por médicos ginecologistas, médicos pediatras, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, profissionais de educação física, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos.

Dos participantes da pesquisa, 24 (80%) foram do gênero feminino e 6 (20%) do masculino, com idades entre 23 e 61 anos. O tempo de atuação nos NASF's variaram de 4 meses a 4 anos. A representatividade na pesquisa por categoria profissional foram 30% (9) de psicólogos, 26,7% (8) de nutricionistas, 23,3% (7) de

fisioterapeutas, 10% (3) de profissionais de educação, 6,7% (2) assistentes sociais e 3,3% (1) médico ginecologista.

Ao investigar o aspecto integração entre as equipes os resultados da pesquisa indicaram que dos participantes 73,3% (22) consideram a integração da sua equipe de NASF com a equipe matriciada como sendo satisfatório e 26,6% (8) consideram insatisfatório.

Também foram alvo de investigação os fatores que dificultam e favorecem essa integração entre as equipes. No Quadro 1, estão apresentadas as duas categorias separadamente.

Quadro 1. Integração NASF x ESF

Fatores que dificultam a integração entre as equipes	**Fatores que favorecem uma boa integração entre as equipes**
✓ Falta de interesse e comprometimento dos profissionais; ✓ Incompatibilidade de agendas NASF e ESF; ✓ Fragilidade no planejamento das equipes; ✓ Grande demanda assistencial; ✓ Desarticulação entre as equipes; ✓ Distanciamento da gestão; ✓ Falta de compreensão do papel do NASF.	✓ Compreensão por porte dos profissionais das ESF sobre o que é o NASF; ✓ O estabelecimento de "rotina" entre as duas equipes; ✓ Profissionais comprometidos; ✓ Equipes articuladas e integradas; ✓ Bom relacionamento entre os profissionais; ✓ Valorização do NASF; ✓ Responsabilidade e seriedade; ✓ Formação dos novos profissionais voltada para o SUS.

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos participantes (86,7%), afirmam que os NASF's onde atuam desenvolvem estratégias para implementar a integração com as equipes de saúde. Estes, descreveram que essas estratégias ocorrem por meio de reuniões programadas ou não, grupos, atendimentos compartilhados, planejamento conjunto e discussão de casos.

Ao refletir sobre o trabalho em equipe Peduzzi (2007), chama a atenção para o fato de que este é dinâmico e sua configuração pode resultar em equipes de trabalho integradas ou em equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais. Desta forma, para se alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes façam um investimento no sentido da articulação das ações. Pois, articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas, tanto do seu processo de trabalho quanto das ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Sendo assim, construir o trabalho em equipe integrado não consiste em toda e qualquer situação comum de trabalho coletivo, mas numa configuração de equipe construída de forma compartilhada entre seus membros e ancorada no projeto de trabalho do serviço. Para isso, é preciso investir em mudanças das práticas de saúde de modo a fazer prevalecer a prática comunicativa, (PEDUZZI, 2007).

No que diz respeito ao planejamento do apoio matricial, identificou-se que este acontece por meio de reuniões periódicas entre os profissionais dos NASF's e nas reuniões de equipe entre NASF e ESF, onde são consideradas a análise territorial e a necessidade das equipes bem como as demandas espontâneas. Contudo, ressaltam que para manter essa dinâmica ativa e efetiva entre as mesmas muitas vezes são necessárias adequações da agenda dos profissionais do NASF's a agenda da ESF.

Para subsidiar a implementação do apoio matricial e a prática do trabalho realizado pelas equipes multiprofissionais dos NASF's, nos documentos do Ministério da Saúde são apresentadas algumas ferramentas que devem ser desenvolvidas pelos profissionais. Essas estratégias buscam ampliar a capacidade de cuidado entre as equipes de Atenção Primária e favorecerem os modos de atuar transversais (BRASIL, 2010; 2014).

Na tabela 1, estão apresentadas a frequência relativa do uso dessas ferramentas pelos profissionais pesquisados no desenvolvimento do matriciamento com as equipes de saúde.

Tabela 1. Algumas Ferramentas para o Apoio Matricial

Ferramentas	**%**
Trabalho com grupos	83,3%
Projeto Terapêutico Singular	43,3%
Atendimento Domiciliar Compartilhado	73,3%
Atendimento Individual Compartilhado	70%
Atendimento Individual Específico	56,7%
Outras	30%

Fonte: Dados da pesquisa

As ferramentas apresentadas no quadro são desenvolvidas pelos profissionais no próprio centro de saúde ou no território, por meio de grupos de educação em saúde, grupos temáticos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, projeto terapêutico singular, grupos operativos de puericultura, gestantes, hiperdia, hanseníase, acompanhamento do Programa Saúde na Escola e Bolsa Família, atividades demandadas pela Secretaria de Saúde, 10% (3) dos profissionais desconhecem essas práticas em funcionamento entre as equipes.

A reorientação do trabalho do NASF é composta de nove áreas estratégicas, que devem abranger a saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Contudo, não se constituem como porta de entrada do sistema, devendo realizar suas atividades de maneira articulada e integrada com as equipes matriciadas (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, o apoio matricial e a equipe de referência surgem como arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, que objetivam por meio da integração dialógica ampliar a possibilidade da realização da clínica ampliada entre distintas especialidades e profissões. Visando o trabalho

integral, a implementação do apoio matricial pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde. E sua utilização como instrumento concreto e cotidiano entre as equipes de saúde pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Essa dinâmica pode indicar a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes, (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Na literatura, identificou-se que essas dificuldades impactam na organização e na implementação da proposta do matriciamento entre as equipes de saúde. Elas por vezes estão relacionadas ao processo de trabalho, ao excesso de demanda, a carência de recursos e a dificuldades relacionadas ao próprio núcleo, aquelas que são decorrentes da formação profissional (MELO et at. 2012; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial constitui-se como a principal estratégia para a concretização do trabalho no NASF. Sendo assim, para que sua prática seja incorporada é necessário que todos os atores envolvidos, fomentem a criação de espaços coletivos que favoreçam a reflexão, a discussão e a prática. Diante disto, é fundamental que, no exercício cotidiano do trabalho, haja investimento significativo nos processos comunicacionais intra e interequipes, para que os trabalhadores possam construir espaços de confiança e respeito, de forma que as parcerias necessárias ao desenvolvimento do trabalho se consolidem (BARROS et al., 2015).

No que diz respeito sobre as possibilidades de estratégias para o fortalecimento do matriciamento, na pesquisa foram enfatizadas questões como: a reestruturação das reuniões entre as equipes visando o compromisso e a resolutividade; conhecer práticas exitosas vivenciadas por outros profissionais e tentar implementá-las em suas equipes; fortalecer o planejamento conjunto entre NASF e ESF com atividades e responsabilidades pactuadas.

Anjos e Colaboradores (2013) acrescentam que para o fortalecimento do trabalho dos NASF's algumas rotinas precisam ser modificadas, e, como consequência, desconfortos são inevitáveis. Sendo assim, para que aconteça a consolidação do trabalho entre as equipes são necessárias medidas que auxiliem mudanças. Estas, devem proporcionar a reflexão sobre o cotidiano do trabalho com os atores envolvidos, o fortalecimento de vínculos e a criação de um espaço para o debate coletivo entre as disciplinas envolvidas no processo de trabalho e na produção do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que os fatores que dificultam ou favorecem a integração estão relacionados a consolidação do apoio matricial na realidade das equipes de saúde. Nesse sentido, é imprescindível a contextualização de como estão sendo planejadas e executadas as atividades entre as equipes de NASF e ESF, para que possam ser identificados possíveis problemas e barreiras na execução de suas práticas e se pensar em estratégias e subsídios que viabilizem a implementação do seu trabalho.

Percebeu-se na literatura que o NASF é objeto de interesse para vários pesquisadores. Contudo, no campo estudado há a necessidade de maiores investigações afim de identificarem a percepção e a adesão das ESF as equipes de referência, as condições de trabalho disponíveis para os profissionais dos NASF's e como essa dinâmica do trabalho integrado está repercutindo nos serviços e na comunidade.

Vale ressaltar que no desenvolvimento da pesquisa houve uma dificuldade na sensibilização dos profissionais em responderem o questionário on-line, podendo ser justificado pelo fato da pesquisa ter sido realizada nos meses de novembro/17 a fevereiro/18, coincidindo com período de recesso e férias dos profissionais de saúde.

Desta forma, propõe-se a elaboração e realização de projetos e pesquisas que investiguem e apoiem a consolidação do trabalho dos NASF's nos serviços de saúde, de modo que estes abrangem mais participantes, e considerem todos os atores envolvidos (Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde Coletiva e Saúde do trabalhador). Sugere-se que essas atividades identifiquem os processos de trabalho entre NASF's x ESF contemplando a cultura organizacional as singularidades de cada equipe.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos et al. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde**. Saúde debate[online]. 2013, vol.37, n.99, pp.672-680. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400015&script=sci_abstract&tlng=pt > Acessado em: 21/03/2017.

BARROS, Juliana de Oliveira et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 9, p.2847-2856, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, n. 39, 2014. 118p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, n. 27, 2010, pp. 9 – 32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2006, pp. 69 - 74. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php> Acessado em: 18/03/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Equipe de Referência e Apoio Matricial. Brasília, 2044. 17p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf > Acessado em: 10/05/2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.399-407. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016> Acessado em: 18/03/2017.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte, BH: GRUPO ÄNIMA EDUCAÇÃO, 2014. Disponível em < http://dgi.unifesp.br/sites/comunicacao/pdf/entreteses/guia_biblio.pdf> Acessado em: 02/08/2017.

MELO, Luize Maximo; FARIA, Thalita Hellen, ROCHA, Ana Carolinne Portela, OLIVEIRA, Luciana da Costa; FERRAZ, Daiana; ARAÚJO, Luciana R. P; ROMANO, Diana Carla; FABBRO, Márcia Regina Cangiani. **MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA PARA O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.** Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8. Disponível em <

https://www.researchgate.net/publication/278786073_MATRICIAMENTO_COMO_FERRAMENTA_PARA_O_PROCESSO_DE_TRABALHO_EM_EQUIPE_EM_UMA_UNIDADE_DE_SAUDE_DA_FAMILIA_BRASIL_RELATO_DE_EXPERIENCIA> Acessado em 27/10/2017.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mundo Saúde** (Impr.) 2010; 34:92-6. Disponível em < https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf > Acessado em: 20/03/2017.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. ***Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas***. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ CEPESC/Abrasco; 2007.

SILVA, Adriana Freire da; LOS, Dayvid Evandro da Silva; LOS, Dijalma Rodolfo da Silva. Web 2.0 e Pesquisa: **Um Estudo do Google Docs em Métodos Quantitativos**. In: RENOTE. Revista Novas Tecnologias na Educação, v. 9, p. 1-10, 2011. Disponível em < http://seer.ufrgs.br/renote/article/view/25141> Acessado em: 10/06/2017.

Análise comparativa do processo de trabalho dos Agentes de Combate à Endemias no município de Palmas-TO no ano de 2017

Comparative analysis of the work process of the Agents to Combat Endemics in the municipality of Palmas-TO in the year 2017

Análisis comparativo del proceso de trabajo de los Agentes de Combate a las Endemias en el municipio de Palmas-TO en el año 2017

Amanda Alexandrino Carvalho Araujo, Fundação Escola de Saúde Pública - FESP, Ceulp-Ulbra TO Palmas, Tocantins, Brasil, alexandrino1111@gmail.com;
Msc. Marta Maria Malheiros Alves, Fundação Escola de pública – FESP, Palmas, Tocantins, Brasil, martammalheiros@yahoo.com.br
Msc. Lana Rubia Rocha de Souza, Fundação Escola de Saúde Pública - FESP, Palmas, Tocantins, Brasil.

RESUMO: Este estudo objetivou analisar o serviço ofertado pelos Agentes de Combate a Endemias - ACE no combate ao vetor, *Aedes aegypti*, quanto ao método de trabalho em área fixa e em mutirões e relacionar o número de casos confirmados da Arbovirose; Chikungunya, com o trabalho exercido pelos ACE´s no ano de 2017. O presente estudo classifica-se como descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foi realizado no setor de Controle Vetorial da Unidade de Vigilância e Controle das Zoonoses-UVCZ de Palmas - TO. Foram utilizados dados secundários extraídos do SISFAD e SINAN; A análise estatística demonstrou que houve uma associação significativa entre o regime de trabalho (fixo e mutirão) e os casos positivos de Chikungunya, revelando que a área em que ocorreram maior número de inspeções (área em mutirão) coincide com menor número de casos confirmados de Chikungunya.

PALAVRAS-CHAVE: endemias, *Aedes*, controle vetorial

ABSTRACT: This study aimed to analyze the service offered by ACE in combating the vector, *Aedes aegypti*, regarding the method of work in fixed area and in mutirões and to relate the number of confirmed cases of Arbovirose; Chikungunya, with the work performed by the ACEs in the year 2017. The present study is classified as descriptive, retrospective, with a quantitative approach. This research was carried out in the Vector Control Sector of the Zoonoses Surveillance and Control Unit - UVCZ of Palmas - TO. Secondary data extracted from SISFAD and SINAN; Statistical analysis showed that there was a significant association between the work regime (fixed and mutirão) and Chikungunya positive cases, revealing that the areas with the highest number of inspections coincided with a lower number of confirmed Chikungunya cases.

KEYWORDS: endemics, *Aedes*, vector control.

RESUMEN: Este estudio objetivó analizar el servicio ofrecido por los ACE en el combate al vector, *Aedes aegypti*, en cuanto al método de trabajo en área fija y en mutirones y relacionar el número de casos confirmados de la Arbovirosis; Chikungunya, con el trabajo ejercido por los ACE en el año 2017. El presente estudio se clasifica como descriptivo, retrospectivo, con abordaje cuantitativo. Esta investigación fue

INTRODUÇÃO

As arboviroses são um problema de saúde pública de importância mundial pelo alto potencial de dispersão, capacidade de adaptação a novos ambientes e hospedeiros (vertebrados e invertebrados), pela possibilidade de causar epidemias extensas, e pela ocorrência do elevado número de casos graves [1].

O mosquito *Aedes aegypti* tem recebido maior atenção no controle vetorial devido a sua importância epidemiológica, e capacidade de transmitir múltiplas doenças. O controle eficiente desses mosquitos tem sido desafiador. A ecologia do mosquito *Aedes aegypti*, utiliza-se de água parada para se reproduzir, pesquisas apontam que as espécies de *Aedes* têm preferência de ovipor em recipientes com água limpa, porém, podem utilizar criadouros com água rica em matéria orgânica, desde que o recipiente possua uma parede interna para oviposição. O mosquito adulto vive, em média, de 30 a 35 dias. A fêmea põe ovos de 4 a 6 vezes durante sua vida, cerca de 100 ovos por vez, em locais com água parada. Um ovo do *Aedes aegypti* pode permanecer por até 450 dias, mesmo em recipiente sem água[2]. O *Aedes aegypti* possui característica antropofílica, com hábitos essencialmente domésticos e utiliza, em sua maioria, criadouros artificiais para se reproduzir[3].

A erradicação do *Aedes aegypti*, tem se tornado uma possibilidade cada vez menor, como método de controle e prevenção as arboviroses, devido sua capacidade de adaptação. O enfrentamento deste vetor tem ocorrido no sentido de controle e combate, estudando técnicas de melhores resultados com estudos científicos, para Controle Químico, Físico e Biológico. Outro grave problema é a falta de investimentos básicos, assim como a falta de recursos humanos e financeiros. O controle vetorial é uma ação

de responsabilidade coletiva e que não se restringe apenas ao setor saúde e seus profissionais[4].

Dentre as Arboviroses a Febre Chikungunya tem se destacado no ano de 2017, é uma enfermidade endêmica nos países do Sudeste da Ásia, África e Oceania. Emergiu na região das Américas no final de 2013[5.]

A Febre Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero *Alphavirus*. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas, a transmissão ocorre pela picada de fêmeas dos mosquitos *Ae. aegypti e Ae. albopictus* infectadas pelo CHIKV[6].

É um agravo de notificação compulsória[7], devendo todo caso suspeito ou confirmado ser notificado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nas fichas de notificação e investigação. Combater a este e outros agravos transmitidos pelo *Aedes sp.* tem sido um ponto importante de trabalho da vigilância em saúde[8].

O Agente de Combate a Endemias- ACE, tem papel importante na equipe de combate ao *Aedes sp.* por trabalharem em contato direto com a população sendo um canal de informação e orientação entre vigilância em saúde e comunidade, que pretende conscientizar para prevenir, por esses e outros motivos faz se necessário que o método de trabalho desses profissionais seja bem planejados, para oferecer um serviço eficiente a população[2].

A Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, que Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, no Art. 4º diz: O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da

saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado[9.]

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde o controle do *Aedes aegypti* baseia-se no trabalho de vistoria das residências, em busca de localizar criadouros, realizar tratamento químico ou mecânico quando necessário, e orientar a população quanto a eliminação dos criadouros e importância do cuidado com seu imóvel[10]. Porém na maioria das cidades este trabalho é feito com uma mão de obra escassa, reflexo dos poucos investimentos por parte do Governo[11].

O Ministério da Saúde orienta que os ACE´s trabalhem por zoneamento, ligados ao Centro de Saúde da Comunidade (CSC), distribuídos por microáreas, o que denominamos neste trabalho como: área fixa[11]. Na organização das atividades de campo o ACE é o responsável por uma zona fixa de 800 a 1.000 imóveis denominada de microárea (11), em Palmas o território está dividido em três regiões: Sul, Norte e Central, e trabalham parte em área fixa, parte em mutirão. O trabalho com Área fixa se localiza na região Sul, e o trabalho em Mutirão nas regiões Central e Norte. As regiões são divididas em microáreas segundo a norma operacional expedida pela secretaria de saúde Estado[12].

Os dados obtidos nas inspeções domiciliares são utilizados para calcular o Índice de Infestação Predial (IIP), que consiste na coleta de amostras encontradas nas inspeções e enviadas ao laboratório municipal para análise da espécie, cuja a finalidade é indicar o grau de infestação pelo *Aedes aegypti* no município[13]. Os dados obtidos alimentam o Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue (SISFAD), além disso o IIP é utilizado para indicar riscos de epidemias locais[14].

Este estudo objetivou analisar o serviço realizado pelos ACE´s no combate ao vetor, *Aedes aegypti*, quanto ao método de trabalho em área fixa e em mutirões no ano de 2017; Analisar o percentual de visitas realizadas e pendências do trabalho de controle do *Aedes* em Palmas; Mapear o Índice de infestação predial- IIP e Casos Positivos da arbovirose Febre Chikungunya, por região no município de Palmas no ano 2017; Analisar se há associação do número de casos positivos da arbovirose febre Chikungunya por região com o número de vistorias realizadas pelos ACE´s em áreas de trabalho fixo e regime de mutirão no ano de 2017.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no ano de 2018 sobre o trabalho de campo dos ACE´s de 2017 e classifica-se como descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa[15]. Esta pesquisa foi realizada no setor de Controle Vetorial da Unidade de Vigilância e Controle das Zoonoses- UVCZ de Palmas - TO, o Controle Vetorial coordena e supervisiona o trabalho dos ACE´s, é o setor responsável pelo monitoramento e combate aos vetores transmissores de Arboviroses. Foram utilizados dados secundários extraídos do SISFAD: IIP; números de imóveis vistoriados pelos ACE´s; SINAN: dados de casos confirmados da arbovirose febre chikungunya; Sisloc: número de imóveis; IBGE: número estimado da população do município e e-SUS: número de habitantes por região.

As variáveis analisadas para esta pesquisa foram: Números de vistorias realizadas anualmente pelos ACE´s, Índice de infestação predial (IIP) que revela a porcentagem dos imóveis com a presença de *Aedes* positivos; Percentual de pendências durante as visitas nas áreas fixas e em mutirão; e Casos confirmados de chikungunya no ano de 2017, analisando qual região apresentou maior número de casos.

Estes dados foram transformados em informação utilizando o software Microsoft Excel® 2017, trabalhados em números absolutos e percentual, com análise estatística pelo programa Biostat 5.0: Para verificar se houve associação entre o regime de trabalho (fixo e mutirão) com os casos positivos de chikungunya nas regiões por regime de trabalho, foi feita uma análise de qui quadrado com correção de yates, sendo considerado 5% nível de significância.

A pesquisa foi submetida à Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa da FESP-Palmas, para apreciação, aprovação e liberação de uso dos bancos de dados secundários. Após aprovado em comissão, foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP [CEULP/ULBRA], de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 e aprovado com o parecer número 02143918.3.0000.5516. Por se tratar de banco de dados com informações sigilosas do paciente, os dados são confidenciais e resguardados pelo sigilo durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado o anonimato.

RESULTADOS

O município de Palmas conta com 92 ACE´s, 10 supervisores de campo e 5 supervisores gerais, trabalhando no Controle Vetorial do UVCZ. O trabalho em área fixa conta com uma equipe de 45 ACE´s, 5 supervisores de campo e 1 supervisor geral, está dividida em 51 microáreas, no entanto 6 estão descobertas, os agentes que trabalham em área fixa estão vinculados a um CSC, e trabalham individualmente, realizando vistorias aos imóveis limítrofes de sua microárea com um cronograma fixo de visitas que se repete a cada ciclo.

O trabalho em regime de mutirão na região norte conta com uma equipe de 25 ACE´s, 3 supervisores de área e 1 supervisor geral, está dividida em 40 microáreas com 16 estão descobertas; região central conta com 22 ACE´s 3 supervisores de área e 1 supervisor geral, está dividida em 37 microáreas, e 15 estão descobertas. Quanto a metodologia de inspeção dos imóveis, o trabalho em mutirão não se difere do trabalho em área fixa, no entanto o ciclo de visitas do mutirão se diferencia, não é fixo, segue um cronograma com as localidades em que a equipe realizará o mutirão, este cronograma é elaborado pelo supervisor geral em conjunto com analistas do Controle Vetorial do UVCZ, o mesmo é elaborada com base nos indicadores: IIP e número de casos notificados das arboviroses por quadra, priorizando às quadras com maior percentual de IIP. No mutirão todos os ACE´s da equipe realizam as vistorias em uma mesma microárea, esse sistema se repete até que realizem vistorias em toda a área de abrangência da região.

No entanto, ano de 2017 foram realizadas 405,826 vistorias domiciliares em Palmas, número inferior ao esperado segundo o pacto firmado entre Estado do Tocantins e Município de Palmas, de 4 ciclo de visitas anuais a cada residência por ACE, com mínimo de 80% do total dos imóveis inspecionados por ciclo[12]. Cada ACE tem uma meta de 25 visitas diárias aos imóveis de sua microárea, para o ano de 2017 segundo a meta, os ACE´s deveriam realizar 460.000 visitas, considerando uma média de 200 dias úteis trabalhados (retirando férias, finais de semana e feriados).

Foram realizadas 176.038, 117.488 e 112.300 inspeções nas regiões sul, norte e central respectivamente. Foi encontrado um total de 493,020 imóveis trabalhados (Incluindo fechados e recusas), no entanto somente os imóveis em que a vistoria foi

realizada (Intradomicílio e Peridomicílio) foram considerados para a análise estatística. (Tabela 1).

Tabela 1. Dados referentes ao trabalho de controle vetorial do Aedes aegypti no município de Palmas no ano 2017.

Região	População	Casos Chikung.	IIP	N. Imóveis	Imov. Vist.	Recusas	Imov. Fechados	Total visit. Ano
Sul	117.261	494	0,42	57.324	176,038	47	29.126	205.211
Norte	92.581	85	1,05	37.325	117,488	135	27.095	144.718
Central	84.430	55	0,22	34.419	112,300	114	30.677	143.091
Total	294.272	634	0,40	129.068	405,826	296	86.898	493.020

Fonte: IBGE, e-SUS, SINAN e SISFAD, 2017.

As recusas e fechados são considerados pendências do serviço e precisam ser recuperados, ou seja, o ACE retornará ao imóvel para realizar a inspeção[12]. Das 493.020 visitas trabalhadas, 86.898 encontraram-se com imóveis fechados durante as visitas do ACE, a região em área fixa registrou 34% do total de imóveis fechados, e área em mutirão registrou 66%. Também foram registradas 296 recusas de vistorias domiciliares, do total de recusas 16% ocorreram na região sul, 46% na região norte e 38% região central. Ao observar esses percentuais por área fixa e mutirão, a região de trabalho em mutirão apresentou um percentual de recusa cinco vezes maior em relação à área fixa, (Figura 1). No entanto o número de recusas é quase que insignificante em relação ao total de imóveis trabalhados.

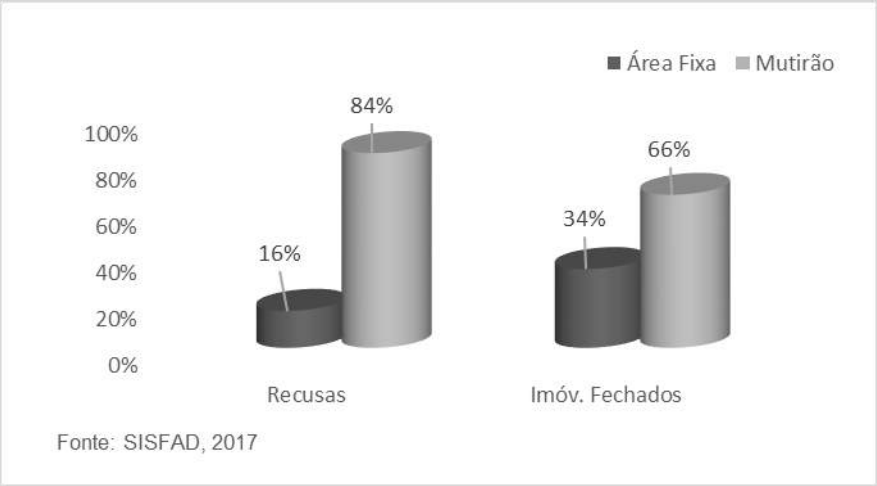
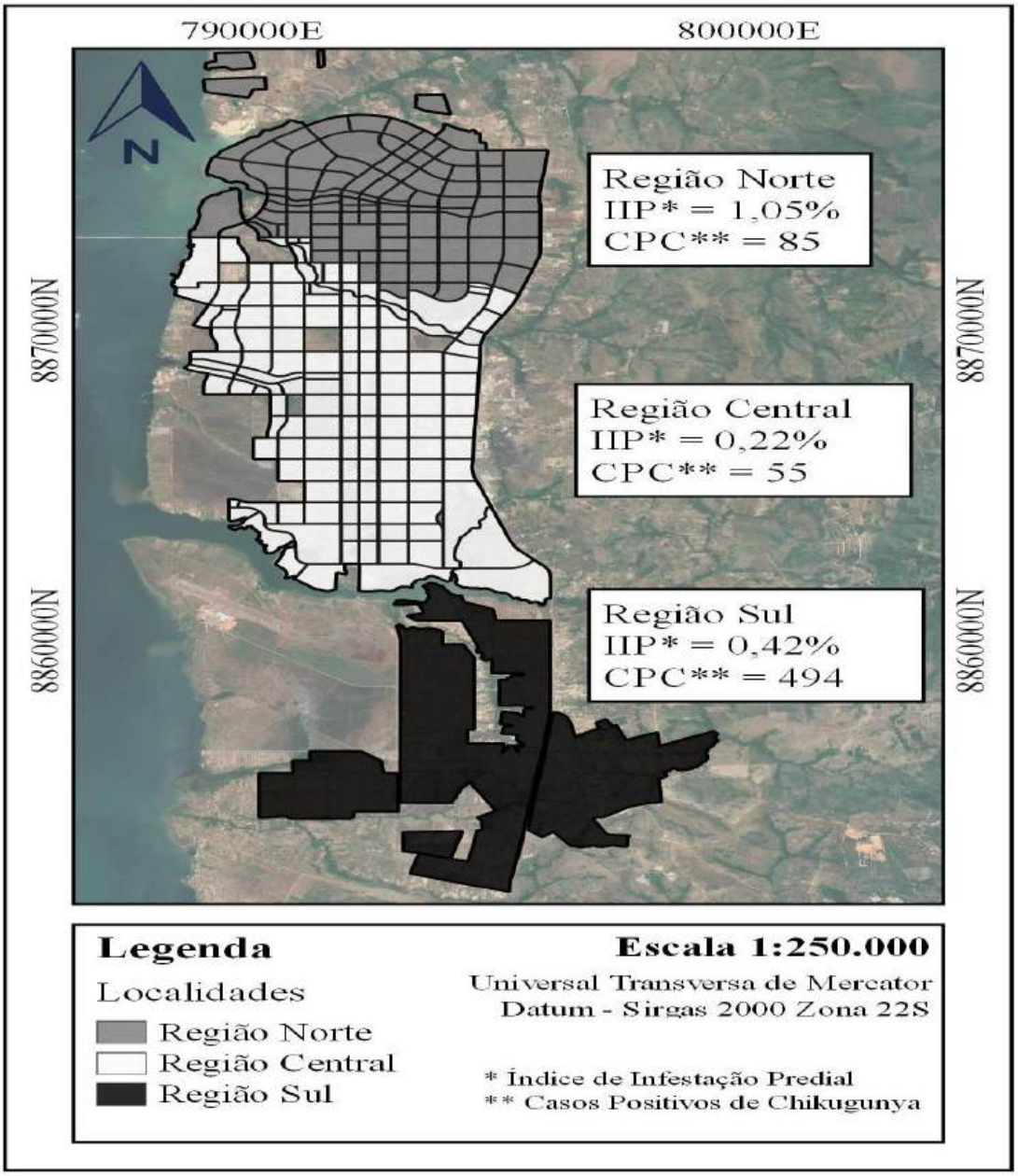


Figura 1. Percentual de recusas e imóveis fechados durante a visita do ACE no ano de 2017 em Palmas, TO.

No período analisado foi encontrado um Índice de Infestação de 0,42%, 0,22% e 1,05% nas regiões sul, central e norte respectivamente (Figura 2). Foram notificados 634 casos confirmados de Febre Chikungunya em Palmas no ano de 2017, destes 494 casos ocorreram na região sul (área fixa) com uma incidência de 221,06 casos/100mil hab., 85 casos ocorreram na região central (mutirão) com uma incidência de 91,8 casos/100mil hab. e 55 casos na regiões norte (mutirão) com incidência de 65,1 casos/100mil hab. Não foram incluídos nesta análise os casos oriundos da zona rural, por não ser uma região coberta pelo serviço dos ACE´s (Figura 2). A análise estatística realizada demonstrou que houve uma associação significativa ($\chi^2_{yates\ 0,05;\ 1}$ = 382,1 p=0,0001) entre o regime de trabalho (fixo e mutirão) e os casos positivos de Chikungunya. Revelando que as áreas em que ocorreram maior número de inspeções coincidem com menor número de casos confirmados de Chikungunya (Figura 3).



Fonte: Sisfad, Sinan, 2017.

Figura 2. Mapa dos casos de Chikungunya e IIP no ano de 2017 em Palmas, TO.

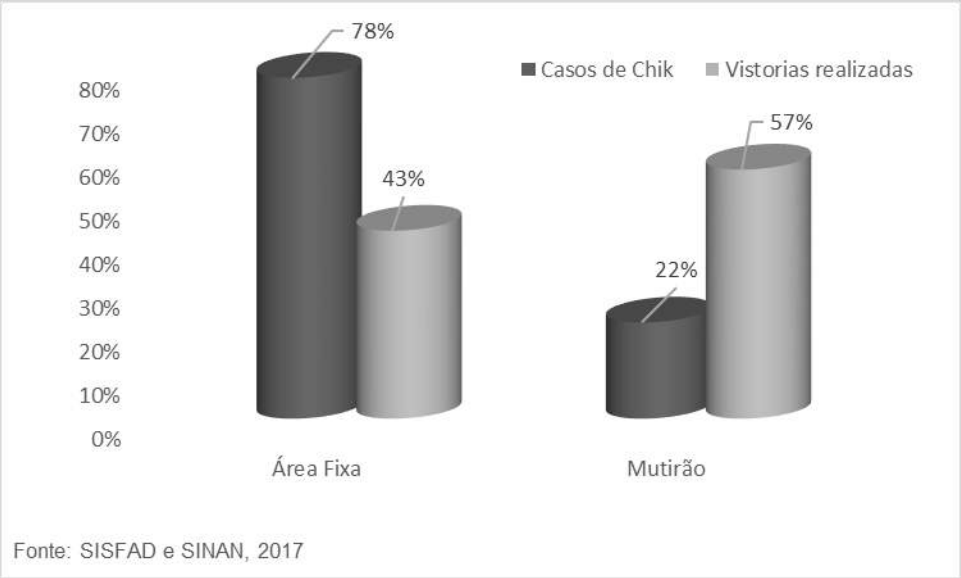


Figura 3. Percentual de Casos positivos de Chikungunya e Vistorias realizadas no ano de 2017, em Palmas, TO.

DISCUSÃO

A orientação do Ministério da Saúde quanto ao trabalho do ACE é de que adote preferencialmente o regime de zoneamento, que consiste em mantê-lo atuando em uma mesma área de trabalho (área fixa), se possível próximo ao local de sua residência, buscando ainda territorialização compatível com a da Atenção Primária[16].

Segundo Bezerra[17], a territorialização (área fixa) seria a melhor estratégia de trabalho para os ACE. Em Palmas somente a região Sul trabalha em área fixa, e conta com maior número de ACE por equipe. As Equipes das regiões central e norte trabalham em mutirão, como estratégia para que todas as microáreas sejam trabalhadas, devido seu número reduzido de ACE por equipe. Segundo Cavalcante[18], o mutirão é uma estratégia eficaz de vigilância as arboviroses desde que o planejamento leve em consideração as peculiaridades de cada território, fundamentando-se nas suas características epidemiológicas.

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, o trabalho em mutirão alcançou melhor resultado de cobertura em 2017, a região em área fixa alcançou 71,67% das visitas que deveriam ser realizadas nos 4 ciclos, e a área em mutirão alcançou 89% em 4 ciclos trimestrais. Segundo IBGE a população estimada em Palmas é de aproximadamente 286.787 habitantes[19], ao contabilizar o percentual de habitantes de Palmas, 40% da população está na região em área fixa (sul), e 60% na região em trabalho de mutirão (norte e central).

A integração de ACE e ACS no Centro de Saúde da Comunidade (DECRETO Nº 8.474, de 2015**)**, é uma das justificativas levantadas para utilização do trabalho em área fixa, em busca de melhor atender a comunidade em que a equipe está inserida[17].

No entanto ao observar os resultados obtidos na área fixa em contraste com mutirão, a percepção é de pouco reflexo na qualidade ou melhoramento do serviço ofertado por esse regime de trabalho, o que leva aos questionamentos: de fato houve integração entre ACE e ACS? Se sim, como ocorreu, e quais as causas do resultado negativo? Estes questionamentos não podem ser respondidos por métodos estatísticos, e esta pesquisa não o propõe, mas sinaliza para a necessidade de mais estudos sobre o tema, em busca de direcionamentos para melhores estratégias para o serviço.

Os imóveis fechados e recusas são um dos impedimentos para uma melhor cobertura do trabalho de controle de infestação pelo *Aedes Aegypti* no município, podendo ser analisado como reflexo da rotina da população, que trabalha e/ou estuda em horário comercial, o mesmo em que os agentes realizam as visitas. Este é um fator agravante, visto grande parte dos criadouros estarem dentro das residências, em vasos de plantas, caixas d'água, garrafas, latas, calhas, piscinas e outros recipientes[20].

A área fixa, apresenta menor número de recusas pelo moradores (Figura 1), a recusa é um direito do morador, que não aceita a vistoria em seu domicílio, visto o lar ser inviolável[9'], um dos pontos apresentados como justificativa para o trabalho em área fixa, seria a diminuição das recusas e melhor aceitação do ACE pelos moradores, pois a população teria vínculo e referência do profissional que visita seu domicílio periodicamente, gerando um ciclo de confiança para receber a visita domiciliar. No entanto o quantitativo de recusas é quase que insignificante em relação ao número de visitas realizadas (Tabela 1).

Mas, cabe nesta análise levar em consideração o perfil da população em questão, considerando que a região sul (área fixa), é uma região periférica da cidade, com uma população de menor poder socioeconômico, e moradores mais acessíveis, em contraste com as regiões centro/norte (área mutirão) região centralizada e de área comercial da cidade, com uma população de maior poder socioeconômico, o que talvez possa ser associado a recusa. Não é objetivo desta pesquisa relacionar esses fatores, apenas salientamos para essa realidade local que pode ter influência sobre os resultados obtidos.

Como produto das Vistorias realizadas são produzidos relatórios diários, semanais e mensais, que alimentam o banco de dados SisFAD (que foi substituído pelo SisPNCD no ano de 2018). E servem de base para a produção dos relatórios situacionais e boletins epidemiológicos elaborados pelos analistas do controle vetorial da UVCZ, para melhores direcionamentos e ou potencialização das ações em quadras com IIP elevado. Segundo o Ministério da Saúde os índices inferiores a 1% indicam que a infestação pelo vetor está baixa, é um valor considerado satisfatório, de 1% a 3,9%

significa que o município está em situação de alerta, e índices superiores a 4% indica risco de surto de arboviroses[21].

O IIP total de Palmas no ano de 2017 foi 0,40%, estava dentro do aceitável pelos critérios do Ministério da saúde, analisando o IIP por região: Sul, norte, central, o esperado seria que o maior número de casos registrados ocorresse na região norte, por apresentar maior IIP, no entanto, a região sul com um IIP quase duas vezes menor, registrou cinco vezes mais casos positivos de Chikungunya (Figura2).

Esse resultado pode estar associado a múltiplos fatores: ao maior número de habitantes na região sul; Deslocamento, considerando que uma parcela da população da região sul trabalha e/ou estuda na região centro/norte, onde podem ter contraído a doença, levando em consideração o hábito do vetor que é diurno; Situação socioeconômica da população; Qualidade de serviços básico ofertados na região como: esgoto, tratamento de água, coleta de lixo adequada, entre outras; ou ainda pode estar associada a qualidade do trabalho realizado pelos ACE´s da região quanto a inspeção e investigação dos focos, o que pode mascarar o resultado do IIP. Estas inferências não podem ser respondidas por este estudo, e deixa o caminho para estudos mais específicos e aprofundados no tema, visto a necessidade das respostas a essas perguntas, para um melhor plano de trabalho.

De todos os casos confirmados de Chikungunya em 2017 (634), 78% ocorreram na região sul de palmas, onde ocorre uma população total de 117.261 pessoas, os outros 22% de casos ocorreram nas regiões norte e central, onde há uma população de 176.871 pessoas exposta ao vírus (Figura 2). O teste de associação qui-quadrado confirmou que pudesse relacionar o número de vistorias realizadas com o número de casos positivos de Chikungunya, o resultado mostrou que onde houve maior número de visitas realizadas

registrou-se menor número de casos confirmados da chikungunya, e o contrário é verdadeiro, na região em área fixa foi realizado menor número de inspeções e maior registro de casos positivos, este resultado pode estar associado ainda a outros fatores, como já discutidos.

Diante dos resultados obtidos é necessário repensar os métodos de trabalho e articulação dos serviços, para implementação de novas estratégias de trabalho, a fim reduzir incidência de casos das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no município de Palmas.

Existem diversos estudos de estratégias elaboradas para melhoramento do controle vetorial e, por conseguinte do serviço dos ACE. Garcia[13], sugere o uso de um aplicativo eletrônico, utilizado para monitoramento do trabalho e interação da comunidade por meio dessa tecnologia, para melhorar o serviço. Bezerra[17], defende a construção conjunta entre ACE e Gestão da territorialização, a partir do levantamento das especificidades do município. Oliveira et al.[22] sugere a Mobilização social e monitoramento por meio de Ovitrampas. Para a escolha de um método de trabalho eficiente primeiro é necessário que se conheçam as especificidades e singularidades do município. Para encontrar a estratégia que melhor corresponderá as necessidades locais. Cavalcante[18], defende o trabalho em regime de mutirões em parceria com Atenção Básica, Comunidade e outros órgãos.

Segundo Garcia[13], para o combate ao *Aedes aegypti* ser eficiente, é necessário que toda a população entenda, a importância do cuidado da sua residência, o autor salienta ainda que um imóvel que estiver com criadouros e focos, pode gerar mosquitos suficientes para trafegar por todo um bairro. O ciclo de visitas do ACE a um mesmo imóvel tem um intervalo médio de 90 dias, o ciclo de reprodução do *Aedes aegypti* varia

de 7 a 10 dias a depender as condições climáticas, diante do exposto precisamos concordar com Garcia, que mesmo com um método eficiente de inspeções não conseguiríamos combater e controlar a infestação deste vetor, esse pode ser um dos fatores para tantos casos de arboviroses.

Portanto, é necessário que as estratégias de trabalho estejam aliadas a educação em saúde, tanto dos profissionais, para que entendam a importância, relevância e impacto do seu trabalho quando realizado com qualidade, quanto da população, pois somente através da conscientização de todos o combate a esse vetor será efetivo.

Está pesquisa não pretende esgotar o tema em questão, a partir destes alguns outros questionamentos foram surgindo, no entanto não puderam ser respondidos pelo método de análise aplicado, o que limitou o aprofundamento das discussões acerca do tema, deixando espaço para outros estudos com métodos específicos de investigação.

Contribuição dos autores: A autora principal Amanda foi quem realizou a coleta de dados, análise e redação, a orientadora Marta e co orientadora Lana participaram do delineamento da pesquisa, discussão e revisão do artigo.

Conflito de interesses: Não existem conflitos de interesse entre os autores para a publicação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Donalisio, MR. Freitas, ARR. Von Zuben, APB. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública**.** Rev. de Saúde Pública. 2017; 51:30 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006889.pdf > Acessado em 19 de nov. de 2018.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

3. Pontes. RJS, Ruffino-Netto A. Dengue em localidade urbana da região sudeste do Brasil: Aspectos Epidemiológicos. Revista de Saúde Pública, 1994. 28(3): 0034-8910. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n3/10.pdf> Acessado em: 19 de out. de 2018.

4. Neto, ASL. Nascimento, OJ. Sousa, GS. Lima, JWO. Dengue, zika e chikungunya - desafios do controle vetorial frente à ocorrência das três arboviroses- Parte I. Rev. Brasileira em Prom. da Saúde, 2016. 29(3): 305-308. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5782 > Acessado em: 15 de out de 2018.

5. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

6. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

7. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html> Acessado em: 04 de fev. de 2019.

8. Mendonça, FA.; Veiga, A.; Dutra, DA. Saúde Pública, urbanização e dengue no Brasil. Soc. & Natureza, Uberlândia, 2009. 21(3):257-269.
Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sn/v21n3/a03v21n3.pdf > Acessado em: 12 de 2018.

9. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. (Art. 5 XI)

10. Ministério da Saúde (BR). Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2001.

11. Silva, JS. Mariano, ZF. Scopel, I. A dengue no Brasil e as políticas de combate ao *Aedes aegypti*: da tentativa de erradicação às políticas de controle. HYGEIA, Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2008 Jun; 3(6):163-175. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16906/9317 > Acessado em: 17 de out. de 2018.

12. Norma Operacional; 01/2018/GVEA/DVEDVZ/SVPPS. Revoga a Nota Técnica N° 001/2009, normatiza a organização das microáreas de trabalho dos Agentes de Combate as Endemias, incluindo a perspectiva de vinculação com as microáreas dos Agentes Comunitários de Saúde e dá outras diretrizes. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404746/> Acessado em: 05 de jan. 2019.

13. Garcia, LM. Cordeiro, LA. Análise do impacto da utilização de um aplicativo móvel para o monitoramento e a qualificação das ações de campo dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. Revista Interdisciplinar da PUC Minas no Barreiro – Percurso Acadêmico, 2016 jul./dez; v. 6, n. 12, ISSN: 2236-0603.

14. Coelho, GE. Relação entre índice de infestação predial (IIP), obtido pelo levantamento rápido (LIRAa) e intensidade de circulação do vírus da dengue. [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, 2008.

Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10294/1/1111.pdf> Acessado em: 18 de out. de 2018.

15. Dalfovo MS, Lana, RA, Silveira A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, 2010; 2(4):0- 13. Disponível em: < http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/viewArticle/243 > Acessado em 15 de nov. de 2018.

16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

17. Bezerra ACV, Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. Ciência e saúde coletiva. 2017 out; 22(10):3259-3268. Disponível em < http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17722017 >. Acesso em: 13 fev. 2019.

18. Cavalcante MMB, Martins PAMV, Costa AA. Organização dos mutirões de Combate à dengue: uma estratégia eficaz de controle da infestação do Aedes aegypti. Rev. De Politicas Públicas Sanare, 2010 jan-jun; 9(1):23-26. Disponível em: < https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/201> Acessado: 20 de jan de 2019.

19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- Disponível em: < , http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptto.def> Acessado em: 10 de out de 2018.

20. Silva, VC. Schereri PO. Falcão, SS. Alencar, J. Cunha, SP. Rodrigues, et al. Diversidade de criadouros e tipos de imóveis frequentados por Aedes albopictus e *Aedes aegypti*. Revista Saúde Pública 2006; 40(6):1106-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/21.pdf > Acessado em: 13 de fev. de 2019.

21. Ministério da Saúde (BR). Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

22. Oliveira, JC. Silva, AM. Douglas, QS. Coutinho, EG. Fernandes, PIB. Lima, SC. Mobilização social e monitoramento de vetores em microterritórios, por meio de Ovitrampas: Conquistas e desafios. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, HYGEIA. 2018 jan; 14 (29): 37 – 53. Disponível em:<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/45336> Acessado em 13 de fev. de 2019.

Revista para submissão: Epidemiologia e Serviços de Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde.
Link das normas da revista:
http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?lang=pt&p=instrucoesAutores

realizada en el sector de Control Vetorial de la Unidad de Vigilancia y Control de las Zoonosis - UVCZ de Palmas - TO. Se utilizaron datos secundarios extraídos del SISFAD y SINAN; El análisis estadístico demostró que hubo una asociación significativa entre el régimen de trabajo (fijo y mutirão) y los casos positivos de Chikungunya revelando que las áreas en que ocurrieron mayor número de inspecciones coinciden con el menor número de casos confirmados de Chikungunya.

PALABRAS-CLAVE: endemias, *Aedes*, control vectorial.

Trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Fomento de pesquisa Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), Universidade Luterana do Brasil (Ulbra/TO)

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM CENTRO DE SAÚDE DA COMUNIDADE SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

PERCEPTIONS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A COMMUNITY HEALTH CENTER ON HUMAN VISCERAL LEISHMANIOSIS IN PALMAS/TO

Carla Fernanda Silvestre
Tatiana Evangelista da Silva Rocha

Resumo: A Leishmaniose Visceral é uma doença infecciosa grave, transmitida por vetores que tem o cão como principal reservatório e o homem como destino final, sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa foi investigar a percepção de Agentes Comunitários de Saúde de um Centro de Saúde da Comunidade de Palmas/TO sobre a Leishmaniose Visceral. Foi realizado um estudo qualitativo com dez ACS entre agosto e outubro de 2018, no qual aplicou-se um questionário semiestruturado que contemplou a definição da doença, seu modo de transmissão, o papel destes profissionais na prevenção do agravo e a existência de capacitações recentes. As respostas foram analisadas por meio da análise do conteúdo. A pesquisa identificou que a maioria dos agentes compreendem seu papel em relação as orientações à comunidade (n=9), no entanto percebeu-se um baixo conhecimento por parte destes, pois dois afirmaram ter pouco conhecimento e dois não se sentiram seguros para falar sobre a doença quando questionados. Outros quatro manifestaram algum conhecimento sobre os sintomas. A maioria compreende (n=6) o ciclo de transmissão, e quatro reforçaram a gravidade e dificuldade do diagnóstico. Cabe destacar que, em relação as capacitações, cinco relataram ser raras e quatro afirmaram que não lembram quando ocorreu a última vez. Conclui-se que a Leishmaniose Visceral não faz parte da rotina dos agentes e que eles quase não são instrumentalizados para tal. As orientações dispensadas à comunidade são gerais e focadas na higiene e na dengue. Todavia, a LV possui especificidades, que, de posse deste conhecimento, os mesmos poderiam informar e identificar situações de risco que passam despercebidos, contribuindo assim, em conjunto com as outras categorias profissionais, com o controle do agravo ou redução dos danos ocasionados por ele por meio do diagnóstico precoce e tratamento eficaz.
Palavras-chave: Transmissão; unidade básica de saúde; prevenção.

Abstract: Leishmaniases is a serious infectious disease transmitted by vectors. Dog is the main reservoir and the man is the final destination, being considered a public health problem. So, the objective is to assess the perception of the community health agent of a health community center of Palmas- TO about the leishmaniases. Qualitative study conducted with ten community health agents between august and October 2018. It was used a semi structured questionnaire containing questions about the disease, the mode of transmission, the function of that professionals in the prevention of this disease and recent qualifications. The answers were analyzed through content analyses. The study identified that most of the community health agents have understood their function with regard to community guidelines (n=9), but it misunderstood by professionals knowledge because two people claimed that they had little knowledge about it, two claimed they do not feel safe enough to describe, four know about some symptoms. Most of them understand (n=6) the transmission cycle of the disease and four have reinforced the gravity and the difficulty of the diagnosis. The most interesting was about the qualifications, because five professionals claimed they're rare and four said don't remember when was the last one. Concludes that leishmaniases is not part of the routine's agent and they

don’t receive qualifications about it. The community’s guidance are general and directed at hygiene and at dengue. But the leishmaniases has specialties that can help the agents to inform and identify risks situations that would go unnoticed and with the other professional categories could contribute to the disease control and lessen the damage caused by it through the early diagnoses and effective treatment.
Keywords: Transmission; Health Basic Unity; Prevention.

INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV), ou calazar, é uma infecção crônica e sistêmica grave, ocasionada por protozoários do gênero *Leishmania*, a qual é transmitida por meio de vetores/flebotomíneos infectados (PELISSARI et al., 2011). No Brasil, o principal vetor é o *Lutzomya longipalpis*, popularmente conhecido como mosquito-palha, que tem o cão como reservatório mais comum e o homem como destino final (ZUBEN, DONALÍSIO, 2016).

Inicialmente vista como uma endemia rural, tal patologia vem se urbanizando com rápida expansão e por ser de difícil controle tem se tornado um importante problema de saúde pública no Brasil (GÓES et al., 2012). Para Souza et al., (2008), são vários os fatores envolvidos na emergência da LV. Dentre eles destacam-se as frequentes alterações ecológicas e demográficas presentes na região neotropical, a larga destruição nas áreas florestais, o veloz crescimento populacional e o esvaziamento rural, o que tem modificado o ciclo natural da *L. infantun (L. chagasi),* espécie mais comum no Brasil. As condições expostas causam o aumento das populações de insetos vetores e os reservatórios dos parasitos. Com a fácil adaptação dos *Lutzomya longipalpis* a diferentes ambientes, a epidemiologia da LV vem se alterando com o decorrer do tempo. As cidades vêm crescendo desordenadamente, com grandes aglomerações e precárias condições sanitárias. Somado a isso, o fato dos migrantes levarem consigo animais domésticos como cães, galinhas e porcos e mantê-los nos arredores de seus domicílios, tem aumentado a população destes insetos em áreas urbanas (SOUZA et al., 2008).

A transmissão dá-se por meio da picada de fêmeas de flebotomíneos da espécie *Lutzomya longipalpis* ou *Lutzomya cruzi* (este último mais comum no estado do Mato Grosso do Sul), infectados pela *Leishmania infantun (L. chagasi)*, ocorrendo enquanto o parasitismo estiver na pele ou no sangue periférico do hospedeiro. É importante

salientar que a transmissão não acontece de forma direta, ou seja, de pessoa para pessoa (BRASIL, 2011).

Estima-se que anualmente 400.000 pessoas sejam afetadas pela LV em todo o mundo, ocasionando cerca de 50.000 mortes (OMS, 2013), de modo que Teles e colaboradores (2014), destacam que ela foi identificada em ao menos 65 países e com perspectivas de expansão, visto que seu alvo são principalmente populações de menor poder aquisitivo. O Brasil responde por cerca de 90% das notificações de LV das américas, com uma incidência de 4,35 casos por 100.000 habitantes (OPAS/OMS, 2015). A média da letalidade de LV no país no período entre 2000 e 2015 foi de 6,7 e em 2015 a taxa foi de 7,8 (BRASIL, 2016). Inicialmente 90% dos casos eram registrados na região nordeste, contudo, ela vem sendo encontrada em estados da região norte, centro oeste, sudeste e, mais recentemente na região sul, alterando seu perfil epidemiológico no país (TELES et al., 2014).

A suscetibilidade da LV é universal, podendo acometer indivíduos de qualquer idade ou gênero, contudo é mais comum em crianças, devido ao estado de imaturidade imunológica (BRASIL, 2006). Cabe destacar que, quando não tratada adequadamente, ela têm 90% de possibilidade de evoluir para o óbito (PELISSARI et al., 2011), especialmente quando associada à desnutrição e à quadros de infecções concomitantes (BRASIL, 2006). Sobre o diagnóstico, em geral, ele é clínico-epidemiológico e laboratorial. Na rede básica de saúde, este último é pautado, fundamentalmente em exames imunológicos, aliados aos métodos parasitológicos, sorológicos e imunológicos.

Quanto a sintomatologia, a febre prolongada é o principal sintoma, podendo haver ainda hemorragia, tosse e diarreia. Frequentemente anemia e esplenomegalia também são achados do exame físico (OMS,2016). Assim, considera-se um caso suspeito de leishmaniose visceral a presença de febre e esplenomegalia, associados ou não a hepatomegalia. Didaticamente, a manifestação dos sintomas foi dividida em períodos distintos: período inicial, febre com duração menor que quatro semanas, anemia e hepatoesplenomegalia; período de estado, febre irregular associada a anemia, emagrecimento progressivo e aumento da hepatoesplenomegalia e período final, quando, devido a ausência de diagnóstico e tratamento oportuno, a doença evolui

e há febre contínua, comprometimento intenso do estado geral, desnutrição, edema dos membros inferiores, hemorragias e ascite. Geralmente o óbito é ocasionado por infecções bacterianas e sangramentos (BRASIL, 2006). Os critérios de cura são geralmente clínicos.

Quanto ao controle da doença, o Ministério da Saúde preconizou, por meio da publicação do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV) em 2006, o diagnóstico precoce e tratamento adequado de pacientes humanos, combate ao vetor biológico, identificação e eutanásia de reservatórios caninos infectados, além de atividades educativas junto a população (BRASIL, 2006).

Contudo, é sabido que apesar das tentativas de se controlar vetores e reservatórios caninos, a LV encontra-se em crescente expansão territorial, assim como também tem se elevado a mortalidade, acometendo todas as faixas etárias e preocupantemente de modo oportunista aqueles indivíduos com síndrome da imunodeficiência adquirida (BRASIL, 2006).

Dentre os principais aspectos inerentes à persistência das doenças infecto parasitárias no Brasil, encontram-se a falta de informação e à carência de medidas preventivas, o que dificulta o emprego e a eficácia dos meios de controle. Com a descentralização do Sistema Único de Saúde, a gestão do controle e vigilância da LV ficam a cargo do município, o qual deve ajustar as ações de controle e vigilância à realidade local, desafiando os serviços de saúde brasileiros (CARMO; LUZ; BEVILACQUA, 2016). Neste sentido, além das características clínicas e epidemiológicas, para uma compreensão mais ampliada do agravo em questão, é interessante conhecer também a percepção de atores sociais que auxiliam na prevenção da LV, neste caso os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois sabe-se que a informação pode reduzir o risco da ocorrência de um agravo em até 2,24 vezes (BORGES et al., 2008). Logo, qualquer conhecimento sobre a LV pode ser considerado fator de proteção para o indivíduo exposto.

Palmas, a capital do Tocantins é considerada área de transmissão intensa da LV em humanos, com casos confirmados em todas as faixas etárias. Segundo dados extraídos do Sistema de Informação de agravos de Notificação Online (SINAN), em 2016 foram notificados 225 casos suspeitos de residentes no município. Desses, foram

confirmados 15, correspondendo a uma taxa de incidência de 5,4 e nenhum óbito. Em 2017 por sua vez, houve 248 notificações, das quais 30 foram confirmadas, resultando numa incidência de 10,5, 2 óbitos e uma taxa de letalidade de 6,5. Já em 2018 foram 254 notificações, 29 confirmadas, para uma incidência de 10,1, 2 óbitos, para uma letalidade de 6,5. Observa-se que o número de casos confirmados foi dobrado nos dois últimos anos, em comparação ao ano de 2016. Ademais, a maior parte deles são provenientes das regiões sul e norte da cidade, onde há grande concentração de pobreza e vulnerabilidade social. Localizado na região sul de Palmas, o bairro Aureny III apresenta elevada densidade populacional e canina, sendo considerada área de transmissão esporádica para LV em humanos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2018). Além do exposto, a área em questão possui córrego e zonas de mata, fatores agravantes para o desenvolvimento da LV.

Tendo em vista que os ACS representam o elo entre o usuário e o serviço primário de saúde, acredita-se ser importante que estes tenham conhecimento acerca da LV, sua sintomatologia, prevenção e controle, para que assim possam informar a população, colaborando com a prevenção do agravo e trazendo maior agilidade ao diagnóstico. Este estudo propôs-se então a compreender as percepções sobre a Leishmaniose Visceral por parte dos ACS lotados em um Centro de Saúde da Comunidade, localizado no Setor Aureny III, na região sul do município de Palmas - TO.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de campo, com abordagem qualitativa, a qual foi desenvolvida entre os meses de agosto e novembro de 2018 em um Centro de Saúde da Comunidade localizado na região sul do município de Palmas-TO, cuja área é considerada vulnerável no que tange à Leishmaniose Visceral.

Conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a capital do estado possui 291.855 habitantes em 2018. Ela está localizada na região Norte/Central do Brasil e é conhecida como a capital mais jovem do país, dispondo de uma área de 2.218,942 km² (IBGE, 2017). O sistema de saúde municipal encontra-se organizado em 8 territórios, nos quais estão dispostos 34 Centros de Saúde da

Comunidade, que contam com 86 equipes de Estratégia de Saúde da Família, onde atuam 472 Agentes Comunitários de Saúde.

Assim, para este estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez ACS, que, ao aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas-CEULP/ULBRA, conforme os princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, aprovado pelo CAE sob o parecer n 2.714.461.

Segundo Minayo (2006), uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade do problema de investigação em suas múltiplas dimensões, portanto, não está atrelada a critérios numéricos para sua delimitação. Em uma metodologia de base qualitativa, o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori*; tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de divergência das mesmas.

Enquanto estiverem surgindo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas continuarão. No momento em que se torna possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise, visões de mundo do universo em questão e as recorrências, considera-se ter sido atingido o que se convencionou chamar de “ponto de saturação”. O trabalho de campo é, então, finalizado, sabendo que se pode (e deve) voltar para esclarecimentos quando necessário (BOGDAN, BIKLEN, 1994; DUARTE, 2002).

As entrevistas contemplaram temas como a definição, meios de transmissão, prevenção, bem como o papel dos ACS diante da Leishmaniose Visceral. As respostas foram tratadas por meio da Análise do Conteúdo, segundo Bardin (2011). Este método qualitativo (definido por categorias) consiste em:

- Pré-análise (categorização): o material é organizado através de leituras flutuantes das entrevistas, compondo o corpus da pesquisa que permite a criação de indicadores para a discussão final;
- Exploração do material coletado: escolha de unidades de registro através de análises;

- Tratamento e interpretação dos resultados obtidos:
    - Codificação: transformação dos dados em sua forma bruta em texto;
    - Inferência: busca uma ressignificação dos conteúdos analisados.

A interpretação deu-se a partir de uma síntese entre: as questões da pesquisa, os resultados obtidos por meio da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada (BARDIN, 2011).

Afim de resguardar a identidade dos participantes, estes foram identificados pela letra P, seguido de um numeral.

As informações colhidas subsidiaram a produção de uma intervenção no CSC em questão, objetivando informar, trocar conhecimentos e sanar as dúvidas dos profissionais sobre o agravo. Para tanto, conduziram a atividade uma bióloga e uma médica veterinária, residentes do programa de Saúde Coletiva, atuantes na Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas dez entrevistas com agentes comunitários de saúde, sendo nove do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade média de 42 anos, variando de 32 a 50 anos. O tempo médio de serviço como ACS foi de 14,8 anos, variando de 4 a 19, sugerindo que grande parte dos entrevistados acumula larga experiência na profissão.

Quanto ao nível de escolaridade, três dispõem do ensino médio, um do ensino técnico e os outros seis possuem nível superior. Em relação ao tempo de serviço, apenas um exerce a função a menos de 10 anos.

A partir da observação das respostas do questionário semiestruturado, foram criadas quatro categorias: conceito, transmissão, diagnóstico e prevenção da LV.

A análise das entrevistas realizadas identificou dois profissionais que afirmaram dispor de pouco conhecimento acerca da patologia e outros dois alegaram não se sentirem seguros para explanar sobre ela:

> *“Ah, para ser bem sincera, nesses 11 anos que eu trabalho na área da saúde, eu sei pouco sobre essa doença” (P5). “Bom, eu*

> *não tenho muito conhecimento sobre a leishmaniose visceral, mas o que eu sei é que ela é uma doença que, tipo, ela é uma doença que afeta o fígado, né e vários outros órgãos" (P1).*

De acordo com o trabalho desenvolvido por Massia (2017) com profissionais de saúde em Uruguaiana/RS, quanto a sintomatologia, quatro indivíduos manifestaram certo conhecimento. Dentre os sintomas mais citados, destacam-se abdome inchado (hepato/ esplenomegalia) e febre, informações semelhantes foram citadas por entrevistados nessa pesquisa.

> "*...E o que eu sei dos sintomas dele é febre, fica com o abdome alterado do paciente, e quando a gente vê um caso desses a gente já orienta logo para procurar a unidade de saúde para tomar as providências cabíveis e pra ta fazendo o tratamento do paciente" (P3).*

Como no estudo de Massia (2017) a presença de feridas na pele também foi mencionada como sintoma do agravo por um entrevistado, confundindo a LV com a Leishmaniose tegumentar. E como em Menezes et al. (2014) também houve confusão entre a LV e a Leptospirose.

Quanto a transmissão, ainda há indivíduos (n=1) que atribuem a culpa pela doença ao cão, como identificado na fala do profissional *"Mais é de bicho que contem pelos, né? Cachorro, gato, gado, animais...que eu acho né" (P1),* visão que pode comprometer a adoção de medidas adequadas de prevenção inerentes ao manejo ambiental, visando modificar as condições do meio, impedindo que criadouros de formas imaturas dos vetores se estabeleçam (BRASIL, 2006). Outro agravante é o fato de que o vetor, além de não pairar no ar, é muito pequeno e voa silenciosamente. Deste modo, mesmo em locais endêmicos, estas características dificultam sobremaneira seu reconhecimento (ALEXANDER; MALORI apud CARMO; LUZ; BEVILACQUA, 2016).

Em relação a compreensão da forma de transmissão da LV, seis participantes compreendem corretamente e outros dois mostraram-se inseguros, mas afirmaram ser o mosquito o vetor do agravo, em consonância com os estudos de Massia (2017). *"Bom, é através do mosquito que infecta o cão, e depois outro mosquito pica o cão e pica o homem" (P8).*

Em contrapartida, não houve menções aos meios mais raros, como transfusão de sangue e a utilização de drogas com seringas compartilhadas, indicando que estes também são fatores que merecem ser abordados em trabalhos futuros (MASSIA, 2017).

Sobre a gravidade, a dificuldade na realização do diagnóstico e a alta letalidade, quatro indivíduos discorreram sobre a importância do diagnóstico e do tratamento serem realizados em tempo e modo oportuno.

> "*É uma doença grave, que exige muita atenção e cuidado porque é de difícil diagnóstico e pode matar. Eu nunca tive contato com ninguém que tivesse essa doença. O que eu sei é estudando mesmo, buscando nos livros e na internet" (P8).*

Entre os entrevistados, nove compreendem sua importância na questão da informação e da orientação, como descrito na fala a seguir:

> *"Além de poder, é um dever nosso ta alertando a comunidade locais de... porque o ministério da saúde recomenda que a melhor forma de prevenção é realmente a prevenção, a melhor forma de cuidado é a prevenção. Uma vez que se percebe que a transmissão se da através de um inseto, é não deixar o local específico para a reprodução desse inseto. Então, o nosso trabalho consiste em ta orientando os moradores a não deixar ambientes adequados à reprodução do inseto" (P8).*

A limpeza e a higiene foram amplamente citadas como os principais meios de prevenir a LV, assim como nos estudos de Menezes e colaboradores (2014), Massia (2017), Carmo, Luz, Bevilacqua (2016), contudo, medidas de proteção pessoal tais como o uso de repelentes, telas nas janelas e mosquiteiros não foram lembrados. Vale destacar que as medidas por eles citadas consistem em ações corriqueiras, as quais previnem várias outras doenças. Assim, entende-se que métodos de prevenção específicos de doenças como a LV carecem de maior incentivo e divulgação por parte do governo, pois mudanças nos hábitos e padrões de comportamento da sociedade são metas a serem alcançadas ao longo do tempo (BORGES et al., 2008).

A criação de galinhas e materiais orgânicos como as fezes destes animais e restos de alimentos dados aos cães foram citadas como fatores de risco para a LV:

> *"... Eu acho que quase todas as doenças estão relacionadas com à sujeira, não é? Então assim, manter o quintal limpo, procurar não dar comida de panela pro animal, dar só ração, porque as*

> *pessoas tendem a trocar, sabia? Evitar criar galinha no quintal, tem uns quintal que tem as galinhas e tem as fezes da galinha que também é um local onde o mosquito fica aglomerado lá, esperando só a hora certinha de atacar. E assim, observar os animais se tá caindo pelo, se tá com ferida na lateral da boca, se a unha está grande. Então assim, quando o animal já tá assim, que a pessoa percebe, pra ele ta levando para o CCZ e não deixar de dar as vacinas e manter o animal num ambiente que a gente pode dizer saudável" (P5).*

De fato, os flebotomíneos, em seu estágio larvário desenvolvem-se em solo úmido, rico em matéria orgânica e com baixa incidência de luz (BRASIL, 2006). No entanto, formas imaturas tem sido encontradas em ambientes domiciliares (em vãos entre o chão e paredes, porões e construções abandonadas), peridomiciliares (tocas de animais, debaixo de pedras, latrinas, aterros) e silvestres (formigueiros, raízes tubulares, cavernas, tocas de roedores) (MASSIA, 2017).

Cabe destacar que os profissionais, ainda que indiretamente culpam a comunidade pela baixa adesão às medidas, principalmente no que diz respeito ao manejo ambiental. Assim como encontrado nos estudos de Carmo e colaboradores (2016), em que as autoras sugerem que abordagens que considerem o ambiente como promotor de saúde em detrimento de medidas ambientais prescritas pontualmente direcionadas à LV, podem auxiliar a população no reconhecimento dos problemas existentes, de modo que as ações propostas façam mais sentido e recebam maior adesão. Contudo a responsabilidade do combate ao vetor deve ser também compartilhada com outros setores públicos, visando melhorias nas condições de urbanização/habitação, coleta regular de lixo, abastecimento contínuo de água encanada, educação escolar, dentre outros. Logo, juntos, poder público e a participação da comunidade produziriam efeitos mais significativos no enfrentamento ao vetor (LOBO et al. 2013).

As capacitações sobre LV foram destaque na fala de cinco participantes, os quais afirmaram que raramente são oferecidas, e outros quatro sequer se lembram de já terem recebido alguma.

> *"Tenho quase 14 anos de agente comunitária de saúde e vi poucos trabalhos sobre" (P3).*

Enquanto informação adicional, vários solicitaram por mais capacitações sobre o

assunto, bem como sugeriram que agravos como a LV fossem mais explorados, que o setor saúde não deixe para abordar questões como essa somente quando houver um grande aumento do número de casos

> *“Eu gostaria que o poder público que é o responsável por essa parte, que não deixasse pra ta fazendo campanhas ou treinamento com os agentes ou o pessoal da área da saúde quando já estiver morrendo as pessoas. Vamos trabalhar uma prevenção melhor. Eles bate tanto na tecla de dengue, dengue, dengue e aí eles esquecem de outras coisas e a gente, enquanto agente de saúde segue o mesmo caminho... Porque na verdade a gente só faz o que o poder público quer aqui.... A leishmaniose é uma doença que é pouco divulgada. Quando eu falo de calazar a pessoa não associa com o mosquito... ela pensa logo que pegou do cachorro e que tem que matar ele e as vezes eu acho que não é por aí. Não é sacrificando os animais que nós vamos se livrar de leishmaniose. O cachorro, no meu ponto de vista também é uma vítima. É uma pena que ele é o hospedeiro.... então assim eu acho que deveria trabalhar mais a divulgação e explicar melhor, treinar os agentes ou todo mundo da saúde, sei lá...” (P5).*

Durante as entrevistas também foram trazidos questionamentos quanto aos exames realizados nos cães, a existência de outros reservatórios, a eficácia do tratamento canino para LV, bem como acerca do controle do vetor.

Por meio da fala dos ACS ficou evidente o foco de suas ações e orientações cotidianas quanto a dengue e nas ações de campanha, como a vacinação, de modo que a LV não é frequentemente abordada, ao menos não sistematicamente assim como no estudo de Carmo, Luz, Bevilacqua (2016). Estes profissionais demonstraram um conhecimento básico sobre a LV, mas seria interessante que todos eles tivessem claro o ciclo da transmissão do agravo tanto do modo usual, assim como das outras possibilidades. Também é de suma importância enfatizar sobre os modos de prevenção pessoais.

Como retorno às entrevistas realizadas e as demandas trazidas pelos agentes de saúde, foi realizado um momento interativo aberto aos profissionais que contou com a participação de 11 ACS. Na atividade eles puderam conhecer o vetor, compreender mais sobre o ciclo epidemiológico da LV, métodos de prevenção, bem como o papel do UVCZ diante dos cães domésticos e/ou errantes sob suspeita do agravo em questão.

Além das informações compartilhadas, a experiência de uma das residentes que

conduziam o momento, certamente foi bastante impactante, uma vez que ela partilhou que sua mãe, também ACS foi acometida pela LV, cujo diagnóstico foi bastante complexo e a atenção básica teve papel decisivo no desfecho positivo do caso. Além da exposição detalhada, foram entregues diversos materiais nos quais os profissionais poderão se nortear para a abordagem junto a comunidade, assim como banners informativos e materiais próprios para crianças e adolescentes. A intervenção se mostrou bastante produtiva, tendo em vista o interesse e participação dos envolvidos, que questionaram, se impressionaram ao conhecer o vetor e aprenderam mais sobre suas características e desenvolvimento. Ao final, todos agradeceram bastante a oportunidade de aprendizagem e se comprometeram em transmitir à comunidade os conhecimentos adquiridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o Centro de Saúde da Comunidade em questão esteja localizado em um setor considerado área de transmissão esporádica para Leishmaniose visceral, foi possível observar que o agravo não faz parte da rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde e que eles tampouco são instrumentalizados para tal.

As orientações dispensadas à comunidade são gerais e sobretudo focadas na higiene e na dengue. Todavia, a LV possui especificidades, principalmente quanto ao desenvolvimento do vetor e, de posse deste conhecimento, os ACS poderiam não apenas informar, como identificar situações de risco que muitas vezes passam despercebidas e, em conjunto com as outras categorias profissionais, poderiam contribuir com o controle do agravo ou minorar os danos ocasionados por ele por meio do diagnóstico precoce e tratamento eficaz.

Logo, apesar da maioria dos agentes de saúde apresentarem algum conhecimento prévio sobre a LV, há lacunas conceituais acerca do ciclo de transmissão, prevenção e das características do agravo em si. Tendo em vista que os ACS constituem o elo precípuo entre a população e a Atenção Básica, é de extrema importância que eles estejam bem informados e sejam constantemente capacitados em consonância com a realidade municipal.

Cabe mencionar que a literatura que aborde a LV sob a perspectiva dos

profissionais de saúde é escassa, sobretudo com ACS, mostrando-se um interessante campo de pesquisa/intervenção. Além disso, como neste estudo participaram profissionais de apenas um CSC, seria interessante o desenvolvimento de trabalhos que contemplem as experiências de outros ACS, permitindo assim o conhecimento da realidade local como um todo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. p.288, 2011.

BOGDAN R.C., BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução a teoria e métodos. 1ª ed. Porto: Editora Porto; 1994.

BORGES, B. K. A.; SILVA, J. A.; HADDAD, J. P. A.; MOREIRA, E. C.; MAGALHÃES, D. F.; RIBEIRO, L. M. L; FIÚZA, V. O. P. Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.24, n.4, p.777-784, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 julho. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400007.

BRASIL. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf. Acesso em 23 Março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Relatório da situação anual do Brasil: MS; 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em 23 Março 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO N º 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Conselho Nacional da Saúde, 2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 05 Abriu 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Letalidade de Leishmaniose Visceral. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 2000 a 2015.2016. Disponível em http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/08/LV-Letalidade.pdf. Acesso em 23 Agosto 2018.

CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P.; BEVILACQUA, P.D. Percepções da população e de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral. Ciência & Saúde Coletiva,

21(2):621- 628, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0621.pdf. Acesso em 23 Agosto 2018.

COSTA, C. H. N.; AGUIAR, G. B.; CARVALHO, A. S.; et al. Kalazar is a slow-motion systemic inflamatory response syndrome: lessons from death. In annals of the 13th International Congress of Immunology, Rio de Janeiro, Brazil, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000400010.Acesso em 24 Agosto 2018.

DUARTE R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. v.115, p. 139-154, 2002.

GÓES, M. A. DE O.; MELO, C. M. DE; JERALDO, V. DE L. S. Série temporal da leishmaniose visceral em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil (1999 a 2008): aspectos humanos e caninos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 298–307, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

LOBO, K S; BEZZERRA, J M T; BRITO, L M O et al. Conhecimentos de estudantes sobre Leishmaniose Visceral em escolas públicas de Caxias, Maranhão, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2295-2300, Aug. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Dezembro 2018.

LUZ, Z. M. P. DA. Participação da população na prevenção da leishmaniose visceral: como superar as lacunas? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MASSIA, L I. Leishmaniose visceral: avaliação do conhecimento dos agentes de saúde pública em Uruguaiana (RS). 2017. 85 p. Dissertação (Mestrado em ciência animal) - Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana. Disponível em http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgca/files/2017/03/laura-ilrraz-massia.pdf. Acesso em 03 Janeiro 2019.

MENEZES et al.; MAIA, K.N.; VERNE, R.N.; MADUREIRA, A.P.; SCHALL, V.T.; SOUZA, C.M. Leishmanioses: o conhecimento dos profissionais de saúde em área endêmica. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, 27(2): 207-215, abr./jun., 2014. Disponível em https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2568. Acesso em 03 Janeiro 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec. p.406, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a13. Acesso em 05 Janeiro 2017.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Leishmanioses. Nota descritiva, Setembro,

2016. Disponível em http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34857/LeishReport6_por.pdf;jsessionid=92F3F0113CF6C4D4AEB8D996B008CE8D?sequence=5. Acesso em 29 Janeiro 2019.

World Health Organization. Global Health Observatory data. Leishmaniasis: situation and trends. Genebra: World Health Organization; 2013. Disponível em https://www.who.int/gho/neglected_diseases/leishmaniasis/en/. Acesso em 01 Fevereiro 2019.

OPAS/OMS. Leishmanioses – Informe Epidemiológico das Americas. Informe Leishmaniose nº 3 – Julho 2015. Disponível em https://www.google.com.br/search?ei=liVeXJbmBLC65OUPtr2gyAc&q=casos+de+leishmaniose+no+brasil+2018&oq=OPAS%2FOMS.+Leishmanioses+%E2%80%93+Informe+Epidemiol%C3%B3gico+das+Americas.+Informe+Leishmaniose+n%C2%BA+3+%E2%80%93+Julho+2015.&gs_l=psy-ab.1.5.0i71l6.0.0..19087...0.0..0.0.0.....0.....gws-wiz.OeyslAok75A. Acesso em 02 Fevereiro 2019.

PELISSARI, D. M.; CECHINEL, M. P.; SOUSA-GOMES, M. L. DE; LIMA JÚNIOR, F. E. F. DE. Tratamento da Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 107–110, 2011. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS. Plano de Ação para Intensificação da Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2018.

SOUZA, V. M. M. DE; JULIÃO, F. DA S.; NEVES, R. C. S.; et al. Ensaio comunitário para avaliação da efetividade de estratégias de prevenção e controle da leishmaniose visceral humana no Município de Feira de Santana, Estado da Bahia, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 17, n. 2, p. 97–106, 2008. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde.

TELES, E. J. C.; SOARES, D. C.; GASPARETTO, D.; et al. Leishmaniose visceral no Município minerário de Barcarena, Estado do Pará, Brasil: evolução de 2004 a 2008 e bases para a vigilância epidemiológica. **Revista Pan-Amazônica de Saúde.** Ananindeua, v. 5, n. 2, p. 21- 27, jun. 2014. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v5n2/v5n2a03.pdf. Acesso em 23 Janeiro, 2018.

ZUBEN, A. P. B. VON; DONALÍSIO, M. R. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. **Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000600401&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 23 Janeiro 2018.

FATORES DETERMINANTES PARA INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO EM PALMAS/TO, 2016-2017

DETERMINANT FACTORS FOR PHYSICAL DISABILITIES IN HANSENÍASE AT THE TIME OF DIAGNOSIS IN PALMAS/TO, 2016-2017

Émery Fernandes Bento Morais
Lorena Dias Monteiro
Flávia Santos Medina

RESUMO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae* e caracteriza-se por acometimento dermatoneurológico. As incapacidades físicas em hanseníase podem acarretar sequelas permanentes no indivíduo resultando em comprometimento da qualidade de vida do portador da doença e consequentes danos biopsicossociais, sendo que a melhor forma de prevenir incapacidades é diagnosticar e tratar precocemente. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que estão associados às incapacidades físicas no momento do diagnóstico de pacientes com hanseníase em Palmas -TO, no período de 2016 a 2017. Foi realizado um estudo transversal, do tipo descritivo com abordagem quantitativa, no qual foram analisadas as variáveis sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e variáveis relacionadas à função neural, obtidas a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Ficha de Avaliação Neurológica simplificada preenchida no sistema NotificaSUS. Houve associação estatisticamente significativa entre as incapacidades e as variáveis idade, escolaridade, forma clínica e presença de nervos espessados e/ou dolorosos no momento do diagnóstico. A elevada prevalência de incapacidades físicas no momento do diagnóstico configura detecção tardia dos casos. A equipe de saúde deve ser proativa na busca dos casos e atuar na prevenção do surgimento ou agravamento das incapacidades físicas, considerando os grupos com maior vulnerabilidade e comprometimento na avaliação inicial.

Palavras-chaves: Hanseníase; Incapacidades; Avaliação Neurológica Simplificada; Determinantes Sociais.

ABSTRACT

The leprosy is a chronic disease, infectious, caused by the Mycobacterium leprae and is characterized by dermatoneurological involvement. Physical disabilities in leprosy may result in permanent sequelae in the individual resulting in impaired quality of life of the patient and consequent biopsychosocial damage, and the best way to prevent disability is to diagnose and treat early. The objective of this study was to identify the factors that are associated with physical disabilities at the time of diagnosis of leprosy patients in Palmas -TO, from 2016 to 2017. A cross-sectional study was carried out in a descriptive type with quantitative approach, where it was analyzed the sociodemographic, clinical-epidemiological variables and variables related to neural function, obtained from the Information System of Notification Diseases (SINAN) and the Simplified Neurological Assessment Form filled in the NotificaSUS system. There was a statistically significant association between disability and age, schooling, clinical form, and presence of thickened and / or painful nerves at the time of diagnosis. The high prevalence of physical disabilities at the moment of diagnosis configures late detection of the cases. The health team should be proactive in the search for cases and act to prevent the onset or worsening of physical disabilities, considering the groups with greater vulnerability and impairment in the initial evaluation.
Keywords: Leprosy; Disabilities; Simplified Neurological Assessment; Social Determinants.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, possui evolução lenta e caracteriza-se por acometimento dermatoneurológico, como lesões na pele e acometimento dos nervos periféricos de olhos, membros superiores e inferiores [1]. Pode atingir qualquer classe social, no entanto sua incidência é maior nas classes menos favorecidas, devido às condições socioeconômicas desfavoráveis, a situação de vida e saúde precárias [2,3].

A detecção de casos novos de hanseníase ainda permanece elevada no mundo, com cerca de 173 mil casos novos registrados no final de 2016 [4]. Mesmo com os avanços dos últimos anos, o Brasil ainda apresenta altos indicadores para a doença. Atualmente, é o segundo país em números de casos novos de hanseníase, e juntamente com a Índia e Indonésia, totalizam 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo [5].

O estado do Tocantins é o mais hiperendêmico do país, apresentando taxa de detecção de 80,6 casos novos/ 100.000 habitantes no ano de 2017 sendo que sua capital, Palmas, apresenta tendência crescente no coeficiente de incidência, com 183,7 casos novos/100.000 habitantes no mesmo ano. Em relação à taxa de detecção com Grau 2 de incapacidade no diagnóstico, o município de Palmas apresentou 16 casos novos/100.000 habitantes em 2017, o que representa um aumento expressivo quando comparado aos anos anteriores [6].

Devido a afinidade do bacilo pelos nervos periféricos, a doença pode levar às incapacidades físicas, com sequelas permanentes no indivíduo, tendo em vista o fato de atingirem os receptores nervosos responsáveis pela dor, visão e sensibilidade, tornando-os mais susceptíveis a acidentes, queimaduras, feridas e, até mesmo, amputações [7].

A incapacidade está relacionada à função e pode ser encontrada em diversas magnitudes, desde a dificuldade para abotoar a camisa até, por exemplo, a impossibilidade de caminhar e enxergar [8]. As deformidades, por sua vez, estão diretamente relacionadas às alterações anatômicas, deformidades esqueléticas e atrofias musculares, consequentes às agressões dos nervos pelos bacilos e as reações teciduais [9.]

As sequelas e incapacidades causadas pela doença interferem de maneira drástica no contexto biopsicossocial do paciente devido à redução da capacidade produtiva e limitação laboral. O fato de não poder mais realizar o que se fazia antes, limitado pela doença, faz com que o indivíduo se sinta inferiorizado e desqualificado diante da sociedade, acarretando perdas econômicas e traumas psíquicos [10,11].

Nesse contexto, a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem como propósito a detecção precoce e o tratamento imediato, para evitar as incapacidades e reduzir a transmissão da infecção na comunidade, apresentando como principais metas para serem atingidas até 2020: a eliminação do grau de incapacidade 2 entre os pacientes pediátricos; a redução de novos casos de hanseníase com Grau 2 de incapacidade a menos de um caso por milhão de habitantes; e a proibição de leis que permitam a discriminação por hanseníase [5].

Em consonância com as demandas epidemiológicas, a OMS padronizou um instrumento de avaliação de incapacidades que determina o envolvimento de mãos, pés e olhos, por serem mais acometidos e ocasionarem maiores repercussões nas

atividades de vida diária [10]. A Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) é um formulário padronizado pelo Ministério da Saúde que foi introduzido ao programa de controle de hanseníase com o objetivo de identificar e monitorar a função neural, auxiliando na identificação rápida e precoce do comprometimento neural e monitorar o resultado do tratamento [12,13].

Sendo assim, os profissionais da saúde devem estar capacitados para realização de uma boa avaliação e devem realizar o monitoramento sistemático do paciente por meio do exame neurológico, possibilitando um diagnóstico precoce e tratamento adequado, a fim de evitar ou reduzir complicações, amenizar os custos da reabilitação e refletir positivamente na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos [10].

Mediante isso, a avaliação do grau de incapacidade física (GIF) deve ser realizada, no momento do diagnóstico, a cada três meses, na alta e pós alta como parâmetro regular de controle da evolução do grau de incapacidade e graduação das incapacidades, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde [14].

O instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde para identificação do grau de incapacidade física, engloba a avaliação da face, membros superiores e membros inferiores, abrangendo o exame subjetivo e o exame físico. No primeiro, deve ser anotada a queixa principal do doente e a realização da inspeção do seguimento, enquanto que o exame físico deve constar da palpação dos troncos nervosos mais comprometidos e avaliação da função motora, através dos testes de força muscular e avaliação sensitiva [11,12]. Atualmente, a graduação da ANS é classificada em três graus (0, 1 e 2), de acordo com o manual de Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase [1].

Ressalta-se que, a hanseníase tem sido relacionada às iniquidades sociais e condições de vida, tais como o nível de escolaridade e de renda, o acesso a recursos sanitário-assistenciais, as migrações e a salubridade das moradias, sendo fatores que podem contribuir para a endemicidade da doença [3,15,16]. Portanto, os fatores que influenciam a ocorrência de incapacidades físicas estão diretamente relacionados ao acesso aos serviços de saúde e organização das ações de controle e prevenção da hanseníase, às condições socioeconômicas e demográficas, às diferenças de gênero e ao estigma social [7].

Reconhecer os fatores que determinam a presença de incapacidade física em hanseníase no início do tratamento, seja nos aspectos sócio demográficos e clínico-

epidemiológicos quanto na função neural do paciente, possibilita a melhoria na qualidade dos cuidados ofertados à essa população, no que se refere ao manejo adequado frente ao contexto no qual o paciente está inserido. Mediante isso, o objetivo desse estudo foi identificar os fatores que estão associados às incapacidades físicas no momento do diagnóstico de pacientes com hanseníase em Palmas -TO, no período de 2016 a 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo com abordagem quantitativa.

O projeto foi desenvolvido no município de Palmas, capital do Tocantins, situado na região Norte do Brasil. A população estimada do município foi de 286.787 habitantes em 2017 e possui uma área territorial de 2.219 km² [17].

Diante das elevadas taxas de prevalência de hanseníase no município e da necessidade de ações inovadoras para o controle desse agravo, foi instituído em março de 2016 o Projeto Palmas Livre da Hanseníase (PLH), através da Portaria Conjunta SEMUS/FESP n°257 [18], no âmbito da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos objetivos desse projeto foi capacitar os profissionais da saúde da Atenção Primária, no lócus de sua prática, para realizar o adequado manejo clínico da hanseníase, diagnóstico de casos suspeitos, bem como o manejo das complicações da doença. Nesse período, foi evidenciado também o aumento na detecção de casos novos e a reorganização das práticas e cuidados ao paciente hanseniano.

Sendo assim, a população de estudo foi os casos confirmados por hanseníase, residentes e diagnosticados no município de Palmas -TO, notificados no período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017.

Para análise dos fatores sócio demográficos e clínico-epidemiológicos foi utilizada a ficha de notificação/investigação de hanseníase obtida a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e para análise do comprometimento do nervo e do Grau de Incapacidade, foi utilizada a Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), obtida a partir do sistema NotificaSUS.

O NotificaSUS é um sistema municipal, produzido pelo Núcleo de Telessaúde (NUT) da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO em parceria com a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, que possibilita a notificação de doenças, agravos

e eventos de saúde pública, conforme a Portaria 204/2016 [19], e possui outras ferramentas relacionadas à Vigilância em Saúde que visam atender as necessidades do município. As notificações podem ser realizadas de forma ágil e em tempo real e local pelos serviços de saúde e o sistema possui ainda uma página específica para digitação das fichas de Avaliação Neurológica Simplificada em Hanseníase, seguindo o padrão preconizado pelo Ministério da Saúde, as quais são sistematicamente preenchidas por profissionais de saúde capacitados quanto ao procedimento.

As variáveis analisadas a partir da ficha de notificação compulsória de hanseníase foram: sexo, faixa etária, escolaridade, raça, zona de habitação, ocupação, modo de detecção, número de lesões cutâneas, número de nervos acometidos, classificação operacional e forma clínica. As variáveis analisadas a partir da Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada foram: Palpação dos nervos (Radial, Ulnar, Mediano, Fibular e Tibial) e Grau de Incapacidade Física. Foi adotado o Grau de Incapacidade da ANS devido todas as fichas possuírem esse campo preenchido no NotificaSUS, de forma obrigatória.

Foram incluídos todos os casos novos de hanseníase, diagnosticados e residentes no município de Palmas -TO, nos anos de 2016 e 2017, que tivessem a Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada realizada no diagnóstico e preenchida no NotificaSUS, sendo considerado apenas as avaliações que tiverem sido realizadas até 90 dias após o diagnóstico do paciente. Foram excluídos os casos diagnosticados em outro município, os registros com erro de diagnóstico, duplicidades, município ignorado, transferência de outro município, transferência de outro estado, transferência de outro país, os casos de recidiva, os casos de reingressos ou que já realizaram tratamento e os casos sem Avaliação Neurológica Simplificada inicial registrada no sistema.

Os dados foram consolidados em base constituída no software Epi-Info em sua versão 6.04d (*Centers for Disease Control and Prevention,* [CDC] USA), com verificação sistemática da qualidade (controle de qualidade) ao longo do processo de coleta de dados.

A análise estatística foi realizada de forma preliminar em análise univariada, com o propósito de avaliar o comportamento em termos da distribuição de cada uma na população do estudo. Para tanto, foram estruturados tabelas e gráficos. Além disto, foi realizada análise bivariada, visando a verificação de associação entre as variáveis

obtidas a partir de cada etapa do estudo. Para tanto foi utilizada a estatística de qui-quadrado (x^2) e de razão de prevalências.

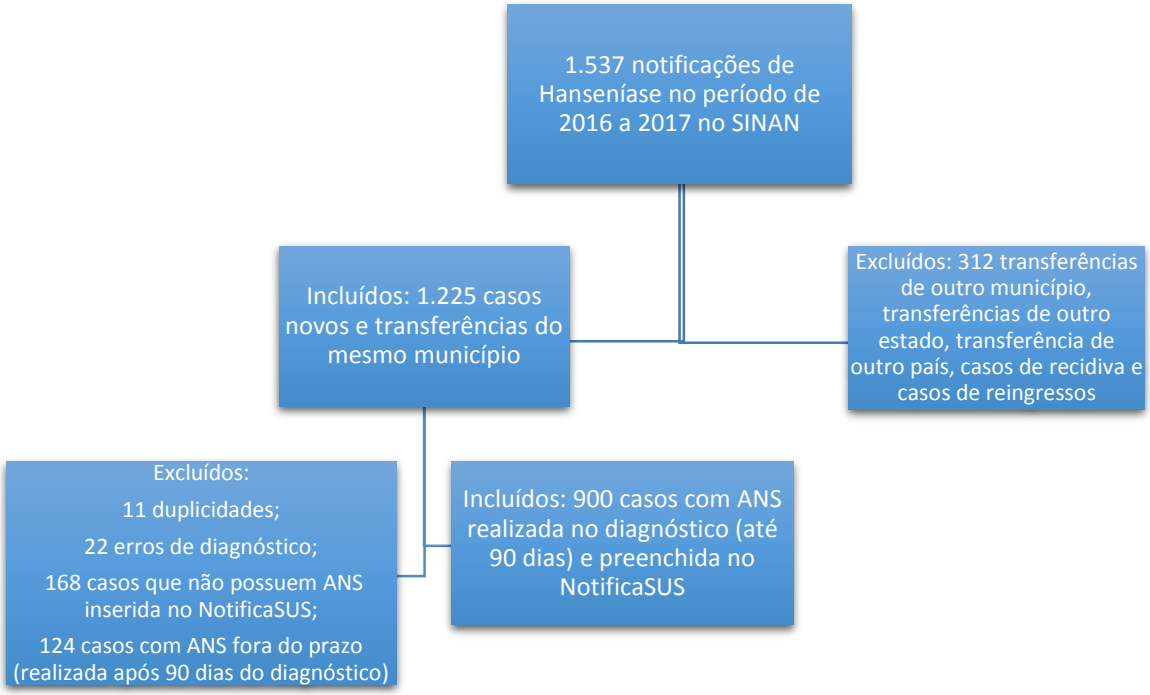
Para a análise descritiva da variável palpação dos nervos na ANS, cada segmento nervoso (direito e esquerdo) foi agrupado, sendo considerado comprometido quando pelo menos um dos nervos apresentassem alteração.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, e obteve aprovação sob parecer n° 2.536.191, bem como aprovação da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, sob parecer nº 93 - 12/ 2017 e foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS

No período de 2016 a 2017 houveram 1.537 notificações de Hanseníase no município de Palmas-TO. Destes, fizeram parte do estudo 900 casos novos, diagnosticados no município de Palmas-TO, com ANS realizada no diagnóstico e inserida no NotificaSUS.

Figura 1 – Esquema representativo dos critérios de inclusão e exclusão da população do estudo.



Fonte: elaborado pela autora (2018)

O sexo feminino foi predominante com 469 (52, 11%) casos. A idade média foi de 41,8 anos, com amplitude de 5 a 91 anos. A maioria dos casos possui entre 9 a 11

anos de estudo (n: 293; 32,56%). A cor parda foi a mais referida (n: 566; 62,9%) e 96,44% (n: 868) residiam na zona urbana do município de Palmas/TO. As ocupações dos casos avaliados seguem caracterizadas em grupos de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO/2002) e demais atividades que não se encontram no CBO. O grupo mais frequente foi de trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (n: 152; 16,89%). A variável ocupação apresentou significativa perda de dados, com a informação não preenchida em 28,9% (n: 260) das fichas (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos casos novos de hanseníase com ANS realizada no diagnóstico em Palmas-TO, 2016-2017.

Variáveis	N (900)	%
Sexo		
Masculino	431	47,89
Feminino	469	52,11
Faixa etária		
≤ 14 anos	74	8,22
15 a 29 anos	145	16,11
30 a 44 anos	290	32,22
45 a 59 anos	232	25,78
≥ 60 anos	159	17,67
Anos de estudo		
Nenhum	36	4,0
1 a 4 anos	158	17,56
5 a 8 anos	194	21,56
9 a 11 anos	293	32,56
Mais de 12 anos	96	10,67
Em branco/ Ignorado	123	13,67
Raça		
Branca	132	14,67
Negra	119	13,22
Amarela	70	7,78
Parda	566	62,89
Indígena	1	0,11
Em branco/ Ignorado	12	1,33
Zona de habitação		
Urbana	868	96,44
Rural	20	2,22
Periurbana	6	0,67
Em branco/ Ignorado	6	0,67
Ocupação/ Demais atividades		
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	152	16,89
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	103	11,44

Estudante	87	9,67
Dona de casa	80	8,89
Aposentado	64	7,11
Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	47	5,22
Profissionais das ciências e das artes	35	3,89
Trabalhadores de serviços administrativos	30	3,33
Técnicos de nível médio	24	2,67
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes	10	1,11
Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares	4	0,44
Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	4	0,44
Em branco/ignorado	260	28,9

Fonte: SINAN

Em relação às variáveis clínico epidemiológicas, a demanda espontânea foi o modo de detecção mais frequente (n: 338; 37,56%). A maioria dos pacientes foi multibacilar (n: 863; 95,89%), forma clínica dimorfa (760; 84,44%), sendo que 713 (79,22%) casos novos apresentaram número de lesões cutâneas menor ou igual a cinco e 740 (82,22 %) casos novos apresentaram mais de um nervo acometido (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização clínico epidemiológica dos casos novos de hanseníase com ANS realizada no diagnóstico em Palmas-TO, 2016-2017.

Variáveis	**N (900)**	**%**
Modo de detecção		
Encaminhamento	160	17,78
Demanda espontânea	338	37,56
Exame de coletividade	97	10,78
Exame de contatos	255	28,33
Outros modos	22	2,44
Em branco/ Ignorado	28	3,11
Número de lesões cutâneas		
≤ 5 lesões	713	79,22
> 5 lesões	171	19,0
Em branco/ Ignorado	16	1,78
Número de nervos acometidos		
≤ 1 nervo	160	17,79
> 1 nervo	740	82,22
Classificação operacional		
Paucibacilar	37	4,11
Multibacilar	863	95,89
Forma clínica		
Indeterminada	23	2,56
Tuberculóide	14	1,56
Dimorfa	760	84,44

Virchowiana	46	5,11
Não classificado	57	6,33

Fonte: SINAN

O Grau de Incapacidade mais prevalente no momento do diagnóstico foi o Grau 1, em 479 (53,22%) casos (Tabela 3).

Tabela 3: Grau de Incapacidade na Avaliação Neurológica Simplificada, no momento do diagnóstico de hanseníase em Palmas-TO, 2016-2017.

Variáveis	**N (900)**	**%**
Grau de incapacidade		
Grau 0	352	39,11
Grau 1	479	53,22
Grau 2	69	7,67

Fonte: ANS/NotificaSus

Na palpação dos nervos, a ramificação nervosa que apresentou maior comprometimento (dor e/ou choque e/ou espessamento) foi o nervo ulnar (n: 583; 64,48%), seguido do nervo tibial (n: 554; 61,56%), como observado na Tabela 4:

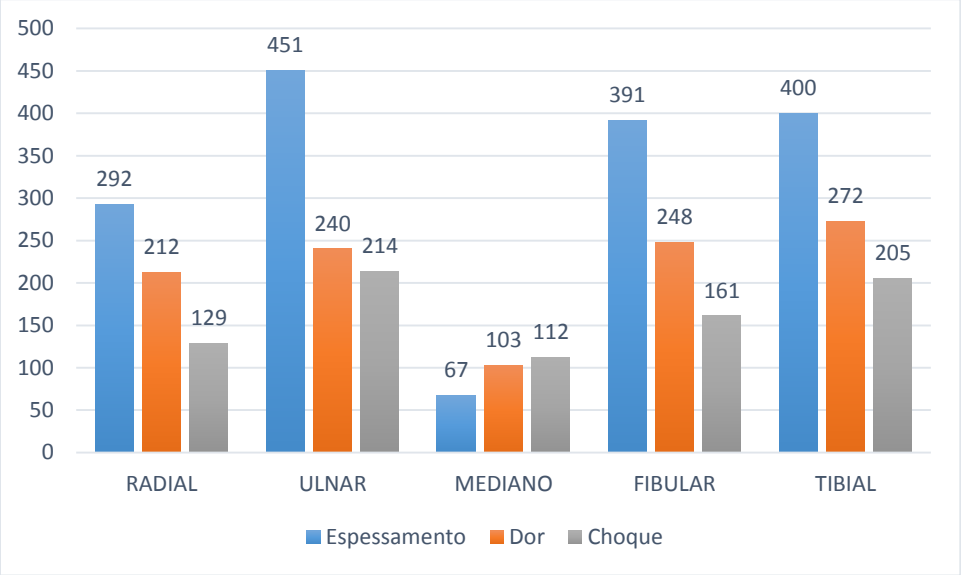
Tabela 4: Acometimento dos nervos (dor e/ou espessamento e/ou choque) na Avaliação neurológica simplificada no momento do diagnóstico de hanseníase em Palmas-TO, 2016/-2017.

Variáveis	**N (900)**	**%**
Radial		
Comprometido	434	48,22
Normal	466	51,78
Ulnar		
Comprometido	583	64,78
Normal	317	35,22
Mediano		
Comprometido	210	23,33
Normal	690	76,67
Fibular		
Comprometido	548	60,89
Normal	352	39,11
Tibial		
Comprometido	554	61,56
Normal	346	38,44

Fonte: NotificaSUS

Na palpação dos nervos, o espessamento foi o comprometimento mais identificado nos nervos Radial (n: 292), Ulnar (n: 451), Fibular (n: 391) e Tibial (n: 400), e o choque foi a principal queixa relatada durante a palpação do nervo Mediano (n:112) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Alteração identificada durante a palpação dos nervos na Avaliação neurológica simplificada, no momento do diagnóstico de hanseníase em Palmas-TO, 2016-2017.



Fonte: NotificaSUS

Para a análise bivariada, a variável dependente foi o grau de incapacidade no diagnóstico de hanseníase. Esta variável foi correlacionada com os fatores sociodemográficas, clinico-epidemiológicos e comprometimento do nervo. Os resultados da Tabela 5 mostram que a prevalência das incapacidades físicas grau 1 ou 2 no diagnóstico de hanseníase foi mais elevada e significativa para pessoas acima de 45 anos (RP 1,8; p = 0,000), com menos de 8 anos de estudo (RP 1,16; p = 0,007), classificação operacional multibacilar (RP 1,99; p = 0,000) e presença de algum nervo com dor e/ou espessamento (RP 1,73; p = 0,000).

Tabela 5: Análise bivariada da relação de grau de incapacidade física no diagnóstico e variáveis sociodemográficas e clinico-epidemiológicas, no momento do diagnóstico de hanseníase em Palmas-TO, 2016-2017.

Variáveis		Total	Incapacidade (Grau 1 ou 2)		Razão de prevalência (RP)	IC 95 %	Valor p
			N	%			
Sexo	**Feminino**	469	276	58,85	1	-	0,190
	Masculino	431	272	63,2	1,1	0,97-1,19	

Faixa etária	**Até 44 anos**	219	83	37,9	1	-	0,000*
	≥ 45 anos	681	465	68,3	1,8	1,50-2,15	
Número de lesões	**Até 2 lesões**	525	317	60,38	1	-	0,71
	Mais de 2 lesões	375	231	61,6	1,02	0,91-1,13	
Modo de detecção	**Exame de contato**	255	155	60,78	1	-	0,967
	Outros modos	645	393	60,93	1	0,89-1,12	
Escolaridade	**> 8 anos de estudo**	389	216	55,53	1	-	
	≤ 8 anos de estudo	388	252	64,9	1,16	1,04-1,31	0,007*
	Ignorado/ Em branco	123	80	65,04	1,17	1-1,37	0,062
Número de nervos afetados	**≤ 1 nervo**	160	100	62,5	1	-	0,64
	≥ 2 nervos	740	448	60,5	0,96	0,84-1,10	
Classificação operacional	**Paucibacilar**	29	9	31,03	1	-	0,000*
	Multibacilar	871	539	61,88	1,99	1,15-3,43	
Dor e/ou espessamento neural	**Não**	95	35	36,8	1		0,000*
	Sim	805	513	63,7	1,73	1,32-2,26	

Fonte: Sinan/ NotificaSus
RP = Razão de prevalência; IC = Intervalo de confiança.
* Associação estatisticamente significante.

DISCUSSÃO

O número de novos casos de hanseníase em determinada área pode sofrer influência de ações de educação e saúde, de controle da doença, bem como da competência dos profissionais de saúde para o diagnóstico fidedigno e precoce. As ações inovadoras relacionadas à hanseníase no município de Palmas-TO, propuseram a reorientação da prática dos profissionais da Atenção Primária e o fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica, por meio de treinamento e capacitações in loco, objetivando o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e a prevenção de incapacidades físicas. Com o impacto das ações, houve um aumento expressivo na detecção dos casos novos, assim como a qualificação dos profissionais para a identificação das incapacidades no momento do diagnóstico [20].

Apesar do aumento significante na detecção de casos novos no período compreendido desse estudo, mais da metade dos casos apresentaram algum grau de incapacidade física identificada na avaliação inicial, configurando a detecção tardia da doença. Resultados semelhantes foram encontrados por Uchôa et al.[21] e Alves et al.[22]. Esse percentual encontra-se elevado quando comparado aos achados de Portela, Souza e Melo [23] e Silva et al. [24], que identificaram entre 28,1% e 31,2% de incapacidades físicas no diagnóstico.

Em uma pesquisa realizada na Índia [25], 60,8% dos pacientes que estavam em tratamento apresentavam incapacidades, conforme classificação da OMS. Os autores do estudo afirmam que os contrastes na prevalência de incapacidades físicas, seja no diagnóstico quanto no decorrer do tratamento, podem estar relacionadas ao comportamento da população na procura dos serviços de saúde, à educação, à condição socioeconômica dos pacientes e à capacidade do serviço de saúde em identificar e lidar com a questão das incapacidades e deficiências entre os pacientes com hanseníase.

Nesse estudo, a prevalência foi maior entre as mulheres. A maioria das evidências mostra que a hanseníase é mais frequente em homens do que em mulheres [16,26,27], no entanto, há exceções como no estudo de Melão et al.[28], Ribeiro e Lana [29] e Uchôa et al. [21]. Esta elevação dos índices pode ser explicada pela maior preocupação do sexo feminino com a autoimagem e também pela facilidade de acesso às unidades de saúde em função de outros programas relacionados à saúde da mulher [30].

Quando analisado o sexo frente ao grau de incapacidade, os homens foram os mais atingidos por algum grau de incapacidade, no entanto não foi observada associação estatisticamente significativa, corroborando com os estudos de Pieri et al.[16] e Portela, Sousa, Melo [23]. Este fato associa-se à tendência dos homens de procurarem as unidades de saúde para ações curativas e de reabilitação apenas quando já apresentam alguma complicação instalada, o que acarreta maior repercussão física, social e econômica [24]. Sendo assim, a rede de saúde deve ampliar as ações para alcançar o público masculino, seja através de ações de educação em saúde em pontos estratégicos da comunidade, quanto na oferta de horários alternativos, visando o diagnóstico precoce e prevenção de danos.

A média de idade da população do estudo atingiu grande proporção de pessoas economicamente ativas. O maior acometimento de pessoas na fase produtiva da vida

tem importância social e econômica, pois a hanseníase possui alto potencial incapacitante, o que interfere no trabalho e na vida social do indivíduo [31].

Houve associação estatística entre pacientes com idade acima dos 45 anos em relação às incapacidades físicas no momento do diagnóstico. Resultados semelhantes foram obtidos em outras pesquisas [16,32,33], as quais demonstraram que quanto maior a idade, maiores as proporções de casos com incapacidades. Esse fator pode ser atribuído aos anos de incubação e infecção, ao aumento do comprometimento físico ao longo do tempo devido à cronicidade da doença, o que leva a um agravamento da sensibilidade e das condições motoras, ao aparecimento das formas clínicas potencialmente incapacitantes e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde [16,34].

Em relação à escolaridade, os resultados encontrados neste estudo apontam, com significância estatística, que os portadores de hanseníase com oito ou menos anos de estudo apresentavam uma maior prevalência para as formas incapacitantes da hanseníase no momento do diagnóstico. Esse achado reitera as evidências encontradas na literatura [7,16,24,35], demonstrando que o grau de instrução favorece a difusão da doença, o aumento da vulnerabilidade às incapacidades e reforça a tese de que fatores sociais têm forte relação com a ocorrência dessa doença no Brasil [36]. Considerando essa variável, os serviços de saúde devem se adequar às capacidades cognitivas, conhecimentos e crenças do paciente quanto ao planejamento e desenvolvimento de suas atividades, principalmente na elaboração de ações educativas relacionadas à prevenção, autocuidado e tratamento das incapacidades[37].

A forma clínica dimorfa foi predominantemente encontrada nesse estudo, seguida da forma clínica virchowiana. Achados compatíveis foram encontrados nos estudos de Silva et al.[24], Araujo et al.[31], Ribeiro Júnior, Vieira e Caldeira[32]. Pacientes com a forma clínica dimorfa possuem maior instabilidade imunológica contra o bacilo, sendo mais suscetíveis às reações hansênicas, que são uma das principais causas de surgimento de incapacidades físicas em hanseníase [38].

No que diz respeito a classificação operacional, esse estudo demonstrou que indivíduos multibacilares possuem associação com as incapacidades. Portela, Souza e Melo [23] verificaram que indivíduos multibacilares têm 4,38 vezes a chance de ter incapacidade física em relação aos paucibacilares. Moschioni et al.[39] e Santana et al.[35] também identificaram que a classificação operacional multibacilar aumenta a chance de o indivíduo ter incapacidade física no momento do diagnóstico. Os casos

multibacilares apresentam elevado potencial de transmissão da doença e alta carga bacilar, consequentemente, maior probabilidade de desenvolver comprometimento da função neural [35]. Recomenda-se o monitoramento de casos multibacilares que apresentam incapacidades físicas, como grupo de alto risco, no sentido de evitar ou reduzir complicações no decorrer do tratamento [40].

No tocante ao modo de detecção, verificou-se que a forma de detecção mais prevalente entre os casos novos aconteceu de forma passiva, sendo a demanda espontânea o modo mais frequente. Em outros achados, a detecção passiva foi predominante, porém não encontraram associação estatisticamente significativa com o grau de incapacidade [7,26].

Nesse estudo, quando relacionado a forma de detecção com a ocorrência de incapacidades físicas, procurou-se verificar se o exame de contatos (detecção ativa), seria um fator de proteção comparado às demais formas de detecção, no entanto também não houve diferenças significativas, demonstrando que os casos assim detectados já se encontravam na forma incapacitante da doença devido o diagnóstico tardio.

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o modo de detecção e a presença de incapacidades, o Ministério da Saúde preconiza que se intensifique a detecção ativa dos casos, principalmente pela vigilância dos contatos, de forma que se realize o diagnóstico precoce a fim de evitar danos decorrentes da hanseníase ao indivíduo e romper a cadeia de transmissão da doença [38]. A baixa proporção de casos detectados por exame de coletividades e de contatos sugere passividade dos serviços de saúde e fragilidade nas atividades de controle da doença, indicando a necessidade de ampliação dos esforços para o estabelecimento de ações que favoreçam a busca ativa dos casos.

Quanto à análise dos nervos afetados, apesar da grande maioria apresentar mais de dois nervos acometidos, esse estudo não identificou correlação estatística com a presença de incapacidades físicas, divergindo do estudo de Santos et al.[41], que identificou que pacientes com mais de dois nervos acometido tiveram 6,7 mais chances de ter incapacidades na avaliação inicial e do estudo de Moschioni [39], o qual demonstrou que a presença de mais de um nervo acometido no momento do diagnóstico aumentou 8,4 vezes a chance de ter grau 2 no diagnóstico, sendo a variável que apresentou um dos maiores impactos como fator de risco.

O espessamento foi o comprometimento mais encontrado na maioria dos nervos, assim como no estudo de Kumar et al.[42], que demonstrou que dois terços dos casos novos apresentavam algum grau de espessamento no nervo no início do tratamento. As reações teciduais aos bacilos acarretam espessamento do nervo, decorrente do processo inflamatório e edema. Esse aumento da espessura comprime os vasos sanguíneos adjacentes, diminuindo o afluxo de sangue ao nervo, podendo ocasionar paralisia ou perda completa da condutividade do nervo e, conforme o grau de isquemia, a lesão neural poderá ser irreversível [43].

Assim como nos achados desse estudo, Pimentel et al.[44] demonstraram que pacientes com dor e/ou espessamento de nervos periféricos, no exame inicial, apresentaram associação significativa com as incapacidades, relacionando a lesão neural com a ocorrência de sequelas neurológicas. Reis [45] também identificou maior prevalência de incapacidades físicas nos indivíduos que apresentaram comprometimento neural (dor e/ou espessamento) em relação a aqueles que não apresentaram, no entanto essa associação foi estatisticamente significante apenas no momento pós-alta da poliquimioterapia.

Logo, a avaliação dos troncos nervosos deve ser enfatizado no exame neurológico inicial dos pacientes, para a detecção precoce de neurites e instituição oportuna de terapia medicamentosa e acompanhamento fisioterapêutico, a fim de prevenir sequelas e manter a funcionalidade do paciente [42,44].

A prevalência de incapacidades físicas no momento do diagnóstico evidenciou predomínio da incapacidade de grau 1. Nessa ocasião, também se configura em diagnóstico tardio, pois de acordo com a classificação do Ministério da Saúde, o paciente já se encontra com diminuição da força muscular e alteração da sensibilidade potencial para lesões e limitações físicas. Recomenda-se a avaliação periódica, pois o paciente com grau 1 de incapacidade que não apresentar melhora dos sinais e sintomas ao longo do tratamento, deverá ser encaminhado para avaliação médica e se necessário ao serviço de reabilitação [1].

Esse estudo possibilita a ampliação do conhecimento sobre os contextos que envolvem a hanseníase, para uma melhor compreensão dos fatores relacionados à ocorrência de incapacidades físicas decorrentes da doença, direcionando as estratégias para o enfrentamento da doença, redução de sequelas, bem como a redução do preconceito e estigma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se verificar no estudo associação estatisticamente significativa entre as incapacidades e as variáveis idade, escolaridade, forma clínica e presença de nervos espessados e/ou dolorosos no momento do diagnóstico, possibilitando identificar aspectos importantes para a ocorrência desse fenômeno. A alta prevalência de pacientes com grau de incapacidade instalada na avaliação inicial de hanseníase demonstra o diagnóstico tardio dos casos e reforça a hipótese de que existe uma grande prevalência oculta que, além das repercussões biopsicossociais e estigmatização dos pacientes, repercute na manutenção da cadeia de transmissão.

As ações inovadoras em hanseníase no município de Palmas-TO possibilitaram uma aumento na detecção de casos novos, assim como a qualificação da rede quanto ao diagnóstico e manejo clínico. Reitera-se portanto, que os profissionais e gestores de saúde devem reforçar as ações de educação permanente, bem como ampliação das estratégias para a prevenção de incapacidades dos pacientes com hanseníase. Nesta perspectiva, salienta-se a necessidade da equipe de saúde ser proativa na busca de casos novos, ressaltando a vigilância epidemiológica dos contatos, assim como a importância da atuação de uma equipe multiprofissional no acompanhamento do paciente e na prevenção do surgimento ou agravamento das incapacidades físicas, considerando a estratificação de risco, tendo em vista os grupos com maior vulnerabilidade identificada no diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

2. Baseggio RC. Determinantes sociais e a Hanseníase na população feminina no estado do Paraná (dissertação). Joaçaba: Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2016.

3. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, Alencar CH, Heukelbach J. Social determinants of leprosy in a hyperendemic State in North Brazil. Rev. Saúde Pública. 2017; 51: 70. http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006655.

4. World Health Organization (WHO). Fact sheet Leprosy. October, 2017 [online]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/. Acesso em: 01/12/2017.

5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra, 2016 [online]. Disponível: https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1675354. Acesso em: 01/11/2017.

6. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Ministério da Saúde. Disponível em: http://sage.saude.gov.br/#. Acesso em: 05/02/2019.

7. Ribeiro GC. Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais (dissertação). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

8. Rodini FCB. Proposta de avaliação e intervenção através da prevenção de incapacidade em pacientes com hanseníase (dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2010.

9. Alves ED; Ferreira, Telma L; Nery I. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: Nesprom; 2014. 494 p.

10. Faria CRS, Fregonesi CEPT, Coraza DAG, Andrade DM, Mantovani NADT, Silva JR, et al. Grau de incapacidade física de portadores de hanseníase: estudo de coorte retrospectivo. Arquivos de Ciências da Saúde [Internet]. 2015; 22(4): 58- 62. https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.4.2015.122

11. Hamester C. A hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no distrito federal (dissertação). Brasília: Universidade de Brasília, 2016.

12. Lehman LF, Orsini MBP, Fuzikawa PL, Lima RC, Gonçalves SD. Avaliação neurológica simplificada. Belo Horizonte: ALM Internacional; 1997. 108 p.

13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

15. Souza LR. Condicionantes sociais na delimitação de espaços endêmicos de hanseníase (tese). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

16. Pieri FM; Ramos ACV; Crispim JA; Pitiá ACA; Rodrigues LBB; Silveira TRS; Arcêncio RA, et al. Fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de Hanseníase: Um estudo transversal. Hansen. Int. 2012;37(2):22-30.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas de população. 2017. [online] Disponível em: http://cod.ibge.gov.br/2VS1U. Acesso em: 14/11/2017.

18. Portaria Conjunta SEMUS/FESP nº 257 DE 23 de março de 2016. Institui o Projeto “Palmas Livre da Hanseníase”, no âmbito da gestão municipal do SUS (online). Disponível em: http://fesp.palmas.to.gov.br/moodle/mod/folder/view.php?id=39. Acesso em: 10/11/2017.

19. Portaria Conjunta SEMUS/FESP nº 002 de 11 de novembro de 2015. Institui o projeto de "Desenvolvimento tecnológico ao apoio ao controle dos agravos transmissíveis. (online). Disponível em: http://fesp.palmas.to.gov.br/moodle/pluginfile.php/207/mod_folder/content/0/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20/Municipal/2015/PORTARIA%20CONJUNTA%20SESAU_FESP%20N%C2%BA%20002_2015. Acesso em: 10/11/2017.

20. Monteiro LD, Lopes LSO, Santos PR, Rodrigues ALM, Bastos WM, Barreto JA. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018; 34 (11): e00007818. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00007818.

21. Uchôa REMN, Brito KKG, Santana EMF, Soares VL, Silva MA. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. Rev enferm UFPE. 2017; 11(3): 1464-72. https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV. 1103sup201719.

22. Alves CJM, Barreto JA, Fogagnolo L, Contin LA, Nassif PW. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de dermatologia do estado de São Paulo. Rev Soc Bras Med Trop. 2010; 43(4): 460-1. https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000400025

23. Portela NLC, Sousa, PHL, Melo, LNL. Fatores associados à incapacidade física de casos novos de hanseníase em Paço do Lumiar-MA, 2006-2015. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, [s.l.], 2018; 14 (27): 80-88. http://dx.doi.org/10.14393/hygeia142706.

24. Silva JR, Palmeira IP, Sá AM., Nogueira LMV, Ferreira, AM. Fatores sociodemográficos associados ao grau de incapacidade física na hanseníase. 2018. Revista Cuidarte, 9(3), 2338-48. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.548.

25. Domple VK, Harnalikar MY, Wadde SK, Gadekar RD, Dhande VS. Assessment of Disability amongst Leprosy Patients: A Cross-Sectional Study. National Journal of Community Medicine. 2017; 8 (8): 482-486.

26. Lana FCF, Amaral, EP, Lanza, FM, Saldanha ANSL. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. Rev. LatinoAm. Enfermagem. 2008;16(6):993-7.

27. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. [Epidemiological profile of leprosy in a Brazilian municipality between 2000 and 2006]. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 25; cited 2014 Nov 04];43(1):62-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf Portuguese

28. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2011. Feb; 44(1): 79-84. http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011000100018.

29. Ribeiro GC, Lana FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. Cogitare Enferm. [Internet]. 2015; 20(3):496-503. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41246

30. Lana FCF, Lanza FM, Meléndez GV, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC, et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. Hansen. Int. 2003;28(2):131-137.

31. Araújo AR, Aquino DMC, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HO et al . Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2014 Dec; 17(4): 899-910. http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040009.

32. Ribeiro Júnior AF, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. Rev Bras Clin Med. 2012 jul-ago;10(4):272-7.

33. Araujo AER, Aquino DMC, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HO et al . Factors associated with neural alterations and physical disabilities in patients with leprosy in São Luis, State of Maranhão, Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2014 Aug; 47(4): 490-497. http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0119-2014

34. Santos PA. Fatores relacionados às incapacidades físicas decorrentes da hanseníase: uma revisão integrativa (dissertação) São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2017.

35. Santana E, Brito K, Nogueira J, Leadebal O, Costa M, Silva M, Soares MJ. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. Revista Eletrônica De Enfermagem. 2018; 20 (15): 1-11 https://doi.org/10.5216/ree.v20.50436

36. Costa LA, Barba-Pinheiro J, Reis JH, Reis Junior SH Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. Revista Pan-amazônica de Saúde, 2017; 8 (3): 9-17.http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232017000300002.

37. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. Rev Bras Enferm. 2008 nov; 61(no. esp): 701-7.

38. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase. Bol Epidemiol. 2018; 49(4):1-10. Disponível em http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniase-publicacao.pdf. Acesso em: 01/02/2018.

39. Moschioni C, Antunes CMF, Grossi MAF, Lambertucci JR. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. Rev Soc Bras Med Trop. 2010; 43(1): 19-22. https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000100005

40. Mantellini GG, Gonçalves A, Padovani CR. Incapacidades Físicas em Hanseníase: Coisa do Passado ou Prioridade na Prevenção? Hansen Int 2009; 34(2):33-39.

41. Santos VS, Matos AMS, Oliveira LSA, Lemos LMD, Gurgel RQ, Reis FP, et al. Clinical variables associated with disability in leprosy cases in northeast Brazil. J Infect Dev Ctries. 2015; 9(3): 232-8. http://dx.doi:10.3855/jidc.5341

42. Kumar A, Girdhar A, Girdhar BK. Nerve thickening in leprosy patients and risk of paralytic deformities: a field based study in Agra, India. Lepr Rev 2004; 75(2): 135-42.

43. Batista KNM. Dano neural em hanseníase: estudo transversal sob uma perspectiva clínica e imunológica (dissertação). Belém: Universidade Federal do Pará, 2008.

44. Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR, Sarno EN. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. Anais Bras Dermatol. 2003 set-out; 78(5):561-8.

45. Reis MC. Padrões e fatores associados às incapacidades físicas em sujeitos em pós-alta da poliquimioterapia (PQT) da hanseníase, no município de Vitória Da Conquista-BA, 2001-2014 (dissertação). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2017.

ACOLHIMENTO DAS DEMANDAS DE INTENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: a percepção dos profissionais de saúde

WELCOME OF SUICIDE ATTENTION DEMANDS IN PRIMARY HEALTH CARE: the perception of health professionals

Even Amanda Alves da Silva[1]
Vanilson Pereira da Silva[2]

Resumo

Trata-se de um estudo quali-quantitativo que objetivou analisar a percepção dos profissionais da saúde acerca do acolhimento das demandas de intento suicida em um Território de Saúde, no município de Palmas - TO. Realizou-se entrevistas semiestruturadas com aplicação de questionário. Os participantes da pesquisa foram profissionais da estratégia de Saúde da Família (eSF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB) que integram três Unidades Básicas de Saúde (UBS). As informações levantadas foram submetidas ao método de Análise do Conteúdo proposto por Bardin e também à análise estatística. Os dados obtidos foram agrupados em três categorias de análise: 1- Compreensão dos sentimentos, percepções e atitudes manifestas pelos profissionais em relação ao suicídio; 2- Dificuldades e facilidades dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do Território diante dos casos de intento suicida; 3- Condutas adotadas e a utilização de Instrumento/Protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários que apresentaram ideação e/ou intento suicida. Os resultados encontrados indicam que os profissionais possuem dificuldade no acolhimento de sujeitos que tentaram suicídio ou manifestam ideias com a finalidade de anular deliberadamente a própria vida. Identificou-se que a ausência da abordagem da temática suicídio engloba tanto o currículo da graduação de grande parte dos profissionais entrevistados, como os espaços de produção de conhecimentos no cotidiano da instituição de saúde, relativos à educação permanente. Em consequência, nota-se certo grau de insegurança e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva que essa e toda prática de saúde supõe, dificultando a identificação de possíveis fatores de risco, o adequado manejo de casos e a prevenção. Tal situação aponta para a necessidade de se repensar e adotar estratégias sistemáticas, sustentáveis e globais que deem lugar a conquista progressiva de melhores formas de assistência e enfrentamento desse agravo; articulando e cooperando com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, e também, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações.

Descritores: Suicídio. Acolhimento. Atenção primária à Saúde. Unidades Básicas de Saúde.

[1] Psicóloga. Residente Multiprofissional em Saúde Coletiva. Centro Universitário Luterano de Palmas. Fundação Escola de Saúde Pública. E-mail: evenaamanda8@gmail.com

[2] Psicólogo. MSc em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins. Fundação Escola de Saúde Pública. E-mail: vanilsonpsicologo@hotmail.com

Abstract

This is a qualitative study that aimed to analyze the perception of health professionals about the reception of suicidal intent demands in a Health Territory, in the municipality of Palmas - TO. Semi-structured interviews were carried out with questionnaire application. The participants of the research were professionals of the Family Health Strategy (eSF) and the Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care (NASF-AB) that integrate three Basic Health Units. The information collected was submitted to the Content Analysis method proposed by Bardin and also to the statistical analysis. The data obtained were grouped into three categories of analysis: 1- Understanding of the feelings, perceptions and attitudes manifested by professionals in relation to suicide; 2- Difficulties and facilities of the Primary Care Professionals to the Health of the Territory, before the cases of suicidal attempt; 3- Conduct adopted and the use of Instrument / Protocol of attendance and follow-up to users who presented ideation and / or suicidal intent. The results indicate that the professionals have difficulty in receiving subjects who have attempted suicide or manifest ideas for the purpose of deliberately canceling their own lives. It was identified that the absence of the suicide approach encompasses both the undergraduate curriculum of most of the interviewed professionals and the spaces of production of knowledge in the health institution's daily life related to permanent education. Consequently, there is a certain degree of insecurity and unpreparedness of health professionals to deal with the subjective dimension that this and every health practice supposes, making it difficult to identify possible risk factors, adequate case management and prevention. This situation points to the need to rethink and adopt systematic, sustainable and global strategies that lead to the progressive conquest of better forms of assistance and coping with this problem; articulating and cooperating with the construction and implementation of policy initiatives and practices for the change in the graduation of the health professions, according to SUS guidelines, as well as incorporating teaching and learning into the daily life of organizations.

Key words: Suicide. Reception. Primary Health Care. Basic Health Units.

1. INTRODUÇÃO

A cada novo dia a violência ocupa mais espaço nos noticiários e, consequentemente, nas agendas de saúde, indo desde uma escala geral global a uma escala nacional mais detalhada. Nesse cenário, dentre as variadas tipologias de violência, as manifestações autolesivas, isto é, provocadas contra si mesmo, despontam como um desafiador problema de saúde pública.

No Brasil, os dados são preocupantes: de 2007 a 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos em decorrência do suicídio — em 2016, a taxa foi de 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa. O número representa um crescimento de 2,3% em relação ao ano anterior, quando 11.178 pessoas cometeram suicídio.[1]

Numa análise sumariamente epidemiológica, esse aumento gradativo demonstra o exponencial crescimento desse fenômeno, de natureza dilemática, complexa e multidimensional, que se delineia como um desafio.[2]

Werlang e Botega[3] afirmam que o comportamento ou manifestações auto agressivas devem ser vistos como um sinal de alarme, já que o suicídio é a ponta de um iceberg revelando a atuação de fenômenos psicossociais complexos que afetam as pessoas.[3] Alguns pesquisadores brasileiros estimam que, para cada caso de suicídio, 10 a vinte tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos são praticadas.[4] Igualmente, se atentam para o fato de que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados.[5] Os autores destacam ainda a probabilidade de que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar, por serem de menor gravidade. Entretanto, alertam que a repetição de tentativas é um indicador de risco para a consumação do ato.

Haja vista que o suicídio se trata de um problema com dimensões muito mais amplas, o atendimento de pacientes nessa condição demanda dos profissionais determinadas atitudes quanto ao acolhimento, de forma a produzir um atendimento resolutivo e humanizado. Contudo, na prática, as fragilidades desse processo são evidenciadas.

No estudo sobre o acolhimento nos serviços de urgência, Vidal e Gontijo[5] classificam estes ambientes como lugares de muita tensão e estresse para os pacientes e seus familiares, e também para a equipe de saúde. Entre os resultados encontrados pelos pesquisadores: a alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento, as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, são fatores que induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e, portanto, com dificuldade de atuação de forma humanizada. Como resultado, a qualidade dos atendimentos, ou seja, a escuta do usuário em suas queixas, o valor do cuidado e o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, "muitas vezes não é aproveitada pela equipe, seja pelas características dos serviços de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas".[5]

Nesse contexto, ainda que inexista ou não se configure um campo relacional acolhedor, Freitas e Borges[4] atentam-se para a relevância desse aspecto, dado que a qualidade do atendimento é fator importante na reabilitação e na recidiva das tentativas.[4]

Sob outra perspectiva, apesar dessas demandas serem em sua maioria atendidos pela rede de urgência e emergência – devido a necessidade de requerer assistência médica imediata – sabe-se que estes casos estão sob adscrição de Territórios de Saúde - que são orientados por fundamentos e diretrizes gerais da Atenção Básica - constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.[6]

Além de ser compreendida como um espaço de produção de mudanças no sistema de saúde - enquanto elemento organizador e articulador do cuidado em saúde - a relação entre a equipe e a população de referência baseia-se na contratação de responsabilidades pelo cuidado integral, que entre outros, significa: (1) ação longitudinal, de seguimento, que requer (2) a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como (3) o uso de tecnologias de trabalho como projetos terapêuticos singulares, interconsultas, grupos de discussão, entre outros, o que recombina ofertas tradicionais baseadas, principalmente, em consultas individuais por profissionais.[7]

Assim, ao ocupar um lugar que sistematicamente oportuniza um contato mais próximo e a continuidade das ações de saúde, a Atenção Primária à Saúde reafirma sua importância, visto que é promotora da continuidade da relação clínica com construção de vínculo e responsabilização entre os profissionais e os usuários ao longo do tempo e de modo permanente acompanha os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos da vida dos usuários.[6]

Na incessante busca pela construção de serviços distintos para atender as diferentes necessidades, o Ministério da Saúde[8] instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que apresenta como objetivos gerais: I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

No contexto local, a população que se encontra com transtorno mental de qualquer natureza (com inclusão dos derivados do uso de substâncias psicoativas), recebe assistência à saúde pelas seguintes portas de entrada: nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com as equipes de eSF e o NASF - AB, apoiados também pelas equipes de Consultório na Rua (eCR); nos Centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades e, quando se

tratar de quadro agudo, nas unidades de urgência/emergência, combinadas por Unidades de Pronto Atendimento (UPAS 24 horas) e Hospitais.[8]

Tomando como referência os pacientes com histórico de tentativa de suicídio, verifica-se que a qualidade da atenção dispensada é fundamental. Logo, com o compromisso de resposta às necessidades de cidadãos, o acolhimento torna-se peça chave nesse processo, que não se resume a meras ações isoladas e pontuais, como por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados, que é o que muito se observa nos contextos de saúde locais; ele deve ser atravessado por processos de responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde.[9]

Assim sendo, posto que a operacionalização do acolhimento enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) é capaz de criar uma rede de diálogo permanente entre usuários, trabalhadores e serviços de saúde, possibilitando a construção de práticas de corresponsabilidade e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de sujeitos[7], e levando em consideração a importância das Unidades Básicas de Saúde - enquanto representantes do primeiro nível de contato preferencial dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, cujo cuidado de saúde é levado o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham[10] - é fundamental conhecer a percepção dos profissionais de saúde frente ao acolhimento das demandas de intento suicida.

Ressalta-se que, neste estudo, o termo percepção pode ser definido como a interação estabelecida entre dois polos: o corpo, que é o primeiro plano na reflexão, revelando como o homem percebe o mundo assim como a si mesmo, por meio de uma consciência perceptiva; e a percepção, explicada pelo sentido do percebido que se encontra na consciência do sujeito. Por meio desta, o sujeito atribui um significado àquilo que foi experimentado, tornando-se capaz de descrevê-lo e dizê-lo.[11]

Diante do exposto, elaborou-se este estudo que teve por objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do acolhimento das demandas de intento suicida em um Território de Saúde no município de Palmas-TO.

2. MÉTODOS

A natureza do problema estudado exigiu uma pesquisa qualitativa, uma vez que se busca retratar a perspectiva dos participantes, interpretando os fenômenos de acordo com os significados que possuem para os mesmos.[12] Nesse sentido, a realização da pesquisa no contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) viabilizou o desvelamento das vivências e significados que os sujeitos (profissionais de saúde) conferem às questões relacionadas ao acolhimento das demandas de intento suicida.

O universo da pesquisa consistiu em Unidades Básicas de Saúde. Estes serviços integram um dos Territórios de Saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob responsabilidade do município de Palmas – TO.

Os participantes da pesquisa foram as equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e o NASF - AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica) do respectivo Território de Saúde, totalizando 55 participantes com as seguintes formações: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde; profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; e profissionais que constituem uma equipe composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, como psicólogo, fisioterapeuta e assistente social.[6] Os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa ou que se encontravam de licença ou férias no dia da entrevista foram excluídos do estudo.

As informações necessárias para realização da pesquisa foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas com aplicação de questionário, as quais potencializam a avaliação à medida que permite ao entrevistador fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas ficam mais espontâneas, sem estarem condicionadas a algum tipo de padrão ou alternativas, favorecendo não só a descrição dos fenômenos, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade.[13]

O instrumento utilizado para consecução dos objetivos corresponde a um questionário de entrevista semiestruturada, adaptado a partir do Instrumento de pesquisa Questionário de Atitude frente ao Comportamento Suicida (QUACS)[14]. O instrumento de coleta foi composto por perguntas abertas e fechadas que contemplam as variáveis definidas previamente: o cuidado/abordagem ao usuário em risco para suicídio e o suicídio na formação curricular (desafios, fragilidades e ausências).

O procedimento aconteceu com a presença da pesquisadora nas UBS, a datar de várias visitas realizadas durante os meses de julho de 2018 a novembro de 2018.

As entrevistas seguiram um critério único para todos os profissionais. No período que antecede a entrevista, apresentou-se brevemente a proposta de pesquisa, evidenciando seus objetivos junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram assinados pelos entrevistados, resguardando, entre outros aspectos, a confidencialidade, o sigilo e o anonimato durante a pesquisa e a divulgação dos resultados.

A análise dos dados foi orientada pela Análise de Bardin[15] e pela análise estatística das variáveis quantitativas. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos, transitando entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade[16]. Os resultados foram obtidos a partir da exploração do material em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Com relação a esta técnica de análise escolhida, na primeira tendência geral observada no questionário, identificou-se a quantidade de elementos que podem ser considerados no estudo das respostas relacionadas com outras do mesmo questionário, assim como com aquelas dadas por outros sujeitos; o que permite definir núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.[17]

Com base nisso, elaborou-se um quadro de análise referente a cada tema abordado, constando os seguintes itens: categorias, subcategorias, unidade de registro, unidade de contexto e unidade de enumeração. Esse arranjo foi considerado como relevante a fim de subsidiar o processo de organização e análise dos dados.

Também foram utilizados no estudo dados secundários provenientes da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), emitidos por meio de relatórios da Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

A coleta de dados ocorreu em outubro e novembro de 2018. Foram analisadas notificações de violência interpessoal/autoprovocada de pessoas residentes em Palmas, no período de janeiro de 2016 a julho de 2018, no município de Palmas – TO. As variáveis estudadas no presente artigo, no que se refere à pessoa em situação de violência, são: local da ocorrência, sexo, faixa etária, tipo de violência e se a violência foi autoprovocada. Os dados referentes ao provável autor da violência não visam identificá-lo e sim conhecer

características epidemiológicas territoriais e a partir dela evidenciar um perfil dos casos notificados no território de saúde em análise.

A análise dos dados sucedeu de forma descritiva simples, o relatório foi exportado pelo programa de tabulação do TABWIN (versão 4.1.1 – DATASUS) e foram analisadas as duplicidades ou dados inconsistentes através de uma planilha do Microsoft Office Excel 2007, e seguidamente analisados através de estatística simples, retratados em forma de tabelas, com a apresentação dos valores absolutos discutidos posteriormente.

O Projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP - Palmas e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas/Universidade Luterana do Brasil – CEULP/ULBRA, com o parecer 2.737.720 de 2018, conforme estabelece a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados do SINAN referentes à Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada possibilita apresentar o panorama de Palmas no que concerne os dados dos anos de 2016 a julho de 2018.

Tabela 1- Frequências de casos notificadas no Sinan em residentes em Palmas (Tocantins) segundo o ano, no período de janeiro de 2016 a julho de 2018.

Ano da Notificação	Frequência
2016	218
2017	291
2018	369

Conforme dados do SINAN (2018), entre os tipos de violências que mais ocorrem no município de Palmas, destaca-se a violência autoprovocada (tentativa de suicídio) como um dos principais agravos notificados no ano de 2016 a julho de 2018. Os serviços de saúde do município de Palmas registraram no período de janeiro de 2016 a julho de 2018, 878 notificações de violência Interpessoal/Autoprovocada.

Partindo de uma perspectiva do cuidado em saúde a nível territorial, os casos notificados são acompanhados em espaços que refletem a riqueza e complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente ─ e suas características políticas,

econômicas e culturais ─, sob abrangência delimitada a um conjunto de serviços de saúde que compõem a Atenção Primária à Saúde.

Geograficamente, o Território estudado situa-se na região Sul do município. Possui uma população total de 23.841pessoas (8,5% da população de Palmas). Destes, somente 1.193 pessoas possuem plano de saúde, ou seja, apenas 5%.[18]

Analisando o banco de dados do SINAN foi possível estratificar por tipo de violência, observando assim que, a incidência de notificação de violência autoprovocada, no período de janeiro de 2016 a julho de 2018 no Território é de 116.

Os casos de violência autoinfligida ou autoprovocada do Território possuem um acometimento predominante da população do sexo feminino 75% e de adultos jovens, que compreendem a faixa etária de 20 a 34 anos, correspondendo a 37,93% das notificações de intento suicida.

Tabela 2- Caracterização das pessoas em situação de violência notificadas no Sinan em residentes em Palmas (Tocantins), segundo sexo e faixa etária, no período de janeiro de 2016 a julho de 2018.

Variáveis	n (116)	%
Sexo		
Masculino	29	25%
Feminino	87	75%
Ignorado	-	-
Faixa etária (em anos)		
< 1 ano	-	-
1 a 4 anos	-	-
5 a 9 anos	-	-
10 a 14 anos	6	5,17%
15 a 19 anos	32	27,58%
20 a 34 anos	44	37,93%
35 a 49 anos	27	23,27%
50 a 64 anos	5	4,31%
65 a 79 anos	3	2,58%
> 80 anos	-	-

Com interesse de compreender a percepção dos profissionais de saúde acerca do acolhimento destas demandas no Território de Saúde, a análise das entrevistas resultou em três eixos temáticos: 1- Compreensão dos sentimentos, percepções e atitudes manifestas pelos profissionais em relação ao suicídio; 2- Dificuldades e facilidades dos profissionais da

Atenção Primária à Saúde do Território diante dos casos de intento suicida; e 3- Condutas adotadas e utilização de Instrumento/Protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários que apresentaram ideação e/ou intento suicida.

A primeira categoria de análise identificada refere-se à compreensão dos sentimentos, percepções e atitudes manifestas pelos profissionais em relação ao suicídio. Esta categoria é composta por duas unidades de significados, a saber: 1) Reconhecimento da capacidade de apoiar as pessoas que tentaram suicídio e 2) Crenças e atitudes manifestas em relação ao suicídio.

A segunda categoria discursa sobre as dificuldades e facilidades dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do Território diante dos casos de intento suicida e foi constituída por duas unidades de significado: 1) Percepção acerca do conhecimento profissional para lidar com pacientes em risco de suicídio e 2) Identificação de quando o paciente apresenta risco de cometer suicídio.

A terceira categoria trata da utilização de Instrumento/Protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários que apresentaram ideação e/ou intento suicida, sendo formado por uma unidade de significado, que é a utilização de documento norteador para apoiar no acolhimento.

Ademais, no transcorrer da apresentação e discussão dos dados, os sujeitos da pesquisa foram identificados pela letra “S”, correspondendo ao termo “servidor”, seguida de uma enumeração. Tal processo foi atribuído aleatoriamente e não corresponde à sequência de realização da entrevista.

As 09 questões que compuseram as entrevistas referiram-se a uma das categorias citadas. Desta maneira, ao responder à questão, os profissionais de saúde abordaram o tema, afirmando seu conteúdo ou negando-o, conforme o caso. Paralelo à análise categórica, se desenvolveu a análise quantitativa, indicando o número de respostas que afirmam ou não o tema. Dentro disso, também tomamos como suporte a análise qualitativa, estruturada a partir dos argumentos dados pelos entrevistados em suas respostas.

A tabela a seguir apresenta as questões analisadas na pesquisa por meio das categorias:

Tabela 03- Questões por categoria

Nº	Categoria	Questões
1	Compreensão dos sentimentos, percepções e atitudes manifestas pelos profissionais, em relação ao tema suicídio	1. Você se sente capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar? ( ) Sim ( )Não Como você poderia ajudá-la? **4.** O que pensa sobre esses pacientes que querem morrer? **9.** Em sua opinião, entre as pessoas que cometeram suicídio, quantas você estima que sofriam de transtorno mental? RESPOSTA: _% **7.** Existe alguma situação em que você acha ser mais aceitável a ideia de suicídio? Se sim, descreva na linha abaixo qual seria. ( ) Sim ( )Não
2	Dificuldades e facilidades dos profissionais de saúde da APS do Território, diante dos casos de intento suicida	**5.** Hoje, você considera que possui conhecimento profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio? ( ) Sim ( )Não **2.** Você consegue perceber quando um paciente apresenta risco de se matar? ( ) Sim ( )Não **3.** Como é para você perguntar sobre as ideias de suicídio que ele (a) teve ou tem?
3	Condutas adotadas e utilização de Instrumento/Protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários que apresentaram ideação e/ou intento suicida	**8.** Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, como você age? **6.** Você utiliza algum documento norteador para te apoiar no acolhimento?

3.1 Categoria 1- Compreensão dos sentimentos, percepções e atitudes manifestas pelos profissionais em relação ao suicídio

A análise da primeira categoria identificada desdobrou-se em duas unidades de significados que são: o reconhecimento da capacidade de apoiar as pessoas que tentaram suicídio e as crenças e atitudes manifestas pelos profissionais de saúde em relação ao suicídio.

3.1.1 Reconhecimento da capacidade de apoiar as pessoas que tentaram suicídio:

O entendimento dos profissionais quanto a capacidade de apoiar pessoas que tentaram suicídio, referem-se, em sua maioria, a uma análise no sentido de reconhecer determinada aptidão que se aproxima da escuta e da orientação, à medida que fazem uso do aconselhamento, fundamentado em preceitos individuais.

42 (76,36 %) dos profissionais concordaram que se sentem capazes em prestar apoio. Entretanto, dentro desta mesma análise temática, a análise qualitativa efetuada - com base nas respostas indicadas na mesma questão - demonstra de que maneira ocorre a criação deste espaço relacional, evidenciando uma compreensão distinta dos elementos que caracterizam o acolhimento.

Entre as falas sobressaem as seguintes atitudes e sentimentos: *Em uma tentativa de aproximação por meio de diálogo eu tentaria identificar na fala da pessoa algum provável motivo qual daria a ela uma motivação para continuar vivendo (S2); Talvez aconselhando, tento acalmar, pedir ajuda, orando (S12); Orientação, acompanhamento clínico, e se precisar, uso de medicação (S25); Tento transmitir uma mensagem voltada para os valores dessa pessoa, recomendando que a mesma busque soluções para as dificuldades enfrentadas, me colocando a disposição quando necessário (S26); Tentando acalmar o paciente para que ela possa entender o que tenho para falar (S42); Ouvindo e falando do amor próprio (S14); Tentaria ajudá-lo com incentivos de fé e espiritual (S17); Com aconselhamentos, palavras amigas e orações (S19); Levando a palavra de Deus (S50); Falando sobre a importância da vida. E o mais importante falando de Deus para essa pessoa, porque na verdade só Deus pode mudar os pensamentos dela (S53).Eu iria identificar qual o motivo que esta pessoa estava com este tipo de comportamento e com certeza procuraria ajuda com os orgãos competente tipo CAPS etc (S20); Procurando encaminhá-la aos orgãos competente tipo pedindo ajuda e levando a questão para família (S6)".*

Por outro lado, com relação aos 13 (23,64%) profissionais que retrataram determinada dificuldade - discordaram dos demais quanto à prestação de apoio - alguns conteúdos foram recorrentes em suas falas: "*Não me acho capacitada (S8); Ainda não tive uma capacitação adequada profissional sobre o assunto (S21); Acredito que temos pouca capacitação para correta abordagem (S52); Existe situações que eles são totalmente*

fechados, me sinto incapaz (S48); Penso que seja melhor orientar a mesma a procurar uma equipe especializada (S49); Encaminhando para o serviço de saúde mental (S16)".

Apoiados nesta mesma análise das respostas dadas pelos participantes nesta questão, outro ponto que merece atenção remete a quantidade manifesta dos termos encaminhamento e relato de busca de ajuda/apoio. Os mesmos aparecem em 23 dos questionários, sendo que, outros 9 profissionais citam encaminhamentos para psicólogo e/ou serviço de saúde mental.

À luz desta análise, tomando como referência algumas informações e documentos que apresentam atitudes/ações consideradas essenciais para a promoção adequada do cuidado/abordagem destes sujeitos, como o Manual de Prevenção ao Suicídio aos profissionais da saúde em atenção primária[19], elaborado pela Organização Mundial de Saúde e o Manual de Prevenção do Suicídio para os profissionais da saúde mental[20], criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, tem-se que: ao atender o paciente com ideação suicida, é importante, ouvir atentamente o outro, oferecer apoio emocional, não o julgar, tentar compreender sua dor, ser empático e demonstrar preocupação e cuidado.

O Manual de Prevenção ao Suicídio[19] lista também o que fazer e o que não fazer com o paciente. Ouvir, mostrar empatia e ficar calmo; ser afetuoso e dar apoio; levar a situação a sério e verificar o grau de risco; perguntar sobre tentativas anteriores; explorar as outras saídas, além do suicídio; perguntar sobre o plano de suicídio; fazer um contrato; identificar outras formas de oferecer apoio emocional e remover os meios, são algumas das orientações sobre o que o profissional deve fazer. De outro modo, ele não deve: ignorar a situação; ficar chocado ou envergonhado e em pânico; falar que tudo vai ficar bem; desafiar a pessoa; fazer o problema parecer trivial; dar falsas garantias; jurar segredo; e deixar a pessoa sozinha.

Contudo, ao contrapor as respostas dadas à questão pelos entrevistados com as indicações listadas acerca do cuidado/abordagem ao usuário que tentou suicídio, percebe-se que apesar dos profissionais se sentirem aptos a apoiarem sujeitos que experimentam esta condição, as atitudes emitidas pelos mesmos distanciam-se de uma postura acolhedora, redundando expressivamente em: aconselhamentos fundamentados em preceitos individuais, escutas que não se relacionam a uma atitude empática e também, um importante número de encaminhamentos a outros serviços ou profissionais, ante o sofrimento do outro. Como consequência, a integração destes fatores muito possivelmente denota certa dificuldade para o estabelecimento do vínculo.

Corroborando com os comportamentos considerados indispensáveis ao atender pessoas com ideação suicida, Botega[2] enfatiza que os profissionais da saúde devem tentar

estabelecer um vínculo de confiança desde o começo, pois a postura do profissional da saúde frente ao paciente deve se aproximar do entendimento da dor do outro em sua totalidade[21]. Ao discutir esta postura, a autora recorre à Merleau-Ponty[21] para defender a relevância do contato humano e genuíno com o outro:

> Embora não possamos abarcar a totalidade de sua dor no dimensionamento daquilo que ele sente, ainda assim tenho como compreendê-lo em sua configuração de desespero. Torno esse encontro decididamente humano, onde a dor tangível na relação será aliviada, não apenas pela sua compreensão, mas também, e principalmente, pelo aspecto humano e humanitário que este encontro apresentará.

Antes de quaisquer perguntas e respostas sobre ideação e/ou tentativas de suicídio, há algo que se opera na relação estabelecida entre profissional e paciente: quão a vontade e confiante um se sente diante do outro. Na opinião de Botega[2], de alguma forma, o paciente percebe se há espaço para se abrir, se o profissional lhe garante esse espaço. Trata-se na realidade, não de um espaço que um proporciona ao outro, mas de um campo relacional intersubjetivo que envolve e condiciona os encontros humanos, de trocas emocionais que se estabelecem entre os dois. E é a qualidade desse espaço que permite uma boa avaliação clínica e, posteriormente, o estabelecimento de uma aliança terapêutica, que, é um importante fator de proteção contra o suicídio.

Assim sendo, mesmo que a maioria dos profissionais se sinta capaz de apoiar estes pacientes, as posturas/atitudes correlatas no processo de acolher a experiência de um paciente, anuente Botega[2], pode levar a um agir tomado por irritação, raiva, desprezo, medo, culpa, dedicação missionária, ou mesmo ficar paralisado pela sensação de impotência, desânimo e desvitalização; enrijecendo a conduta frente aos pacientes, com o embaçamento da percepção, do raciocínio clínico, resultando na impossibilidade da construção do vínculo. E "diante de um contato empático pobre, apressado ou de defesas psíquicas excessivamente fortes, é improvável a realização de boa avaliação clínica e o trabalho terapêutico". [2]

3.1.2 Crenças e atitudes manifestas em relação ao suicídio

A percepção dos profissionais de saúde sobre os pacientes que desejam ou cometem suicídio é atrelada mormente às concepções vinculadas aos aspectos subjetivos, sofrimento/estressores pela condição atual, e/ou algum transtorno.

19 (34,54%) dos registros ilustram este entendimento: *"Penso que estão tentando por um fim no seu sofrimento (S34); Verifica na maioria das vezes uma depressão (S36); Quase todos vem de uma depressão e acha que ninguém gosta dela (S38); Elas não querem*

morrer, elas querem matar a dor que está o (a) atormentando (S44); Pessoas sem expectativas de vida, que não se aceita como são (S45); Não aceitam a perca (S37); Precisam de um objetivo de vida (S55); Falta de amor próprio (S33); Estágio muito grande de depressão (S4); Inconformidade e insatisfação com sua forma de vida atual (S5); Penso que são transtornados (S15); Sua saúde mental não está bem (S22); Estão sentindo uma dor muito grande (S29); Não está normal (S1); Penso que ele não quer morrer, ele só quer se livrar de um grande sofrimento (S9);Precisando ocupar sua mente com coisas produtivas e benéficas (S16); Muita falta do que fazer (S8)".

Em segundo plano, a percepção dos profissionais de saúde sobre os pacientes que desejam ou cometem suicídio é correlacionada às concepções vinculadas aos determinantes sociais, ou seja, suscitadas pelas condições socioeconômicas, condições de trabalho e redes sociais e comunitárias.

Em 11 (20%) dos relatos foram encontradas as seguintes referências: *"São pessoas carentes de atenção e companhia (S37); Não tem o amor da família (S54); Algo em casa, falta de atenção, problema com o marido (S56); É revoltado com a família, separação (S41); Vem do histórico familiar, família mal estruturada, vivem em conflitos (S40); Falta de oportunidade, problemas familiar e conjugal (S39); Vítima de fatores de risco que incluem vários aspectos como drogas (S31); Causa, acontecimento, álcool, drogas, perdas de familiares, etc (S13); Pessoa está infeliz, geralmente por um motivo ou perda familiar, relacionamento, desemprego (S12); Total desemprego e falta de acompanhamento familiar (S11); Engloba situação familiar, financeira, social etc (S7)."*

Neste mesmo quesito, também foram observadas concepções do suicídio como um fenômeno associado à ausência e/ou fraqueza de espiritualidade ou religiosidade no discurso de 06 (10,90%) profissionais, que consideram os pacientes que desejam morrer como: *"Pessoas que perderam as esperanças e a fé (S32); Não conhece a palavra de Deus e etc (S42); Pessoa indefesa e sem fé (S17); Falta de fé e de amor próprio (S14); Fraqueza espiritual (S54); Pessoas que precisam de ajuda do lado espiritual (S6)".* Vale ressaltar que, percepções vinculadas a este fenômeno foram referidas em outras questões.

Concomitantemente, 06 dos profissionais entrevistados também referiram a necessidade de acompanhamento profissional para estas pessoas. Quanto aos demais participantes, 19 (34,54%) profissionais responderam à questão afirmando que as pessoas que querem morrer necessitam/precisam de ajuda, atenção e/ou cuidado especial, não associando a percepção a nenhum dos fenômenos retratados.

Um outro aspecto examinado nesta categoria relaciona-se a estimativa de que as pessoas que cometeram suicídio sofriam de transtorno mental. Mais da metade dos profissionais, 31 (56,36%), estimaram que 50% a 100% das pessoas que cometeram suicídio sofriam de transtorno mental; 19 (34,54%) opinaram que menos de 49% das pessoas possuíam transtorno mental; e 05 (09,09%) profissionais não souberam ou não quiseram opinar.

No que se refere a aceitabilidade da ideia de suicídio em alguma situação, somente 06 (10,90%) profissionais consideraram a ideia, associando-a às seguintes situações: depressão (S19; S45); separações, inferioridades e baixa autoestima (S17); desemprego, falta de orientação religiosa e mente fraca (S20).

Em geral, lutamos pela vida e pensamos na morte de forma genérica e abstrata, como algo distante. O paciente suicida é ameaçador, fere devoções e expectativas. Ao trazer a morte para mais perto, ele desafia subterfúgios existenciais de quem o atende. Por isso, vários mecanismos de defesa psicológica são ativados e se combinam com a finalidade de evitar a percepção desse drama humano e proteger-nos. Aí entram os preconceitos, as crenças, a repulsa automática e a noção que construímos a respeito do que deve permanecer fora de nossa responsabilidade profissional.[2]

Ao examinar esta categoria percebe-se a reunião de elementos que mostram que os profissionais expressam motivos diversos pelos quais contribuem para o ato suicida. Embora muitos dos participantes tenham referido contextos atinentes às concepções vinculadas aos aspectos subjetivos e aos determinantes sociais, mais da metade dos profissionais ponderou que as pessoas que tentam suicídio encontram-se numa condição de sofrimento psíquico presente, ou seja, sofriam de transtorno mental. Outra parcela importante de profissionais acredita que as pessoas que querem morrer necessitam/precisa de ajuda, atenção e/ou cuidado especial.

O filosofo Albert Camus (s/d) já dizia que, compreender o motivo do suicídio, ou seja, se a vida vale à pena ser vivida ou não, seria responder a principal pergunta da filosofia. Contudo, apesar da pergunta não ter sido ainda respondida, e muito provavelmente não será, a compreensão dos fatores correlacionados aos motivos pelo qual um indivíduo comete suicídio é o primeiro passo para tentar prevení-lo.[21]

Em sua obra, Solomon[22] traz reflexões sobre o suicídio e fala sobre uma opinião antiga e muito popular nos meios que cuidam de saúde mental, é a de que o suicídio é um sintoma de depressão e que, se tratássemos a depressão de modo adequado, o suicídio seria

basicamente coisa do passado. O autor considera como verdade que, em pessoas com tendência significativa para o suicídio, fatores externos podem deflagrar o ato, mas sinaliza que situações difíceis não costumam explicar por completo a escolha de alguém de acabar com a própria vida. “O suicídio pode ser alimentado por uma doença mental ou por circunstâncias da vida, mas quase sempre é resultado das duas coisas”. [22]

Segundo o Manual de Prevenção ao Suicídio[19] da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da saúde[20], existem alguns fatores psicológicos, como transtornos mentais e estado mental propício, envolvidos nos suicídios e nas tentativas de suicídio. Contudo, apesar deste dado alarmante, é válido lembrar que muitas pessoas que possuem um transtorno mental não cometem ou tentam suicídio. Segundo dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), embora os transtornos mentais estejam associados a quase totalidade de quem atenta contra a própria vida, mais da metade das vítimas nunca esteve em um psiquiatra. Porém, metade dessas pessoas consultaram-se com algum médico no período de até seis meses antes da morte. Logo, profissionais de saúde têm papel-chave contra o suicídio.[23]

Considerando todos os fatores correlacionados ao suicídio, sejam eles psicológicos, fisiológicos, sócio demográfico e ambiental, entre outros, pode-se perceber que a causa do suicídio não é unifatorial e sim, muitas vezes, uma interação entre esses fatores[21]. Por esse motivo, o reconhecimento dessa influência mútua dos fatores pelos profissionais pode auxiliar na prevenção ao suicídio, pois este conhecimento poderá auxiliá-los na identificação de fatores de risco, bem como em sua intervenção junto ao paciente, ao passo que, reduz posturas que muito se aproximam de uma triagem, quando examinamos a proporção de encaminhamentos a outros serviços e profissionais sem que: explique à pessoa a razão do encaminhamento; marque consulta; esclareça a pessoa de que o encaminhamento não significa que o profissional de saúde está lavando as mãos em relação ao problema; tente obter uma contra referência do atendimento e mantenha contato periódico.[20]

Ressalta-se ainda que, é preciso atentar para a tendência da reprovação, condenação ou até mesmo aprovação do suicídio, encontrada nos relatos dos participantes, conforme apontam também os achados dos estudos de Ramos e Falcão[24] e Freitas e Borges[4].

3.2 Categoria 2- Dificuldades e facilidades dos profissionais da atenção primária à saúde do território diante dos casos de intento suicida.

A análise da segunda categoria decompôs-se em duas unidades de significados, a saber: a percepção acerca do conhecimento profissional para lidar com pacientes em risco de suicídio e a identificação de quando o paciente apresenta risco de cometer suicídio. Conquanto, durante a discussão as duas unidades foram integradas, em atenção a discrepância constatada na análise das respostas.

No momento da entrevista, 42 (76,36%) dos profissionais de saúde entrevistados consideraram que não possuem conhecimento profissional para lidar com pacientes em risco de suicídio. Entretanto, na segunda questão desta mesma categoria, 37 (67,27%) do total de profissionais entrevistados demarcaram que conseguem perceber quando um paciente apresenta risco de se matar, isto é, que não possuem dificuldade na identificação de quando o paciente apresenta risco de cometer suicídio.

Diante disso, ao comparar a frequência de respostas afirmativas 25 (45,45%) da segunda pergunta - com a mesma proporção de profissionais que informaram que não possuem conhecimento profissional para lidar com pacientes em risco de suicídio - é notável a inconformidade na variabilidade de respostas.

Outro ponto que destoa nesta categoria refere-se aos relatos: 48 (87,27%) dos profissionais entrevistados narram dificuldades em perguntar sobre as ideias de suicídio que o paciente teve ou tem. Nesta proporção, 16 (29,09 %) inter-relaciona-se com o grupo de entrevistados que declarou que consegue perceber quando um paciente apresenta risco de se matar.

Algumas das posturas que refletem esta condição são notabilizadas nas seguintes declarações: *"É pra mim um grande desafio (S16); Não é uma questão fácil, depende do relacionamento com esse paciente (S6); É de certa forma difícil (S44); Desconfortável devido a falta de habilidade, prática e conhecimento sobre o assunto (S43); Depende do paciente (S52); Tenho medo de perguntar (S7); São pacientes que gosta de ficar sozinhos e não gosta de se abrir com nós (S11); É constrangedor e angustiante, dá meio que um desespero e uma sensação de incapacidade de ajudar e medo (S12); É mais difícil para nós profissional investigar pacientes com esses transtornos (S40); É uma abordagem complicada devido esses pacientes serem fechados e não gostarem de falar de sua própria vida (S21).*

Sob outra perspectiva, um número reduzido de profissionais 07 (12,72%) remete a situações ou atitudes associadas à facilidade para abordar o assunto: *"Pergunto sem constrangimento algum (S30) Não teria medo de perguntar, porém conversaria com essa*

pessoa sobre o que a vida nos traz de bom (S7); Tranquilo, tocando no assunto aos poucos, sem constranger o paciente (S3); Muito simples, basta ser atencioso e demonstrar carinho (S;29); Normal, pois a convivência de anos nos aproxima das pessoas (S17); Complexo, porém possível, através da confiança transferida ao usuário (S31).”

Ao explorar os registros dos entrevistados, percebe-se que apesar de reconhecer e concordar que não dispõem de conhecimento profissional para lidar com pacientes em risco de suicídio, uma proporção aproximada de profissionais afirmou conseguir identificar quando um paciente apresenta risco de cometer suicídio.

Associando tal incongruência da variabilidade de respostas com a análise do conteúdo das questões narradas, nota-se que muitos dos aspectos que fomentam a inibição da disposição para abordar a temática do suicídio está atrelada a falta de conhecimento, o que pode predispor certo grau de insegurança diante de perguntas aparentemente letais e potencialmente angustiantes, gerando dificuldade no manejo dos casos; explícitas em muitas das condutas adotadas.

Assim, segundo Botega[2] diante dessas situações, a avaliação do risco do suicídio também é prejudicada, pois só pode ser concretizada se, antes de qualquer coisa, percebermos que a pessoa diante de nós poderá se matar. Na prática clínica, tal percepção só é possível se estivermos permeáveis à possibilidade de ocorrência de um suicídio, ao qual, de alguma forma, estaremos dolorosamente vinculados. Algo que é perturbador para todos os profissionais de saúde; para alguns, beira o aterrorizante.

Refletindo estas dificuldades, ao estudar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio, Wallauer[21] concluiu que, devido ao pouco entendimento dos aspectos psicológicos e emocionais envolvidos em uma tentativa de suicídio, a reação negativa da equipe da saúde frente ao paciente suicida pode ser prejudicial.

A autora endossa também o entendimento de que a equipe de saúde em sua formação acadêmica aprende a cuidar especificamente do corpo orgânico. E mais tarde, no campo de trabalho, a equipe trata do corpo físico doente. Assim, os aspectos emocionais e existenciais frente à morte são, na maioria das vezes, pouco trabalhados.

Conclui ainda que, o sentimento de impotência e frustração de alguns profissionais da saúde frente ao paciente suicida, pode ser um reflexo da falta de preparo para lidar com os aspectos psicológicos[21]. Brocker[25], em sua tese “O comportamento autodestrutivo e o impacto junto aos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar”, analisou a atitude de 118 enfermeiros do Hospital São Lucas (PUCRS) frente ao suicídio. Destes profissionais,

70% não se consideravam preparados para lidar com o paciente com risco de suicídio. E ainda, muitos não se sentiam capazes de diferenciar uma tristeza de uma depressão.

Deste modo, questiona-se se as dificuldades encontradas em compreender o fenômeno poderiam ser decorrentes da falta de capacitação profissional, cuja oferta também é responsabilidade das instituições de saúde, em atividades de educação permanente, como prevê o SUS.[21]

3.3 Categoria 3- Condutas adotadas e utilização de instrumento/protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários que apresentaram ideação e/ou intento suicida.

Foram narradas por 29 (52,72%) dos entrevistados as seguintes condutas quando uma pessoa fala em pôr fim à vida: *"Falo do amor de Deus e tento mostrar o valor que ela tem (S14); Tento convencer do contrário, tento entender o motivo e faço perguntas e faço uma escuta ativa e humana (S10); Sinto pena e realmente não sei como agir (S8); Tento convencê-la de que a vida é muito bom (S9); Tento acalmar a pessoa, porem nunca tive treinamento ou curso para tal (S23); Tento identificar o problema e minimizá-lo ao ponto que a pessoa veja meio de superá-lo (S2); Fico muito triste, pois há tanto motivo para viver que nenhum momento dificil na vida é motivo para morrer (S26); É uma situação triste mais a gente tenta amenizar o máximo possível (S56); Primeiro eu escuto, pergunto, deixo ela seguir o próprio tempo. Tento dar uma palavra de fé, respeitando a crença da pessoa (S35".*

Razoavelmente, em 26 das respostas obtidas, constatou-se também o aparecimento de práticas com o propósito de encaminhar, pedir ajuda ou procura por profissional especializado: *"Tento ajudar de alguma forma ou pelo menos pedir ajuda a alguém mais capacitado (S50); Nunca me deparei com essa situação, mais pediria ajuda a outras pessoas competentes para ajuda-los (S7); De maneira educada, orientá-lo a não fazer isso, tento procurar ajuda para esse paciente (S39); Fico preocupada e tento ajudar da melhor forma possível em palavra positiva e encaminhando pra profissional competente (S32)".*

Destarte, a capacidade de prestar informações objetivas e esclarecimentos à pessoa e familiares é algo discutível, dado que 46 (83,63 %) profissionais afirmaram que não utilizam nenhum documento norteador para apoiá-los no acolhimento.

O diminuto número de profissionais que declarou utilizar algum documento para apoiá-los no acolhimento, citou os seguintes instrumentos: *"Algumas técnicas de abordagem (S29): Política Nacional de Saúde Mental e caderno da Atenção Básica (S43);*

conhecimento empírico/relacionado ao que aprendi no dia a dia (S44; S18; S32); Bíblia e palavra de Deus (S12). Há também relatos que incluem *"orientações e encaminhamentos" (S17)* e *"grupos sociais e profissionais específicos" (S13).*

Após a apreciação das condutas adotadas e dos Instrumento/Protocolo de atendimento e acompanhamento empregados para orientar o processo de cuidado dos usuários que apresentaram ideação e/ou intento suicida, é notório o predomínio de condutas que tendem a reafirmar preconceitos, crenças e a noção que construímos sobre o que deve permanecer fora de nossa responsabilidade profissional.

Mesmo que as equipes de APS ocupem um lugar estratégico no processo de prevenção do suicídio - pois usufrui de princípios e diretrizes que quando operacionalizadas oportunizam o contato continuado e próximo da comunidade, sendo bem aceitos pela população local - tal lugar pode ser questionado ao compreender as condutas adotadas pelos entrevistados.[19]

Portanto, se por um lado nos deparamos com profissionais que tentam ajudar e que, lamentavelmente, tendem a reafirmar preconceitos e crenças; por outro, tem-se profissionais que legitimam sua dificuldade em lidar com estas demandas, contribuindo para a adoção significativa do encaminhamento destes sujeitos a "profissionais mais capacitados e competentes" e/ou outros serviços que, teoricamente, seriam mais resolutivos. Nesse sentido, outra dificuldade consiste na inexistência de Instrumento/Protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários que apresentaram ideação e/ou intento suicida; não foi apontado por nenhum entrevistado. [19]

Destaca-se ainda que, no transcorrer do estudo (durante o período de coleta de dados) foi organizado e executado pelo Grupo Condutor de Saúde Mental do município, instituído pela Portaria Conjunta SEMUS/FESP n°10/2018, a elaboração do Protocolo de Saúde Mental da RAPS de Palmas. Consoante as etapas do plano de ação para implantação do Protocolo, o grupo executou em setembro de 2018 o V Fórum de Saúde Mental, com a participação de vários trabalhadores da RAPS, inseridos a eSF e NASF.

Foram realizadas oficinas de estratificação de risco, com a finalidade de estabelecer em conjunto os fluxogramas de assistência. No encontro do mês de outubro, do Grupo Condutor de Saúde Mental, houve a discussão dos fluxogramas e protocolos para sua finalização. No entanto, os resultados das respostas dos profissionais na questão que trata do uso de documento para apoiá-los no acolhimento, ratifica que os mesmos desconsideraram este fato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se compreender a percepção dos profissionais da saúde acerca do acolhimento das demandas de intento suicida, este estudo evidenciou aspectos que dificultam o provimento de adequado acolhimento a estas demandas na APS.

Verificou-se que o pouco conhecimento profissional sobre o assunto pode estar associado à ausência da abordagem da temática suicídio, que engloba tanto o currículo da graduação de grande parte dos profissionais entrevistados, como os espaços de produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, ou seja, processos relativos à educação permanente. Em consequência, nota-se certo grau de insegurança frente às demandas de intento e/ou ideação suicida e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva que essa e toda prática de saúde supõe.

Observou-se também que o pouco entendimento deste fenômeno dificulta a identificação de possíveis fatores de risco, realização do manejo de casos e, consequentemente, sua prevenção; possibilitando ainda, o surgimento de crenças e atitudes manifestas com tendência à reprovação e condenação.

Ademais, frente a tais dificuldades, tem-se um significativo número de encaminhamentos sem ação longitudinal do seguimento, construção de vínculo e corresponsabilidade. Condutas essas que merecem atenção, devido à ausência de fluxogramas e protocolos municipais que norteiem o trabalho destes profissionais.

A partir dos resultados deste estudo e da observação de uma tendência crescente no número de casos notificados para Violência Interpessoal/Autoprovocada, é interessante sugerir que os gestores da saúde, pesquisadores e instituições de ensino repensem e adotem estratégias sistemáticas, sustentáveis e globais que deem lugar à conquista progressiva de melhores formas de assistência e enfrentamento desse agravo.

Pode-se pensar em mudanças na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS e na incorporação do ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações, de forma a fomentar nos profissionais a problematização e transformação de suas práticas - e ao mesmo tempo, proporcionar conhecimentos que conduzam a um olhar menos pautado em crenças e atitudes com tendência a reprovação e condenação.

O presente estudo surge como uma forma de otimizar a percepção dos atores sociais envolvidos no atendimento de demandas associadas ao suicídio, propiciando assim, que pessoas que experimentam esta condição sejam melhor acolhidas e, portanto, tenham

maiores chances de recuperação e de reinserção social - não esquecendo da premência de estudar estratégias de prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio [Internet]. 2018. Elaborado por Victor Maciel, da Agência Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 20 dez. 2018.

2.Botega NJ. Crise Suicida. Porto Alegre: Artmed; 2015. 302 p.

3. Werlang BG, Botega NJ, organizadores. Comportamento Suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. 204 p.

4. Freitas APA, Borges LM. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. Estud. pesqui. psicol [Internet]. 2014, vol.14, n.2, p. 560-577. ISSN 1808-4281.

5. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad. saúde colet. [Internet]. 2013, vol.21, n.2, p.108-114. ISSN 1414-462X.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica. 2010. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/acervo-digital-de-humanizacao/>. Acesso em: 01 mar. 2018.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 de dezembro de 2011. Sec. 1, p. 59-61.

9. Motta BFB, Perucchi J, Filgueiras MST. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. Rev. SBPH [Internet]. 2014, vol.17, n.1, p. 121-139. ISSN 1516-0858.

10. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). Portaria Inst. N° 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do Município de Palmas, no 1.533, p. 12-14, 28 de junho de 2016. Disponível em: Acesso em: 01 mar. 2018

11. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

12. Gerhardt TE, Silveira DF, organizadores. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora da Ufrgs. 2009. 120 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017

13. Manzini EJ. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, 2, 10 p., Bauru: USC; 2004. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. ISBN:85-98623-01-6. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf>. Acesso em: 01 de outubro de 2018.

14. Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale Rev Bras Psiquiatr.2005: 27(4): 315-18.

15. Bardin L. Análise do Conteúdo. Lisboa: Edições 70 Lda; 1977. 229 p.

16. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Qualit@s Revista Eletrônica, Campina Grande: PB, v. 16, n. 1, p.1-14, fev. 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 20 dez. 2018.

17. Souza EM, organizador. Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional: uma abordagem teórico-conceitual. Vitória: Edufes; 2014. 296 p.

18. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). Diagnóstico Situacional do Território de Saúde Javaé. Palmas, 2017.

19. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Tradução para o português: Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello e Neury José Botega. Departamento de Saúde Mental: Genebra, 2000.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Prevenção do Suicídio para os profissionais da saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

21. Wallauer A. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do suicidio. 2009. 122 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2009. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/handle/12345/1595>. Acesso em: 05 jan. 2019.

22. Solomon A. Um crime da solidão: Reflexões sobre o suicídio. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

23. Fiocruz. Profissionais de saúde têm papel-chave contra o suicídio. 2016. Por: Mônica Mourão (Agência Fiocruz de Notícias). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/profissionais-de-saude-tem-papel-chave-contra-o-suicidio>. Acesso em: 05 jan. 2019.

24.Ramos INB, Falcão EBM. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 35(4), p. 507-516. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a10v35n4

25. Brocker E. O comportamento autodestrutivo e o impacto junto aos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: Aspectos jurídicos e biopsicossociais. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2007.

SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO: UM ESTUDO EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TOCANTINS

MUSCULOSKELETIC SYMPTOMS AND THEIR RELATION TO WORK: A STUDY IN COMMUNITY HEALTH AGENTS OF THE MUNICIPALITY OF PALMAS – TOCANTINS

Laiana Pereira dos Santos[1]

Betania Moreira Cangussu Fonseca[2]

Resumo: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão expostos em seu ambiente de trabalho a riscos ocupacionais. Objetivou-se com esse estudo identificar sintomas musculoesqueléticos e sua relação com o trabalho nessa categoria profissional da atenção primária à saúde no município de Palmas/Tocantins. Contou com duas fases metodológicas, sendo um estudo transversal de natureza quantitativa, a partir da aplicação do Questionário Nórdico Musculoesquelético e uma qualitativa através de entrevistas semiestruturadas, subsidiada pela análise de conteúdo proposta por Bardin. Participaram da pesquisa 65 ACS (54 mulheres e 11 homens). Dos ACS entrevistados, 76,9% apresentaram sintomas osteomusculares nos últimos 7 dias e 93,8% nos últimos 12 meses. A região lombar foi a mais afetada. Os dados da pesquisa evidenciaram uma alta prevalência de distúrbios musculoesqueléticos e os resultados encontrados possibilitaram estabelecer a relação das desordens osteomusculares com o trabalho. Portanto, faz-se necessária a elaboração e implantação de estratégias para a intervenção nesta realidade.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Ergonomia; Saúde do Trabalhador.

Abstract: Community Health Agents (CHA) are exposed in their work environment to occupational hazards. The objective of this study was to identify musculoskeletal symptoms and their relationship with work in this professional category of primary health care in the city of Palmas / Tocantins. There were two methodological phases, being a transversal study of quantitative nature, from the application of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire and a qualitative one through semi-structured interviews, subsidized by the content analysis proposed by Bardin. 65 ACS (54 women and 11 men) participated in the study. Of the ACS interviewed, 76.9% presented musculoskeletal symptoms in the last 7 days and 93.8% in the last 12 months. The lumbar region was the most affected. The research data evidenced a high prevalence of musculoskeletal disorders and the results found made it possible to establish the relationship between musculoskeletal disorders and work. Therefore, it is necessary to elaborate and implement strategies for intervention in this reality.

Keyword: Community Health Agents; Ergonomics; Worker's Health.

1 Fisioterapeuta. Residente do Programa de Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional em Saúde do Ceulp/Ulbra e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP). E-mail: laianasantosfisio@hotmail.com

2 Fonoaudióloga. Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Mestre em Saúde Pública, com ênfase em Vigilância em Saúde. Preceptora do Programa Integrado de Residências Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Ceulp/Ulbra e FESP. E-mail: betaniacangussu@gmail.com

Introdução

A Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS, instituída em 01 de dezembro de 2011, visa promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, bem como assegurar o cumprimento dos requisitos das legislações e cláusulas de saúde em vigor no país, além de fortalecer a implementação de programas de proteção à saúde dos trabalhadores. Para tanto, conta com princípios e diretrizes que regem suas ações (BRASIL, 2011).

Parte significativa desses trabalhadores tem seu processo de trabalho regido pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, que estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. Dentre eles, a categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possui, além das atividades gerais desta política, algumas atribuições específicas (BRASIL, Portaria GM/MS N° 2.436, 2017).

As atribuições gerais dizem respeito à realização do diagnóstico situacional do território em que atuam, promoção da saúde, prevenção e identificação de casos suspeitos de doenças e agravos, vigilância em saúde, encaminhamento dos usuários para a unidade de saúde de referência, registro e comunicação do fato à autoridade de saúde responsável pelo território, conhecimento do funcionamento das ações e serviços do seu território e orientação as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis (BRASIL, Portaria GM/MS N° 2.436, 2017).

Dentre as específicas, destacam-se cadastro atualizado dos moradores de sua área, desenvolvimento de ações integradas entre a equipe de saúde e a população adscrita, informação aos usuários sobre datas e horários de consultas e exames agendados, orientação e apoio em domicílio aos pacientes vulneráveis (BRASIL, Portaria GM/MS N° 2.436, 2017).

Para o cumprimento dessas atividades, os profissionais são expostos a grandes desafios e cobranças, que incluem complexidade e repetição de tarefas, recebimento de salários inadequados, burocratização e hierarquização das relações de trabalho, falta de investimentos na capacitação profissional, condições de trabalho insatisfatórias e precários vínculos empregatícios (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012; FRAGA; MONTEIRO, 2014).

Nessa lógica, pesquisadores identificaram situações de risco à saúde desses trabalhadores, como violência urbana e assaltos (sociais), exposição diária a sol e chuva (físicos), contato com vírus e bactérias (biológicos), peso da bolsa, esforço físico com longas caminhadas, muito tempo em pé, movimentos repetitivos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado (ergonômicos). Tais riscos podem agir isolados ou conjuntamente, submetendo-os à possibilidade de desenvolverem várias enfermidades a sua saúde (CANDIDO; FERREIRA, 2017; JÚNIOR; TORRES; SILVA, 2015).

Tais fatores contribuem com o surgimento de sobrecargas físicas e psicossociais, uma vez que podem ocasionar sensações de insegurança, medo, ansiedade, baixa autoestima e até situações fisiológicas de hiperventilação e tensão muscular, podendo dar origem a inquietações, dores musculares e atividade anormal do sistema nervoso autônomo (PAULA et al., 2015).

Uma das queixas recorrentes de ACS diz respeito aos sintomas osteomusculares. Maeno (2001) afirma que dentre os casos de doenças relacionadas ao trabalho notificadas no Brasil nos últimos 10 anos, cerca de 80% a 90% destes são representados por problemas de LER/DORT, o que torna evidente a sua gravidade e abrangência.

Em nível local, de acordo com os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, foram notificados no município de Palmas - TO nos últimos cinco anos, apenas 12 casos de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador na categoria pesquisada, distribuídos da seguinte forma: 2 casos de LER/DORT, 3 de Acidente de Trabalho Grave, 3 de Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho, 2 de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico e 2 de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (SINAN-NET, 2018).

Tais informações revelam um equilíbrio de notificações entre os agravos mencionados, entretanto, ao comparar esses números com as queixas dos trabalhadores e outras pesquisas realizadas, percebe-se a incipiência dos registros. Borges e Fonseca, 2017 realizaram um levantamento do perfil de afastamento para tratamento da própria saúde de profissionais da atenção primária à saúde de Palmas – TO no ano de 2015, a partir de dados da junta médica municipal, onde identificaram um

total de 397 licenças médicas, destas, 138 relativas ao profissional Agente Comunitário de Saúde- ACS (BORGES; FONSECA, 2017).

Os dados expostos sugerem a subnotificação desses agravos a nível municipal, fato preocupante, pois a ausência de informações inerentes ao acidente/adoecimento dos trabalhadores prejudica uma análise adequada do processo saúde-trabalho-doença e, por conseguinte, uma possível intervenção a essa realidade.

As queixas relacionadas ao sistema musculoesquelético são muito comum em ACS e sabe-se que estas possuem múltiplas causas como diversas transformações no contexto laboral, cuja forma de organização ocorre, comumente, pela implantação de metas, produtividade e aumento na competitividade de mercado, pautando-se em suas necessidades e desconsiderando os trabalhadores, bem como seus limites físicos e psicossociais (BRASIL, 2012).

Tais sintomas podem ocasionar as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/DORT. Estas incluem uma gama de condições inflamatórias e degenerativas que afetam a musculatura, articulações, ligamentos, tendões, nervos periféricos e desencadeiam uma lista de doenças relacionadas ao trabalho (ALENCAR; SCHULTZE; SOUZA, 2010; BRASIL, 2012).

As LER/DORT provocam dor e fragilidade nos membros ou na coluna, podendo gerar situações crônicas e impossibilitar a realização de tarefas simples do dia a dia. Podem ocasionar sequelas irreversíveis, implicando em invalidez permanente dos profissionais. Seu diagnóstico, muitas vezes, pode ser confirmado mediante um quadro clínico de queixas de dores, devido à realização de movimentos repetitivos no trabalho, mesmo que nos exames não sejam encontradas as lesões correspondentes. É importante frisar que toda dor deve ser levada em consideração como real e legítima, seja ela psicológica ou física (MORAES; BASTOS, 2013).

Desta forma, esse estudo se propôs a identificar a prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre Agentes Comunitários de Saúde que atuam nos Centros de Saúde da Comunidade do município de Palmas – TO e compreender as relações entre a organização do trabalho e os sintomas apresentados.

Metodologia

Essa pesquisa foi constituída por duas etapas. A primeira consistiu em um estudo transversal de natureza quantitativa a segunda em uma abordagem qualitativa e exploratória, desenvolvida entre os meses de setembro a dezembro de 2018 com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Palmas - TO.

O sistema municipal de saúde de Palmas - Tocantins encontra-se organizado em 8 territórios de saúde e nestes estão distribuídos os 34 Centros de Saúde da Comunidade (CSC), que dispõem de 86 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde atuam 475 ACS (BRASIL, Portaria N° 518/SEMUS/GA, 2016).

A amostra analisada considerou a população total de ACS do município com uma margem de erro de 10%, respeitando um nível de confiança de 90%. Desse modo, ACS de todos os CSC participaram da pesquisa, sendo no máximo, dois ACS para cada CSC.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por uma das autoras, em cada CSC do município. Foi feito contato telefônico com os(as) coordenadores(as) dos CSC para agendamento de um horário com os ACS, de modo que não trouxesse prejuízo ao serviço, para apresentação e convite a participação na pesquisa.

Explicou-se presencialmente aos sujeitos da pesquisa de cada CSC sobre os objetivos do estudo, informando que a mesma estaria acontecendo por amostragem, podendo ser até 2 participantes por CSC, que aceitassem voluntariamente participar do estudo e caso houvesse um número maior de interessados, a escolha dos 2 participantes ocorreria mediante sorteio, o que foi feito. Neste momento foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Etapa 1:

Na sequência, aos ACS que aceitaram participar da pesquisa, foi explicado em uma sala do CSC o questionário utilizado. Durante o período de preenchimento, uma das autoras colocou-se a disposição para o esclarecimento de dúvidas que poderiam surgir.

O instrumento utilizado para esta etapa foi o Questionário Nórdico Musculoesquelético (NMQ) adaptado. Este foi validado no Brasil por Barros e Alexandre (2003) e desenvolvido com a intenção de padronizar a mensuração e identificação de relato de sintomas osteomusculares, não sendo indicado como base para diagnóstico clínico, mas representando um significativo instrumento de diagnóstico do ambiente ou do posto de trabalho (KUORINKA et al., 1987; PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002).

O questionário adaptado aborda aspectos como nome, data de nascimento, idade, sexo e tempo de função. É representado por uma figura da vista posterior do corpo humano dividido em nove regiões anatômicas (CALIXTO et al., 2015). Compreende múltiplas escolhas quanto à ocorrência de sintomas como dor, desconforto, dormência ou problema nas regiões do pescoço, ombros, cotovelos, punhos e mãos, coluna – região torácica e lombar, quadril, joelho, tornozelo e pé (ALENCAR; SCHULTZE; SOUZA, 2010; PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002).

O respondente deve assinalar a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias antecedentes à aplicação do instrumento, bem como relatar a ocorrência de afastamento das atividades de praxe no último ano (ALENCAR; SCHULTZE; SOUZA, 2010; PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002).

Etapa 2:

A etapa 2 constou de uma entrevista individual semiestruturada, que foi aplicada na sequência da etapa 1, aos ACS que apresentaram presença de pelo menos um sintoma musculoesqueléticos no questionário aplicado. A mesma foi gravada com o consentimento prévio dos participantes e teve uma duração aproximada de 30 minutos.

Dos 65 profissionais ACS que participaram da etapa 1, três foram excluídos da etapa 2 por não apresentar os referidos sintomas e dois por se recusarem a gravar a entrevista. Assim 60 pessoas participaram individualmente da etapa 2 da pesquisa.

Buscou-se com a entrevista identificar a relação entre os sintomas musculoesqueléticos apresentados na etapa 1 e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Desta forma, o roteiro da entrevista se baseou no Caderno de Saúde do

Trabalhador: Dor relacionada ao trabalho, do Ministério da Saúde, e contemplou questões sobre Atividades de Vida Diária (AVD) e vivências laborais (BRASIL, 2012).

Análise dos Dados

Realizou-se na etapa 1 a análise dos dados através do software Microsoft Excel para Windows (Office, 2010), sendo inicialmente utilizada a estatística descritiva, com determinação das médias, frequências simples e relativa para as variáveis quantitativas. Os dados foram apresentados em forma de tabelas para melhor visualização do conteúdo e fenômeno estudado.

Na etapa 2, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e posteriormente tratadas pela Análise de Conteúdo (AC), que consiste em um conjunto de técnicas de estudo das comunicações, utilizadas na análise de dados qualitativos (BARDIN L,1977).

A mesma é composta pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente, realizou-se a leitura flutuante dos depoimentos e em seguida a análise dos dados. Para Bardin (2004), as unidades de análise dividem-se em unidades de registros, unidades de enumeração e unidades de contexto (SOUZA, 2014).

Desse modo, foi estruturado um quadro de análise referente a cada tema abordado, incluindo os seguintes itens: categorias, subcategorias, unidade de registro, unidade de contexto e unidade de enumeração. Tal sistematização se fez necessária para auxiliar a organização e análise dos dados. Além disso, com a finalidade de resguardar a identidade dos participantes da pesquisa, estes foram identificados pela letra “P”, seguindo uma série numérica (P1, P2, P3...) e os seus relatos permaneceram na sua escrita original.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), sob o parecer nº 2.739.147. Desta maneira, foram seguidos os princípios éticos de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

Dos 65 profissionais Agentes Comunitários de Saúde participantes da etapa 1 da pesquisa, 54 eram do sexo feminino (83%) e 11 do sexo masculino (16,9%). A idade média foi de 43 anos, variando entre 24 e 67 anos. O tempo médio de serviço encontrado foi de 13 anos, variando entre 1 a 30 anos. Observou-se que 84,6% dos profissionais possuíam dez anos ou mais na função e 15,3% atuavam entre um e cinco anos, o que sugere que grande parte dos participantes acumula longo tempo de serviço na profissão.

Constatou-se que a predominância de mulheres entre os profissionais ACS deste estudo segue a tendência de outras ocupações da área da saúde. Essa circunstância pode estar associada ao papel da mulher no cuidado da saúde ou à liderança assumida quando se refere à busca de crescimento profissional (LINO et al., 2012; MUSSE et al., 2015; PEDRAZA; SANTOS, 2017; SIMAS; PINTO, 2017).

Verificou-se na etapa 1 da pesquisa que a maioria dos participantes (93,8%) relataram algum sintoma musculoesquelético nos últimos doze meses e que 76,9% apresentaram queixas musculoesqueléticas nos sete dias antecedentes à aplicação do questionário.

Dados semelhantes foram encontrados por Paula et al., (2015), que alerta ainda a possibilidade destes dados estarem subestimados, tendo em vista que foram entrevistados apenas ACS em exercício, em detrimento daqueles que estariam de férias e/ou afastados do trabalho, justamente por apresentar problemas de saúde.

Os problemas osteomusculares também comprometeram o desenvolvimento de atividades normais como trabalho, serviço doméstico ou passatempos, nos últimos 12 meses, de 63% dos entrevistados. As regiões anatômicas de maior desconforto referidas foram: coluna lombar, ombros, pescoço, punhos/mãos e tornozelos/pés. Dentre elas, a região lombar foi a mais afetada tendo-se registrado 75,3% referências sintomáticas.

O estudo de Mata et al., (2011) retrata que dentre os problemas mais comuns enfrentados pela população brasileira e mundial, encontram-se os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), dores lombares e distintas alterações musculoesqueléticas. As DORT e a dor lombar podem ocasionar diferentes

graus de incapacidade funcional, considerando-se graves problemas no campo da saúde do trabalhador.

Outro estudo realizado em ACS no município de Jequié/BA utilizou um questionário referente à dor musculoesquelética (DME) auto referida nos últimos sete dias, investigando três regiões do corpo: membros superiores, membros inferiores e coluna. Chegou-se a conclusão que a prevalência de DME foi de 84,8%, sendo os membros inferiores à região mais afetada (70,9 %), seguido pela coluna 59,8% e membros superiores com 41,8 % (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012).

As regiões anatômicas acometidas em relação aos últimos 12 meses foram: coluna lombar (75,3%), ombros (58,4%), pescoço (56,9%) e punhos/mãos (55,3%). Já em relação aos últimos sete dias, observou-se a seguinte ordem: coluna lombar (61,3%), ombros (43%), punhos/mãos (41,5%) e tornozelos/pés (38,4%). Uma distribuição mais detalhada por segmento anatômico pode ser observado na Tabela 1.

TABELA 1- Prevalência de sintomatologia musculoesquelética em agentes comunitários de saúde da cidade de Palmas por localização anatômica nos doze meses e nos sete dias antecedentes a auto aplicação do questionário.

Região Anatômica Musculoesquelética	**Sintomatologia**			
	Últimos 12 meses		**Últimos 7 dias**	
	N	**%**	**N**	**%**
Região Lombar	49	75,3	40	61,5
Ombros	38	58,4	28	43
Pescoço	37	56,9	20	30,7
Punhos/mãos	36	55,3	27	41,5
Tornozelo/Pés	32	49,2	25	38,4
Joelhos	27	41,5	22	33,8
Região Torácica	25	38,4	20	30,7
Ancas/Coxas	23	35,3	16	24,6
Cotovelo	10	15,3	12	18,4

Fonte: Questionário Nórdico Musculoesquelético

Observa-se que os números encontrados na tabela 1 ultrapassa o número de participantes da amostra. O fato se justifica porque os profissionais ACS mencionaram sentir dor em mais de uma região anatômica, por isso, o número e o percentual apresentado equivalem às respostas obtidas e não ao número de sujeitos pesquisados.

Foram encontrados poucos estudos que utilizaram o NMQ na categoria ACS. Logo, buscou-se evidenciar a prevalência desses sintomas encontrados em outras classes de profissionais da área da saúde. Notou-se que nos achados de SILVA et al., (2014) a maior parte das ocorrências de alterações musculoesqueléticas em enfermeiros foi na região do pescoço (60,6%), ombros (54,5%) e lombar (48,5%) e semelhante ao encontrado nesta pesquisa, a coluna lombar foi a mais afetada em fisioterapeutas e cirurgiões-dentistas. O estudo ainda menciona que 89,1% dos cirurgiões-dentistas possuíam algum sintoma de LER/DORT nos últimos 12 meses.

Na pesquisa de Barbosa, Assunção e Araújo (2012) encontraram altas prevalências de distúrbios osteomusculares em trabalhadores da área da saúde, com destaque para o profissional ACS (59,6%), claramente expostos às cargas biomecânicas no trabalho.

Na etapa 2 foi possível identificar seis categorias que fazem a relação entre os sintomas osteomusculares e o trabalho do ACS, sendo elas: “Contexto do Trabalho”, “Sintomas Físicos e Trabalho”, “Adoecimento e Trabalho”, “Satisfação no Trabalho”, “Agravos a Saúde” e “Atividades de Vida Diárias (AVD)”.

Na categoria “Contexto do trabalho” surgiram subcategorias relacionadas ao “Ambiente de trabalho”, “Ergonomia”, “Organização do trabalho”, “Esforço físico e movimento repetitivo”. Na primeira, se destacou fatores relacionados às condições ambientais como sol, chuva, calor, poeira e ventania. Houve também relatos acerca das condições estruturais do ambiente como espaço físico limitado e déficit de equipamentos para desenvolvimento de determinadas atividades.

> *“...Aí depende do tempo, né, é quente porque a gente trabalha na área né, então calor, poeira, ventania, então tudo isso nós temos direito”. (P59)*

> *“...tem um computador apesar de ser disputado por mais de 11 pessoas”. (P59)*

Situação semelhante foi descrita por Lima et al. (2010) que identificou que grande parte dos entrevistados ACS, ficam expostos ao sol em horários críticos, caracterizando um alto risco para a saúde. Este fator consiste em um aspecto estressor no trabalho desses profissionais, tendo em vista que às visitas domiciliares exigem que

estes caminhem muito tempo sob o sol. Em Palmas - TO, este problema se agrava ainda mais, pois o município está situado em uma região extremamente quente.

Na subcategoria “Ergonomia”, partes dos entrevistados alegaram variar de posição durante a execução do trabalho, alguns motivados pela dor. A maioria, no entanto, relatou permanecer um grande período de tempo em uma única posição.

> *“Eu procuro tá revezando se eu começo sentir as dores, se me incomoda porque eu estou sentada sinto dor no quadril, aí eu costumo adiar aquela tarefa e vou fazer uma tarefa que eu possa ficar em pé...” (P46)*
>
> *“Muito tempo em pé, né porque a gente anda na área todos os dias, então anda grande espaço de tempo de pé...o nosso trabalho é a pé na verdade sai de uma casa entra na outra e no sol quente”. (P59)*

Sabe-se que determinadas posturas em um período de tempo prolongado podem acarretar sobrecarga na musculatura, ocasionando desconforto e dor. Geralmente, à manutenção dessas posturas, estão associadas às condições do local de trabalho, contribuindo com o surgimento destes sintomas (MERGENER; KEHRIG; TRAEBERT, 2008).

Dessa maneira, o estudo de Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) explica que a jornada de trabalho dos ACS apresenta como principal problemática as posições incômodas que adotam, as longas caminhadas em ruas desnivelada, além da necessidade de permanecerem sentados em posições inapropriadas durante as visitas domiciliares, muitas vezes por falta de acentos. Tais fatores representam riscos biomecânicos que estão diretamente relacionados com os distúrbios musculoesqueléticos inerentes ao trabalho, tornando-se provável fonte de dor.

Também surgiram aspectos relevantes na subcategoria “Organização do trabalho”, onde 59 pessoas (98,3%) afirmaram que o seu trabalho demanda exigência de produção. Já, 63,3% (38) dos entrevistados declararam sofrer pressão por parte das chefias de diferentes níveis hierárquicos.

> *“Eles gostam muito de dados, eles querem dados, mas eu chegar na sua casa todo dia e pegar dados, pegar dados, pegar dados e nunca dou resolução “pros” seus dados que você sempre me passa, é meio que brincar com a cara do morador. A pressão que a gente sente, isso eu posso falar em nome de todos os funcionários, nem só dos agentes, que a pressão dos gestores, do nosso órgão de secretaria da saúde, pressiona muito”...(P14)*

Vários estudos têm procurado conhecer as atribuições sobre a rotina do trabalho do ACS. Os resultados apontam que eles vivenciam inúmeras dificuldades para executar suas funções, principalmente pela gama de exigências próprios do cargo que ocupam (PAULA et al., 2015).

Nesta subcategoria “Organização do trabalho” ainda surgiu relatos, em que todos os profissionais entrevistados afirmaram que o seu trabalho exige alto grau de responsabilidade e concentração. Outra parcela considerável alegou que o ritmo do trabalho costuma ser dificultoso, se tornando “cansativo”, “pesado”, “corrido”, “puxado”, “estafante”, “acelerado” e “acima do limite”.

> *“...O ritmo é acelerado é acelerado... A gente tá com um número de família grande, né, mas segundo a secretaria eles falam que a gente tem que ter até 750 pessoas, número este que eu considero muito alto. A gente nunca vai conseguir. Hoje a gente não tá com esse número, né. E hoje eu considero que a gente tá sobrecarregado, né de papel, muita papelada, muita lista, muito trabalho, acaba sendo muito trabalho, muito problema, muita coisa a desenrolar. Então hoje eu já considero uma carga grande de trabalho”. (P27)*

No que consiste a subcategoria “Esforço físico e movimento repetitivo”, foi evidenciado que 90% (54) consideram que o seu trabalho exige sobrecarga de repetição de movimentos e/ou esforço físico.

> *“Movimentos repetitivos sim, né. Tanto copiar que é um movimento repetitivo, digitar é um repetitivo. Agora esforço físico, o que pesa mais é só a bolsa mesmo, mas assim quando a minha coluna ataca que eu num aguento peso, a gente vai fazendo*

> *alguma coisa, tira o caderno, pega uma folha, mas aí depois já da outro trabalho porque tudo que eu fiz naquela folha eu tenho que repassar. Então assim a gente vai colhendo a medida que a gente vai "sentino" entendeu?". (P14)*

Rocha et al., (2017) mencionaram em seu estudo que movimentos repetitivos executados por tempo prolongado tendem a oferecer riscos à saúde dos profissionais, principalmente as LER/DORT, que acometem o sistema musculoesquelético, com diversas sintomatologia como diminuição e/ou perda de força nas mãos, dor localizada, entre outros.

A literatura define as LER/DORT como acontecimento decorrente da superutilização das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular e ausência de tempo para sua recuperação. Entre os fatores de risco encontram-se: esforço físico, repetitividade de movimentos, permanência em posturas inapropriadas por extenso período de tempo, ritmo intenso de trabalho, dentre outros (ISOSAKI et al., 2011).

Os sintomas osteomusculares costumam surgir de maneira insidiosa e podem ser acentuados caso não ocorra uma intervenção a essa realidade, podendo levar o trabalhador a perda da sua capacidade laboral (ROCHA et al., 2017).

Tal fato não prejudica somente o servidor adoecido, mas também a qualidade do atendimento no SUS, sobrecarrega os colegas que estão na ativa e onera os cofres públicos.

A categoria "Sintomas Físicos e Trabalho" abordou cinco subcategorias, sendo: "Queixas associadas a atividades desenvolvidas no trabalho", "Duração das queixas no trabalho", "Intensificação das queixas relacionadas ao trabalho", "Prolongamento das queixas para além do expediente", e "Queixas frequentes no âmbito laboral".

Na subcategoria "Queixas associadas a atividades desenvolvidas no trabalho", os profissionais referiram apresentar durante suas atividades laborais, dores em distintas regiões do corpo (pescoço, articulações, cotovelo, punho, mãos, ombro, região torácica, coluna lombar, membros inferiores, joelho e pés), dormência nas mãos, formigamento, desconforto muscular, cansaço físico, câimbras e dores de cabeça.

> *"Dores nas costas, dores lombar, dores no pescoço, dores na articulação do braço, porque a gente escreve muito, né, de caneta, tudo é escrito. Então assim, essa dor que a gente sente na mão, no braço, eu acho que é mais relacionada à escrita mesmo e até de postura incorreta, devido num ter espaço suficiente de digitar". (P43)*

Achados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Vogt et al., (2012) realizada com ACS de uma Unidade Básica de Saúde de um município do estado do Rio Grande do Sul, onde investigou-se cargas de trabalho físicas e psíquicas, encontrando queixas de dores na coluna vertebral, pernas e cansaço físico.

O fato revela a eminente necessidade de se discutir à relação entre saúde-trabalho-doença dos ASC, buscando alternativas de resolução para o problema. Os autores Barbosa, Assunção e Araújo (2012), também encontraram em sua pesquisa queixas dos ACS com relação à presença de dores nas pernas e nas costas relacionadas aos deslocamentos rotineiros e aos percursos extensos para acessar os domicílios da comunidade.

Quanto a "Duração das queixas no trabalho" a maior parte dos participantes afirmaram possuir tais sintomas em um período de tempo que varia entre 01 e 15 anos. Alguns relataram que as queixas são recorrentes, outros mencionaram que os sintomas iniciaram há poucas semanas ou meses.

> *"Ah, no começo eu "num" sentia não, mas agora como você pode ver já tem um bom tempo que eu trabalho, né? Já "tou sentino" já, acredito que deve ser uns 3 a 4 anos atrás, que eu comecei a sentir: dor nas costa e eu tenho uma dor no ombro também, que eu acho que é relacionado a bolsa, né que a gente carrega com bastante coisa dentro. E eu venho "sentino" essa dor no ombro". (P4)*

Referente à subcategoria "Intensificação das Queixas Relacionadas ao Trabalho" uma parcela significativa dos entrevistados declarou que no período vespertino as

queixas, geralmente, se acentuam. Parte dos entrevistados também alegaram agravamento das queixas durante a execução de atividades específicas do trabalho, como digitação e acompanhamento do peso em crianças com idade inferior a dois anos.

> *"Geralmente no início de mês a gente realiza esse trabalho devido você ter que carregar mais material, tipo balança, estadiômetro pra gente poder acompanhar peso, estatura e mais uma pasta com umas papeladas que a gente precisa de carregar mesmo". (P26)*

Dessa forma, verifica-se que a dor musculoesquelética é tida como um problema de saúde pública mundialmente. Mascarenhas, Prado e Fernandes (2012) também destacam que na rotina de trabalho dos ACS, assim como foi encontrado nesta pesquisa, muitas vezes estes carregam consigo ferramentas como mochilas, adicionando peso da balança para a pesagem de crianças, o que favorece a ocorrência desta sintomatologia.

Na subcategoria "Prolongamento das queixas para além do expediente", a maioria 88,3% ou 53 ACS afirmaram que os sintomas se estendem para o período noturno e finais de semana.

> *"Muita, principalmente tem noite que eu não consigo dormir de tanta dor". (P15)*

Observou-se que 56 entrevistados, (93,3%), afirmaram que outros colegas de profissão compartilham sintomatologias semelhantes. Essas informações compreendem a subcategoria "Queixas frequentes no âmbito laboral".

> *"Sim, alguns relatam. Assim, eu "já tive conversano" e elas relatam essas dores, desconforto, cansaço". (P2)*
>
> *"Alguns parecidas. Cita também o mesmo problema na coluna, nas costas, região torácica, né. Todos não, mas a grande parte sim, já vi relatando isso". (P31)*

Na Categoria “Adoecimento e Trabalho” foi identificado que parte expressiva dos profissionais acreditam que o trabalho contribuiu significativamente para o adoecimento (26,6%), todavia, a maioria considerou que o trabalho foi um fator determinante para tal (38,3%). Houve também aqueles que julgaram que o trabalho em nada influenciou para o agravamento a saúde (35%).

Um estudo realizado por Camelo, Galon e Marziali (2012) objetivou identificar formas de adoecimento pelo trabalho dos ACS, e verificou que a maneira como está organizado o trabalho desses profissionais gera vulnerabilidade a doenças ocupacionais de ordem psíquica e física, reduzindo a qualidade de vida no ambiente laboral e interferindo no desempenho das suas funções.

Quanto a “Satisfação no Trabalho”, a maioria declarou sentir-se realizado, outras porém manifestaram a ideia de que o seu trabalho *é satisfatório, mas alguns aspectos poderiam ser modificados.*

> *“Eu gosto do que eu faço. Sim eu gosto de ajudar o próximo”. (P58) “É um trabalho que eu acho bom né, mas eu acho que poderia melhorar mais. A gente tinha que ter mais condições de trabalho, tinha que ter ferramentas melhores, condições de trabalho melhores. (P25)*

Constatou-se que os ACS sentem-se úteis em sua profissão, sobretudo pelo fato de poderem transmitir informações relevantes, que podem ocasionar mudanças positivas para a comunidade, o que corrobora com os estudos de Brand; Antunes; Fontana, 2010; Simas; Pinto, 2017; Ursine; Trelha; Nunes, 2010.

Entretanto, na categoria “Agravos à Saúde”, 48 participantes referiram possuir disfunções relacionados à saúde (80%), desses, 10 afirmaram ter adoecido antes de exercer a função de ACS e 38 julgaram ter desenvolvido tais sintomas e/ou patologias no decorrer de sua atuação profissional.

Resultados distintos foram encontrados por Ursine, Trelha e Nunes (2010) envolvendo ACS do município de Londrina- PR, onde a maioria dos entrevistados (42) negaram ter problemas de saúde e apenas 26 relataram apresentar algum tipo de agravo.

Observou-se que dentre os diversos agravos à saúde mencionados pelos ACS entrevistados, muitos podem ser enquadradas como LER/DORT e constam na “Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho” do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, como LER, bursite, tendinite, cervicalgia, síndrome túnel do carpo (BRASIL, 2012). Outros problemas citados pelos profissionais, onde muitos deles podem ter relação com o trabalho, ou se acentuar foram: coluna (desvio, hérnia de disco lombar, escoliose, espondilite anquilosante), dores em regiões distintas do corpo (articulações, punho, ombro, membros inferiores, coluna lombar, rins, ossos e pés), desgaste na cartilagem do quadril, dormência nas mãos, hanseníase, trombose, obesidade mórbida, hipertensão, diabetes, depressão, enxaqueca crônica, CA de pele e endometriose hormonal.

Por fim, a categoria “AVD” abrangeu às seguintes áreas: exercício físico, atividade de lazer e atividades domésticas. Quanto aos exercícios físicos identificou-se que 63,3% (38) não praticam atividades nesse sentido. Dentre as atividades citadas pelos participantes que afirmaram desempenhá-las, estão o exercício funcional, caminhada, corrida, musculação, kung fu, pilates, futebol e hidroginástica.

Relacionado às atividades de lazer, chamou atenção o fato de que 16,6% (10) afirmaram não dispor de momentos de entretenimento. A maioria mencionou ter momentos de lazer 83,3% (50), entretanto, ficou evidente nas falas de muitos, que esses momentos costumam ser escassos.

> *“Pouquíssima. Às vezes tem alguns programas mesmo na igreja quando tem as atividadezinhas, mas ultimamente acho que fiz uma vez esse ano”. (P24)*

Quanto às atividades domésticas, apenas um entrevistado relatou não realizá-las, três informaram efetuar apenas tarefas mais leves, devido restrições médicas em função da dor.

> *“Muito pouco, sou proibida pelo médico de varrer uma casa, de lavar roupa. Faço comida e lavo louça, “outras coisas” como limpar a casa eu não dou conta”. (P15)*

Tal como descreve Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), a dor é um sintoma que costuma atrapalhar a realização das atividades diárias e pode causar limitação de movimentos ou até invalidez temporária, dependendo da gravidade da doença. Portanto, essa consequência proporciona impacto desvantajoso na qualidade de vida dos indivíduos, afetando diretamente à capacidade de realização das atividades diárias, como desempenhar tarefas domésticas, praticar esportes, realizar exercícios, além de interferir na execução de atividades laborais (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012).

CONCLUSÃO

Verificou-se na atenção primária à saúde do município de Palmas - TO, inúmeras queixas da categoria ACS com relação às suas condições de saúde, evidenciando uma alta prevalência de distúrbios musculoesqueléticos, fato que pode estar relacionado à exposição a cargas físicas e emocionais, no ambiente de trabalho.

Mediante os resultados encontrados nas duas fases do estudo, foi possível estabelecer a relação das desordens osteomusculares com o trabalho. As inúmeras queixas de problemas à saúde nessa categoria trabalhadora chama a atenção para a incipiência de notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do SUS, cujo agravo LER/DORT é de notificação compulsória.

A ausência de informação para a ação prejudica a tomada de decisões e intervenção a essa realidade. O prejuízo surge para o trabalhador adoecido e seus familiares e traz reflexos para a qualidade de atendimento à população usuária do SUS, sobrecarrega o trabalhador que está na ativa com a redução de pessoal que se afastou por problemas de saúde, além de onerar os cofres públicos.

Espera-se que esse estudo venha a contribuir nesse sentido, revelando a urgente necessidade de se fazer algo por esses trabalhadores. Para que o cuidado a população usuária do SUS possa acontecer de maneira efetiva, torna-se indispensável que a saúde dos cuidadores esteja preservada, o trabalhador saudável e satisfeito, produz mais e melhor.

Faz-se necessário um planejamento e execução de ações de prevenção e promoção à saúde desta população trabalhadora, da organização dos ambientes e processos de trabalho, da notificação dos casos, da construção de espaços

compartilhados de gestão dos ambientes de trabalho, da escuta qualificada. Sugere-se ainda a necessidade de maiores investimentos em pesquisas para aprofundamento do tema, bem como a elaboração de projetos e implantação de estratégias para a intervenção a essa realidade.

REFERÊNCIAS:

ALENCAR, M. C. B.; SCHULTZE, V. M.; SOUZA, S. D. Distúrbios osteomusculares e o trabalho dos que cuidam de idosos institucionalizados. **Fisioter. Mov**. Curitiba, v. 23, n. 1, p. 6372, jan./mar. 2010.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p.1569-1580, 2012.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições; 1977.

BORGES, D.; FONSECA, B. M. C. **Perfil do afastamento por doenças e agravos de profissionais da Atenção Primária à Saúde de Palmas – TO: análise do ano de 2015**. 2015. 18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós- Graduação) – Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Centro Universitário Luterano de Palmas, CEULP/ULBRA e Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) Palmas, 2017.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm**, v.15, n. 1, p. 40-47, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: Lesões por Esforços Repetitivos (LER): Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acesso em 02 de março de 2018.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.bsgestaopublica.com.br/index.php/portariams2436>. Acesso em 04 de mar. de 2018.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do Município de Palmas, no 1.533, p. 12-14, 28 de junho de 2016. Disponível em: <http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/1533-28-6-2016-18-47-29.pdf >.

CALIXTO, M. F.; GARCIA, P. A.; RODRIGUES, D. S.; ALMEIDA, P. H. T. Q. Prevalência de sintomas osteomusculares e suas relações com o desempenho ocupacional entre professores do ensino médio público. **Cad. Ter. Ocup**. UFSCar. São Carlos, v. 23, n. 3, p. 533-542, 2015.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Rev. enferm**. Rio de Janeiro, v. 20, esp1, p. 661-667, 2012.

CANDIDO, A. S; FERREIRA, R. J. Riscos à Saúde e à Segurança no Trabalho do Agente de Combate as Endemias do Município de Campos Sales, Ceará, Brasil. **Ensaios Cienc. Cienc. Biol. Agrar. Saúde.** Ceará, v.21, n.1, p. 52-57, 2017.

FRAGA, L. S.; MONTEIRO, S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p. 993-1006, 2014.

ISOSAKI, M.; CARDOSO, E.; GLINA, D. M. RAAB.; ALVES, A. C. D. C.; ROCHA, L. E. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. **Rev. bras. Saúde ocup**. São Paulo, v. 36, n. 124, p. 238-246, 2011.

JÚNIOR, A. R. F.; TORRES A. R. A.; SILVA, C. M. A. Condições laborais dos agentes de combate a endemias e seus efeitos à saúde. **Essentia**, Sobral, v. 16, n. esp., p. 77-95, 2015.

KUORINKA, I.; JONSSON, B.; KILBOM, A.; VINTERBERG, H.; BIERING-SORENSEN, F.; ANDERSSON, G.; et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Appl Ergon**. Finland**,** v. 18, p. 233-237, 1987.

LIMA, A. G.; SILVA, A. M. M.; SOARES, C. E. C.; SOUZA, R. A. X.; SOUZA, M. C. M. R. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. **Rev. Eletr. Enf,** v. 12, n. 3, p. 478-482, 2010.

LINO, M. M.; LANZONI, G. M. M.; ALBUQUERQUE, G. L.; SCHVEITZER, M. C. Perfil Socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**. V.7, n. 1, p. 57-56, 2012.

MAENO, M. Caderno de Saúde do Trabalhador. Lesões por Esforço Repetitivo- LER. São Paulo, 2001.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; F.; FERNANDES, M. H. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. Rev. Salúd Publica. Jequié, v. 14, n. 4, p. 668, 2012.

MASCARENHAS, C. H.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. 1377. Ciência & Saúde Coletiva, 18(5):1375-1386, 2013.

MATA, M. S.; COSTA, F. A.; SOUZA, T. O.; MATA, A. N. S.; PONTES, J. F. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.

MERGENER, C. R.; KEHRIG, R. T.; TRAEBERT, J. Sintomatologia músculo esquelética relacionada ao trabalho e sua relação com qualidade de vida em bancários do meio oeste catarinense. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.4, p.171-181, 2008.

MORAES, P. W. T.; BASTOS, A. V. B. As LER/DORT e os fatores psicossociais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia.** Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 2-20, 2013.

MUSSE, J. O.; SANTOS, S. C.; MARQUES, R. S.; LOPES, F. R. L.; MONTEIRO, K. S. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 2, p.525-536, 2015.

PAULA, I. R.; MARCACINE, P. R; CASTRO, S. S; WALSH, I. A. P. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**. Uberaba, v. 24, n. 1, p. 152-164, 2015.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba**. Interações**. Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, jul./set. 2017.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; CARVALHO, C. V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 307-12, 2002.

ROCHA, G. S. A.; AQUINO, J. M.; ANGELIM, R. C. M.; SILVA, F. M. V.; SANTOS, T. M. B. Prevalência de sintomas de dores osteomusculares em uma equipe multiprofissional. **Rev. Enf**, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2017.

SILVA, C. B et al. Sintomas osteomusculares em fisioterapeutas e enfermeiros no ambiente hospitalar. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 4, n. 3, p.173-182, 2014b. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/282463829_SINTOMAS_OSTEOMUSCULARES_EM_FISIOTERAPEUTAS_E_ENFERMEIROS_NO_AMBIENTE_HOSPITALAR>

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.

SOUZA, E. M. Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional: uma abordagem teórico-conceitual. Vitória: EDUFES; 2014.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

VOGT et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.

SISTEMATIZAÇÃO DA LINHA DO CUIDADO PARA O SEGUIMENTO DAS USUÁRIAS DO SUS COM EXAME DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO ALTERADO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO

Ludimila Freitas de Sá Souto[1], Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa[2]

RESUMO

O câncer de colo do útero, também conhecido por câncer cervical, tem como principal fator de risco a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e é considerado um importante problema de saúde pública. Está na terceira posição como o tumor que mais acomete as mulheres e o quarto tipo de câncer que mais mata no Brasil. Sua prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, evitar o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, o tabagismo e, quando alcançada a idade preconizada, deve-se realizar o exame preventivo. A prevenção secundária é feita a partir do rastreamento que é a realização do exame citopatológico, em uma população alvo aparentemente saudável, assintomática com o objetivo de identificar lesões precursoras ou suspeitas e encaminhar para investigação e tratamento. O presente trabalho teve por finalidade fomentar a construção de uma linha de cuidado para o seguimento das usuárias do SUS com exame de rastreamento do câncer do colo do útero alterado, que atenda ao princípio de integralidade e cujo cuidado se dê de forma humanizada, no município de Palmas-TO. O estudo foi realizado pelo método qualitativo, tendo como instrumento uma entrevista com roteiro semi-estruturado e para a interpretação dos dados, a análise de conteúdo proposta por Bardin. Participaram da pesquisa 26 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem) da atenção primária do município de Palmas. A partir dos resultados encontrados, foi possível identificar a existência prévia de uma linha de cuidado, porém, de acordo com a fala dos profissionais ainda é muito fragilizada. Tal situação aponta a necessidade de uma reorganização dos serviços para a melhoria da assistência à saúde da mulher no que tange ao exame preventivo de câncer de colo do útero, bem como o fortalecimento dessa linha do cuidado, que quando bem estabelecida, poderá auxiliar no processo e enfrentamento do adoecimento.

Palavras-Chave: câncer de colo de útero, cuidado, citologia.

ABSTRACT

Cervical cancer, also known as cervical cancer, is a major risk factor for human papillomavirus (HPV) infection and is considered a major public health problem. It is in third position as the tumor that most affects women and the fourth type of cancer that kills the most in Brazil. Its primary prevention is related to the reduction of the risk of HPV infection, to avoid the prolonged use of contraceptive pills, smoking and, when the recommended age is reached, a preventive examination should be performed. Secondary prevention is done by screening the cytopathological examination in an apparently healthy, asymptomatic target population with the objective of identifying precursor or suspected lesions and refer them for investigation and treatment. The purpose of this study was to promote the construction of a care line for the follow-up of SUS users with a screening test for cervical cancer, which meets the principle of integrality and whose care

[1] Psicóloga. Graduada pelo Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Residente do Programa de Saúde Coletiva do município de Palmas. E-mail: ludimilafreitass@gmail.com

[2] Enfermeira. Especialista no Programa Saúde da Família. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Especialista em Preceptoria do SUS. Especialista em Vigilância em Saúde. Facilitadora dos processos educacionais em Metodologia Ativa. Mestre em Gestão de Políticas Públicas. E-mail: nadjaof@hotmail.com

is given in a humanized way in the municipality of Palmas-TO. The study was carried out by the qualitative method, using as an instrument an interview with a semi-structured script and for the interpretation of the data, the content analysis proposed by Bardin. Twenty-six health professionals (physicians, nurses and nursing technicians) of primary care in the municipality of Palmas participated in the study. From the results found, it was possible to identify the previous existence of a care line, however, according to the professionals' speech it is still very fragile. This situation points to the need for a reorganization of services for the improvement of women's health care in relation to the preventive examination of cervical cancer, as well as the strengthening of this line of care, which, when well established, may assist in the process and coping with illness.

Key words: cervical cancer, caution, cytology.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero, também conhecido por câncer cervical, tem como principal fator de risco a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) transmitido pelo contato sexual e é considerado um importante problema de saúde pública. Se caracteriza por ser uma neoplasia maligna com um quadro de evolução lento, que pode cursar sem sintomas na sua fase inicial e apresentar posteriormente sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal, queixas urinárias e dor abdominal.[1,2,3]

O pico de incidência desse tipo de câncer está na faixa etária de 45 a 50 anos, sendo mais raro acometer mulheres de até 30 anos. Sua evolução é multifatorial e a partir da persistência da infecção pelo HPV, que por si só não é causa suficiente para o surgimento desse tumor.[4,5]

Associado a faixa etária e a infecção por HPV estão os outros fatores de risco e destes os mais comuns são: o início precoce da atividade sexual, tabagismo, hábitos alimentares, condições socioeconômicas e ambientais, o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, hábitos de higiene íntima inadequados e a pluralidade de parceiros. Já a hereditariedade não tem muita representatividade, em que o fator genético atua sobre a origem do câncer.[4,5] Nessa perspectiva o câncer se configura como uma das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo considerado um problema de saúde pública mundial em virtude da progressão no número de casos novos, o que alarma os organismos de saúde.

As DCNT’s são um grupo de causas que representam atualmente a maior carga de morbimortalidade no Brasil. Se desenvolvem ao longo da vida, são multicausais, de longa duração e responsáveis por 74% das causas de morte no Brasil e 63% no mundo.[6,7] De acordo com a Organização Mundial de Saúde os quatro principais grupos de doenças

crônicas são as cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes mellitus, que se assemelham nos fatores de risco, possibilitando assim ter uma abordagem comum na prevenção destas, sendo que o câncer ocupa a segunda posição em mortalidade por DCNT no Brasil.[8]

O câncer de colo de útero por sua vez, se configura como o segundo câncer mais comum entre as mulheres no mundo, sendo o responsável por mais de 270 mil mortes por ano. No Brasil, ocupa a terceira posição em incidência nessa população, excetuando-se os casos por câncer de pele não melanoma. No ano de 2018 foi estimado 16.370 novos casos, um risco aproximadamente de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres.[9,10,11]

O estado do Tocantins, no ano de 2017, ocupou o segundo lugar em maior incidência e mortalidade por câncer de colo de útero. Com relação ao estado, o município de Palmas também ocupa o segundo lugar em incidência e mortalidade.[12,11]

Se for diagnosticado na fase inicial, as chances de cura podem chegar aos 100%, porém, ainda temos um número elevado de mulheres aqui no Brasil que recebem o diagnóstico tardiamente.[4]

Sua prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, que como mencionado anteriormente se dá pelo contato sexual, sendo então de grande importância o uso do preservativo. A inserção da vacina tetravalente contra o HPV no calendário vacinal do Sistema Único de Saúde no ano de 2014 é um avanço para o combate desse tipo de câncer.[4,13]

Outra medida preventiva é evitar o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, ter hábitos de vidas saudáveis e reduzir ou evitar os fatores de risco como o tabagismo, e principalmente quando alcançada a idade preconizada, deve-se realizar o exame preventivo do colo do útero.[14]

A prevenção secundária é feita a partir do rastreamento que é a realização do exame citopatológico, comumente conhecido como Papanicolau, com o objetivo de identificar lesões precursoras ou suspeitas e se necessário encaminhar para investigação e tratamento. Este deve ser iniciado aos 25 anos para as mulheres que já tiveram atividade sexual e seguir até os 64 anos. Entretanto, não é negado o exame a mulheres com menos de 25 anos, caso tenham intenção de fazê-lo. Após essa idade pode ser interrompido se as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos nos últimos cinco anos.[15]

O exame de rastreamento foi adotado visando a identificação precoce das lesões pré-cancerosas que, se tratadas, diminuem a incidência de carcinoma invasor e, consequentemente, a mortalidade pelo câncer de colo uterino. O intervalo entre os exames

é de três anos, caso os dois primeiros coletados anualmente tenham dado resultado negativo, conforme orientação do Ministério da Saúde.[16]

Na prevenção e no controle do câncer de colo do útero, a maior parte das ações ficam sob a responsabilidade da atenção primária, que é interpretada como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, compreendida como ordenadora do cuidado, sendo este nível de atenção uma forma singular de apropriar e reordenar todos os recursos do sistema em prol de suprir as demandas e necessidades da população.[17]

Uma vez alterado o resultado do exame de citopatológico, desde que este esteja no escopo das alterações passíveis de encaminhamento, a paciente deverá ser orientada e encaminhada para o serviço de atenção secundária.[16,2] O procedimento diagnóstico realizado na atenção secundária é a colposcopia, que permite, por meio de um microscópio especial, se ter uma visão ampliada e bem iluminada, imagens muito mais nítidas do colo do útero e da vagina, facilitando a identificação de feridas ou anormalidades na mucosa. É possível coletar uma quantidade maior de células que na citologia o que torna seus resultados mais confiáveis e precisos.[18] Vale ressaltar que, a vigilância da paciente continua sendo de responsabilidade da atenção primária com suporte da Vigilância em Saúde, até que se tenha o fechamento do caso.

Entendendo que a atenção secundária é a referência para confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero, e afirmando a responsabilidade que a atenção primária tem no acompanhamento dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e/ou tratamento, se faz necessário o registro de toda conduta adotada nos níveis da rede de assistência para que se tenha qualidade na atenção prestada. Ademais, deve ser garantido o acesso, identificadas falhas entre os níveis de atenção, bem como o diagnóstico e tratamento se realizem em tempo oportuno, de forma que no fechamento do caso se estabeleça a cura da paciente.

A partir das nuances que constituem a linha do cuidado à mulher com alteração no exame citológico, é importante perceber a relevância não só do agravo como problema de saúde pública, mas reconhecer a integralidade do sujeito no seu contexto biopsicossocial, espiritual, compreendendo os determinantes sociais a que as pacientes estão inseridas. Para isso o olhar se deve para além das lentes microscópicas. É necessário ter tato, cuidado, agregado a todo o manejo clínico pois é preciso perceber a dimensão que o impacto psíquico toma, diante da possibilidade de se ter uma doença tão invasiva quanto o câncer e o diagnóstico propriamente dito, na vida dessas mulheres.[19,11]

De forma que é preciso estabelecer uma linha de cuidado às pacientes em

seguimento, ou seja acompanhamento/continuidade da assistência para os casos de alteração no exame citológico. A linha do cuidado visa garantir o cuidado integral do usuário, de forma responsável, considerando suas necessidades ao longo de todo o percurso assistencial.[20] Essa ferramenta busca não reduzir os usuários às suas doenças no que tange a formulação de programas e procedimentos e é considerada o fluxo ideal que será percorrido pelo próprio usuário no intuito de possibilitar sua autonomia e sanar sua necessidade.[21]

Ainda nessa perspectiva, o cuidado em saúde preconizado pelo paradigma biopsicossocial relaciona múltiplos sentimentos, envolvendo a reconstrução contínua de significados a respeito de si, do outro e do mundo, bem como significados sobre qualidade de vida, saúde, doença, autonomia e fazendo essas reflexões se possibilita a criação de um espaço de interações que consiga ir além do saber-fazer científico/tecnológico.[22]

Esse movimento permite o olhar do profissional para a pessoa que está adoecida, sem focar apenas na doença em si, considerando o conhecimento que ela possui sobre si mesma, sobre o adoecer e a saúde, como focos essenciais na reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável nos seus diversos aspectos e dimensões.[23]

Daí a necessidade de ter bem estabelecida uma linha do cuidado que não se limite apenas às quatro paredes da unidade primária e retorne na secundária, mas que se estenda pelo percurso dos possíveis encaminhamentos, principalmente enquanto se trata de câncer de colo do útero.

Diante da lógica estabelecida na organização da rede de atenção, espaços são propiciados para realização de encontros produtivos entre os profissionais de saúde e também entre eles e a população, mas para isso se faz necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades de saúde.[2]

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo descritiva com abordagem qualitativa sendo que esta se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação das relações sociais e dos fatos, sendo a mais adequada para responder problemas que envolvem questões sociais.[24]

Inicialmente solicitou-se junto à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO

a anuência para realização do estudo através do parecer da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa. Trata-se de um município, com área de 2.219 km² e sua população estimada em 2018 foi de 291.855 habitantes. É a capital do Tocantins e está situada na região Norte e Central do Brasil, sendo o município mais novo do país.[25]

Posteriormente foi feito um levantamento de dados quanto às usuárias com alterações nos exames de citologia utilizando o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), uma plataforma web do Ministério da saúde. O intuito do levantamento foi delimitar as unidades de saúde do município participantes da pesquisa, utilizando o critério de se ter no mínimo 10 usuárias com alteração na citologia passível de encaminhamento para colposcopia.

Foram selecionadas 11 unidades de saúde, distribuídas nos territórios de saúde Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu conforme organização da rede de atenção à saúde de Palmas.[26] De modo que foram entrevistados 26 profissionais ao todo (tabela 1).

Tabela 1- Centros de Saúde da Comunidade participantes

Local de Trabalho	Nº de Profissionais
CSC 503 Norte	3
CSC 409 Norte	3
CSC Taquari	3
CSC Alto Bonito	2
CSC José Lúcio	3
CSC 806 Sul	2
CSC Aureny II	2
CSC Santa Fé	2
CSC 1206 Sul	2
CSC 1304 Sul	2
CSC Santa Bárbara	2

Fonte: elaborado pela autora

Dos profissionais entrevistados 12 são enfermeiros, 6 médicos e 8 técnicos em enfermagem, sendo que todos compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada a principal responsável pela assistência a usuária do SUS que busca a prevenção do câncer de colo do útero. Vale salientar que não foi delimitado número exato de participantes do estudo, tendo em vista a natureza do mesmo, sendo, então, determinado pela saturação dos dados.

A coleta dos dados aconteceu nos meses de maio e junho de 2018, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado com um conjunto de questões sobre o tema. A pesquisadora entrou em contato previamente com os centros de saúde selecionados para

apresentar a proposta, o documento de anuência e respeitando a agenda dos profissionais e horário de trabalho foi feito o agendamento das entrevistas.

Os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo e sobre o direito de participarem ou não, assinando, assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da entrevista, sendo o critério de exclusão os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa ou mesmo aceitando que se opuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e com a permissão dos participantes, foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin.

A análise de conteúdo é constituída por diferentes fases que se organizam em três polos cronológicos.[27] Na fase da *pré-análise*, que para a autora é a organização e a sistematização das ideias iniciais, foram preparadas as respostas das entrevistas de acordo com as perguntas norteadoras, e em seguida foi realizada a leitura flutuante do documento, que se caracterizou como uma leitura aberta para as possibilidades, para todas as ideias e a partir daí já foram formuladas algumas hipóteses.

A segunda fase é a *exploração do material*, no qual foi realizada uma releitura do material,[27] e com ajuda do programa do Grupo de Linguística da Incite *online*, por intermédio do Processador Linguístico de Corpus, foi realizada a quantificação das palavras e sua marcação de acordo os objetivos da pesquisa, sendo possível construir 7 índices temáticos, que nortearam a fase de categorização.

A *posteriori*, de maneira indutiva, construíram-se 4 (quatro) categorias temáticas apresentadas no capítulo que se segue de forma detalhada (definição de cada categoria, verbalização dos participantes e os respectivos temas utilizados na criação de cada categoria). Como terceira e última etapa do método de análise de conteúdo, têm-se o que é descrito como *tratamento dos resultados obtidos.*[27]

De modo a garantir o sigilo aos participantes, com o intuito de preservar suas identidades, estes foram identificados ao longo da discussão pela letra "P", correspondendo ao termo "profissional", seguindo uma série numérica atribuída de forma aleatória e não correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas (Ex.: P1).

Este estudo seguiu os preceitos éticos, conforme o preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, seu projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas, sob o Parecer nº 2.536.015 (CAEE:83141218.5.0000.5516).

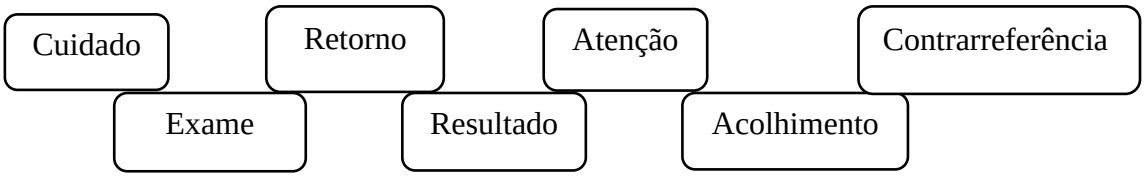
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ponto de partida da linha do cuidado deve ser na atenção primária à saúde, por ser ela a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atendimento, o que não impossibilita outro ponto do sistema que trabalhe com a assistência de iniciar a linha de cuidado.[21] Partindo desse entendimento, como mencionado anteriormente, foram entrevistados 26 profissionais de saúde da atenção primária do município de Palmas – TO. Observou-se que, com relação ao tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, 30,6% tem no máximo 1 ano de atuação, 23,7% deles com 2 anos, 7% com até 3 anos de trabalho na ESF, 23,7% com 4 anos e os outros 15% com até 5 anos de serviço.

A ESF busca a integralidade da assistência e o desenvolvimento de vínculos de compromisso e responsabilidade compartilhados entre a população e os serviços de saúde, dessa forma é necessário que se tenha uma certa estabilidade na equipe, considerando que a rotatividade tende a prejudicar a qualidade da atenção à saúde pela falta de vinculação entre o profissional e a comunidade.[29]

A análise do conteúdo realizada a partir das respostas transcritas do questionário, permitiu a construção de 07 (sete) índices temáticos (figura 1) considerando as palavras que se mostraram mais frequentes, o que proporcionou suporte na formulação das categorias temáticas.

Figura 1 – Índices Temáticos



Fonte: elaborado pela autora

Constituíram-se 04 (quatro) categorias temáticas de modo a representar a realidade captada, sendo elas: Aspectos relevantes na consulta de retorno; Percepções dos profissionais acerca do acolhimento às usuárias realizado nas unidades de saúde; Dificuldades no encaminhamento para a atenção secundária; e Necessidade de uma linha de cuidado. Abaixo segue o detalhamento das categorias e a discussão a partir das evidências.

Aspectos relevantes na consulta de retorno

O diagnóstico do câncer ou a possibilidade dele, é vivido como um momento de intensa dor, preocupação e sofrimento, pois essa doença é caracterizada como mortal e causa impacto tanto no âmbito orgânico como no âmbito emocional, gerando angústia, ansiedade e podendo ainda resultar em uma desorganização psíquica.[30]

A partir desse entendimento, foi possível reconhecer na fala de alguns dos profissionais o cuidado necessário nesse momento de entrega do resultado de exame do colo de útero, emergindo ainda, o acolhimento prestado.

> "*Eu já tenho conhecimento do que tem né no exame, então eu já vou explicar aquilo que está ali no exame sobre o resultado de uma maneira clara, sucinta, não tão radical porque eu já tive experiência de mulheres que ficaram muito desesperadas, com medo de um resultado que possivelmente não era nada grave assim né?!"* (P1)
>
> *"O agente não fala nada de resultado, só pede pra vim me procurar e na consulta de entrega eu explico e falo tudo direitinho pra ela."* (P3)

Diante desses relatos, é importante elucidar que o acolhimento é muito significativo na interação entre os profissionais de saúde e os usuários, sendo marcado pela subjetividade, pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre o serviço e os usuários e ainda, pela escuta das necessidades do sujeito.[31]

Em uma pesquisa realizada sobre a experiência das mulheres com câncer de colo de útero do diagnóstico ao tratamento, relata que o sentimento criado por essas mulheres durante esse período foi de sofrimento de vida, permeados pela dor, dúvidas e sofrimento, evidenciando assim a importância dos profissionais conhecerem essas experiências em suas diversas dimensões para então a partir desse conhecimento aprimorar o cuidado e melhorar a assistência prestada a essas mulheres.[32]

> *"Até mesmo quando dá provavelmente maligno eu nunca faço um alarde maior, eu espero sempre a colposcopia, porque qualquer coisa que você fala pro paciente que já tá nervoso, com medo, que seja algo do tipo pode ser que seja, ele já fica muito mais preocupado. Então tento falar da forma que se ele não ficar perguntando demais pra não ter que espremer essa resposta mais sincera possível, pra deixar ele mais preocupado, menos eu demonstro pra ele a possibilidade de ser realmente maligno, então espero a colposcopia pra tá dando*

o resultado definitivo." (P26)

Tal compreensão é confirmada em uma pesquisa sobre as vivências de mulheres face ao diagnóstico de câncer de colo do útero que identificou em seus resultados que os sentimentos mais comuns vivenciados por essas mulheres são o desespero, o medo, a negação e ainda a vergonha.[33]

Diante do olhar ampliado para as questões que vão além do resultado do exame em si, sugere-se que haja uma precisão em todo o ciclo que permeia essa fase da vida da mulher para que ocorra o mínimo de sofrimento a esta. Ademais, uma linha de cuidado onde os níveis de atenção se conversam, os prazos são respeitados e os profissionais atuam de forma efetiva no seu processo de trabalho, converge para o fortalecimento do vínculo entre a usuária e o serviço, favorecendo o retorno desta à rede de saúde.

As alterações mais comuns nos resultados da citologia podem ser ASC-US, ASC-H, LSIL e HSIL. Destas, ASC-H, LSIL (dois laudos seguidos com esta alteração) e HSIL direcionam a paciente ao procedimento da colposcopia na rede de atenção secundária. Nesse sentido, é muito importante que o profissional esteja atento aos resultados e a conduta a ser tomada mediante cada um para que seja tratado em tempo oportuno e que o quadro possa ser revertido.[18] Isso justifica a fala da maioria dos profissionais com relação a preocupação em tomar as medidas cabíveis diante do resultado presente no laudo buscando otimizar o tempo.

> *"Ela tá na minha consulta pra qualquer outra coisa, eu falei: olha lá se tá o resultado desse exame e traz pra mim agora. Aí eu avalio junto com ela, mostro e explico pra ela, dependendo da alteração eu explico que não é uma coisa de sete cabeças, pergunto pra ela o que ela sabe sobre isso e aí a gente faz o que?"* (P10)

> *"Fazemos a entrega pra ela e dependendo do resultado a gente já solicita a colposcopia ou então fala pra ela retornar em 06 meses."* (P6)

> *"Dependendo do resultado já encaminho para a colposcopia também."* (P24)

Com relação a esse momento de entrega do resultado para a paciente foi possível notar uma consonância na maioria das falas dos profissionais entrevistados, principalmente dos enfermeiros, deixando evidente que eles acabam sendo os principais responsáveis por esse processo, o que fica explícito a partir dessa fala de um dos médicos entrevistados.

> *"Eu nunca fiz entrega desses exames, a única coisa que eu já fiz foi pegar um NIC II, por exemplo, e mandar o pedido da colposcopia, entendeu?! Aí normalmente*

eu faço o pedido da colposcopia, lanço as coisas no SISREG e acaba caindo para a enfermeira lá dar seguimento nas coisas." (P18)

Percepções dos profissionais acerca do acolhimento às usuárias realizado nas unidades de saúde

A humanização dentro dos serviços de saúde, bem como o cuidado de uma forma integral depende de uma reflexão diária dos profissionais, e sua prática se caracteriza por ser um procedimento contínuo, resultando no processo de autonomia do indivíduo adoecido, o que possibilita a criação de vínculo entre os sujeitos, no momento em que o profissional estabelece relações próximas com o sofrimento e a dor do outro.[34]

A partir desse conceito ampliado de humanização nos espaços com ofertas de serviços de saúde, foi possível perceber na análise das entrevistas que alguns não têm clara a concepção epistemológica do termo, apontando para uma compreensão de senso comum, sem muita reflexão sobre o tema questionado.

"Arham, são sim, como falei as que têm alteração no exame passam pela consulta com a enfermeira" (P20)

"Todas que tem exames alterados passa pela consulta com os enfermeiros e são devidamente orientadas." (P9)

Em algumas falas fica mais clara expressão do acolhimento ofertado às usuárias que buscam o serviço, sendo evidenciado nos seguintes discursos:

"A gente tem sorte de os enfermeiros aqui da unidade serem muito bons, muito capacitados, muito humanos, então a gente acredita que eles tenham condições de acolher as dúvidas e eu tenho certeza que eles fazem isso, quando eles têm dúvida na condução eles pedem pra gente dar uma olhada e acompanhar a paciente, a gente faz o atendimento e também acolhe" (P20)

"Elas são bem acolhidas pelo enfermeiro, médico, assistente social e toda equipe aqui em conjunto." (P13)

Considerando que o trabalho com a saúde envolve lidar com enfoques distintos e complementares como o biomédico, social e o psicológico, sendo que cada um deles possui ainda várias facetas, a clínica ampliada faz-se uma ferramenta muito importante no papel de articulação e inclusão desses diferentes enfoques para que não se detenham em apenas um ou que lidem de forma excludente às outras vertentes considerando apenas

a doença em si e esquecendo o sujeito.[35]

Esse dispositivo é compreendido por ser uma forma de resgatar o compromisso com o sujeito, respeitando sua singularidade, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico englobando o diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidade e reavaliação.[36]

Nesse sentido, é muito importante que cada profissional de saúde tenha o espaço para fazer sua clínica de forma conjunta com os demais e não só o médico ou outro profissional de forma desintegrada.[31] O que vale ressaltar que durante a análise das entrevistas, ficou visível em algumas falas esse pensamento de trabalho em conjunto e sua importância, como as demonstradas a seguir:

> *"Elas são bem acolhidas pelo enfermeiro, médico, assistente social e toda equipe aqui em conjunto."* (P13)
>
> *"Sim, porque na verdade eu não tenho muita propriedade pra falar que geralmente como elas ficam constrangidas pq é mulher né?! E pelo fato de eu ser homem geralmente elas não se abrem muito comigo. Elas procuram vir aqui e como são todas enfermeiras mulheres, então geralmente elas procuram as meninas, muito difícil elas se abrirem comigo. A não ser quando o resultado dá maligno aí eu mesmo faço esse acolhimento no consultório, aciono a assistente social e psicólogo também…"* (P26)

Interessante salientar que a fala do profissional P26 apontou ainda o sentimento de constrangimento das mulheres com relação ao fato dele ser um profissional do sexo masculino, o que faz com que elas não o procurem, dando preferência às profissionais do sexo feminino. Tal apontamento é uma realidade nacional, o que acaba se configurando um entrave no que tange à realização de exames ginecológicos por profissionais do sexo oposto, o que se justifica, de acordo com pesquisas sobre o tema, pelo sentimento de perda do domínio do próprio corpo que a posição ginecológica proporciona, bem como a sensação de impotência e desproteção sentido pela maioria das mulheres.[37]

Outros profissionais, em número reduzido, consideraram o tempo disponível de consulta insuficiente para se fazer um acolhimento de forma adequada, levando em conta o quão delicado e complexo é a atenção voltada para essas mulheres, que exige dos profissionais que se tenha habilidade relacional e afetiva, devendo acolher e abrangendo as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial).[2] O que fica evidenciado no relato de um profissional médico entrevistados a seguir:

> *"Então sobra os 15 minutos mesmo reservados para cada consulta. Não dá tempo*

> *de se acolher muito bem os pacientes com uma queixa assim e de explorar os medos e a repercussão de um exame alterado desses por conta dessa dificuldade de compatibilizar a demanda com a quantidade de serviços que a gente tem pra oferecer. A gente não pôde conversar mais porque a gente não tinha muito mais tempo pra isso. Tem essa dificuldade."* (P15)

A partir desse relato, faz-se necessário ratificar que o acolhimento enquanto processo, é produto da relação entre os profissionais de saúde e usuários, constituindo-se assim em um conjunto de atos, posturas adotadas pelo profissional na busca de identificação de demandas e necessidades do sujeito acolhido, não se reduzindo apenas à recepção do sujeito no serviço de saúde, mas como ação de responsabilização desse profissional pelo usuário atendido durante toda sua permanência no serviço.[31] Dessa forma, a grande demanda de serviços a serem ofertados, e muitas vezes ainda o desfalque no quadro de profissionais impactam de forma direta no acolhimento ofertado às usuárias, sendo está uma realidade latente das unidades de saúde participantes do estudo.

Ainda nas análises, foi possível elencar outra situação recorrente que os profissionais precisam lidar com relação às mulheres que, mesmo sendo orientadas no consultório, acolhidas e tendo suas angústias esclarecidas, após relatos de terceiros, buscas independentes na internet retornam na unidade tomadas pelo desespero, em busca de maiores explicações como demonstra o relato:

> *"Pela vivência, por mais que a gente fale, explique, não sei se é pelo grau assim de escolaridade da nossa população que é bem assim sus dependente, não tem um grau de escolaridade muito elevado, eles têm informação, mas eles não acolhem a informação da forma correta."* (P1)

Com relação a este achado, observa-se a importância do profissional conhecer sua população, o grau de escolaridade, os dispositivos de informação à que tem acesso, para que o acolhimento seja feito considerando essa realidade local do território em que a mulher está inserida, buscando sempre passar as informações de forma acessível àquele sujeito, de maneira a sanar dúvidas, evitar possíveis desconfortos e diminuir angústias.[34]

Dificuldades no encaminhamento para a atenção secundária

Como mencionado anteriormente, nos casos em que há alteração do padrão normal do epitélio cervical na citologia, encaminham-se as pacientes para a realização da colposcopia na atenção secundária (especializada) que é a referência para confirmação

diagnóstica e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero.[18]

Tendo em vista a delicadeza do assunto abordado e entendendo que quanto mais ágil for o encaminhamento das pacientes com lesões indicativas para a colposcopia, menos tempo a lesão terá para progredir até que se chegue no tratamento,[18] é muito importante que se tenha um fluxo bem construído e que haja celeridade no processo.

Diante dessa necessidade, foi possível perceber por meio da análise das entrevistas, a preocupação por parte da maioria dos profissionais com relação à realização desse encaminhamento e acompanhamento da paciente em tempo oportuno, conforme evidenciado nesses relatos:

> *"Eu acho que deveria ser um pouco mais rápido né?! Principalmente daquelas mulheres que têm grau II, III. Acho que demora um pouco pra chamar. O fluxo é bom, a gente consegue enviar e tudo, mas eu acho que na hora de avaliar lá eu acho que eles tinham que chamar um pouco mais rápido."* (P10)

> *"Eu converso com a coordenadora e a gente tenta ver se consegue localizar o ginecologista pra encaixar porque ele avaliando é mais rápido do que eu encaminhar pra colposcopia"* (P4)

Outro aspecto que emergiu na fala do profissional P4 é que para além da preocupação apenas com a agilidade no processo, existe o cuidado de sua parte em buscar as possibilidades existentes para que a mulher receba esse atendimento em tempo oportuno, e a partir desse relato faz-se necessário elucidar que conforme disposto no *Protocolo da Atenção Básica: Saúde da Mulher de 2016, p. 178*, que tanto enfermeiros quanto médicos podem fazer a solicitação da colposcopia, desde que essa seja a conduta diante da lesão apresentada.

Vale ainda ressaltar que já foi realizado um trabalho de alinhamento pelos profissionais do Grupo Condutor de Oncologia do município, no que tange as questões que perpassam esse encaminhamento, com os profissionais da atenção primária, da atenção secundária e ainda com a regulação.

As entrevistas também evidenciaram o desconhecimento, por parte de alguns profissionais, quanto ao do fluxo, que muitas vezes relatado, ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. Tais informações podem ser observadas nos discursos abaixo:

> *"Essa pergunta aí eu não sei te responder porque todos esses encaminhamentos são feitos pelas enfermeiras e eu não sei qual é o fluxo."* (P21)

> *"Tem muita coisa que eu ainda não sei, porque as enfermeiras é que cuidam dessa parte, então não sei te responder essa."* (P8)

"Tem muita coisa que a gente ainda tá aprendendo"(P24)

Outros profissionais relatam ainda desconhecer a existência de um fluxo, que imaginam que até possa existir, mas nunca tiveram acesso à ele, como é o caso do discurso a seguir:

> *"O que eu sei é o que é da teoria, mas eu não sei se tem um fluxo bem estabelecido da secretaria de saúde, quer dizer, provavelmente exista, mas esse fluxo não tá em lugar visível, fixado, não chegou às minhas mãos ainda, mesmo quando eu tava na residência de saúde da família. Esse fluxo que eu sei é do ministério da saúde, mas a secretaria mesmo não deixa isso claro, fixado assim, bem exposto."* (P15)

Fica evidente a partir dos relatos citados, como a linha de cuidado está enfraquecida, o quanto ainda precisa melhorar e quanta coisa precisa ser alinhada, a começar por um fator que ficou explícito em algumas falas que é o desconhecimento de um fluxo de trabalho presente no seu dia a dia, algo inaceitável quando se fala de uma equipe de profissionais de saúde que tem como alicerce fundamental, ofertar um atendimento resolutivo, integrado e de qualidade.[38]

Com o objetivo de garantir essa qualidade da assistência por meio da integralidade e continuidade do cuidado, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham uma postura integrada e colaborativa dentro da equipe, a fim de potencializar os resultados da equipe e assim, produzir saúde. Por isso, é de grande importância que haja interação, comunicação, que seja do conhecimento de toda a equipe todos os fluxos estabelecidos e que estes possam fomentar discussões entre os profissionais envolvidos, de forma a desfrutar da cooperação mútua e em harmonia.[39] Tal necessidade é apontada por um dos profissionais entrevistados:

"É importante que todos tenham conhecimento dos fluxos" (P15)

Nota-se ainda que emergiu da análise das entrevistas a existência de uma necessidade de investimento maior em educação permanente em saúde, conceito que pode ser entendido como uma prática de ensino-aprendizagem e também como uma política de educação na saúde que tem em vista o trabalho.[40]

Enquanto prática de ensino-aprendizagem, significa produzir, a partir da realidade dos atores envolvidos, conhecimento no cotidiano das instituições de saúde tendo como base de mudança e questionamento os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho, bem como as experiências de cada ator. E como política de educação em saúde, envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Se configurando

a estratégia do SUS para a formação de trabalhadores para a saúde.[41]

Necessidade de construir uma linha de cuidado

As linhas de cuidado são estratégias para a integração da rede em seus diversos níveis de atenção visando estabelecer fluxos assistenciais integrados e a organização do percurso assistencial de cada indivíduo de forma a priorizar suas necessidades.[21]

Nesta quarta e última categoria, os profissionais narraram sobre a importância que acreditam ter a linha de cuidado, versando ainda sobre seus conhecimentos prévios acerca do tema.

> *"Eu acho muito importante, porque se está bem estabelecido, tudo organizado e funcionando direitinho ameniza o sofrimento da mulher e agiliza a vida dela, é bem importante."* (P13)
>
> *"É essencial, não tem como você fazer saúde se não for de uma forma integral e multidisciplinar."* (P5)

Em consonância com as falas citadas acima, com a finalidade de assegurar um acesso integral e humanizado à mulher, a linha de cuidado do câncer de colo do útero orienta quanto aos fluxos e as relações entre os diferentes serviços da rede visando garantir a qualidade da assistência tanto na prevenção do câncer de colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce, ao tratamento adequado e qualificado, em tempo oportuno.[20]

Alguns profissionais, ao serem questionados com relação a existência de uma linha de cuidado voltada para o amparo dessas mulheres, responderam não ter conhecimento, outros afirmaram não existir no município.

> *"Não, não tem uma linha bem estabelecida, porque falta...pra mim falta comunicação, falta retorno"* (P17)
>
> *"Hum, eu não sei te dizer. "* (P21)
>
> *"Eu acho que não, porque a gente encontra várias vezes dificuldades no encaminhamento, volta encaminhamentos por motivos assim ridículos"* (P8)

As opiniões ficaram divididas nesse questionamento, ao passo que outra parte dos profissionais indicaram a existência de uma linha de cuidado, porém com necessidade de reparos e melhorias, conforme as falas demonstradas a seguir:

> *"Até tem sim, eu só acho que precisa funcionar melhor, colocar melhor em*

prática esse fluxo. " (P1)

"*A gente tem tipo um... é um protocolo né?! Existe no município, mas é...é, eu acho que não é tão eficiente."* (P3)

"*Sim, tem. Mas precisa o pessoal da gestão ter mais essa atenção, porque sozinho a gente não vai dar conta, porque a demanda é muito grande né?!"* (P12)

"*Existe, tá precisando só ser melhorada e sair do papel e ir pra prática, mas existe.* " (P25)

Partindo do exposto, vale ressaltar que esse processo de fortalecimento da linha de cuidado implica ainda na organização de serviços de saúde e ações que estejam voltados aos critérios epidemiológicos e também regionais, considerando que são muitos os desafios e que o quadro desse câncer é de grande relevância social e epidemiológica.[2]

Tornando-se importante destacar que, em outros momentos, os profissionais entrevistados elencaram em suas falas, muitas vezes carregadas pelo sentimento de insatisfação, as dificuldades encontradas no processo de trabalho que acaba enfraquecendo e atrapalhando essa linha de cuidado.

"Tem muitos problemas e um deles é no encaminhamento" (P2)

"Depois que as pacientes vão pra atenção secundária a gente não tem mais retorno, a paciente raramente volta. A demora dos exames também pra sair o laudo… tanta coisa." (P23)

"Eu não percebo essa contrarreferência da atenção especializada pra atenção básica e isso acaba que quebra a linha de cuidado e o acompanhamento dos casos." (P10)

Nos recortes acima, é possível notar que existe uma dificuldade latente com relação aos encaminhamentos das mulheres para atenção secundária e, para além disso, um entrave com relação a contrarreferência, que de acordo com o que fora relatado, na maior parte dos casos, não existe. Este fator contraria o disposto em uma das diretrizes da linha de cuidado voltada ao câncer de colo de útero, que preconiza que se tenha uma rede organizada e que os serviços de referência tenham uma pactuação efetiva em toda rede.[2]

Ao ser solicitado para os participantes da pesquisa que sugerissem o que é necessário fazer para fortalecer a linha de cuidado, bem como minimizar os problemas por eles citados, as respostas obtidas, em sua maioria, continham o mesmo núcleo de sentido, conforme os trechos a seguir:

"É eu acho que tem que ter mais retorno, uma contrarreferência" (P4)

"Eu acho que precisa alinhar a situação, médico, enfermeiro, a equipe da atenção

primária com a atenção secundária" (P18)

"Acho que o ideal seria que tivesse uma equipe multi pra tá fazendo o acompanhamento, pra tá dando essas notícias, desde o exame normal" (P20)

Partindo desse pressuposto, para que a linha de cuidado seja de fato firmada, é necessário que seja garantido ao usuário as tecnologias a serem utilizadas ao longo do processo de assistência.[21] Dessa forma, corroborando com o exposto nos trechos mencionados, para alcançar bons resultados clínicos são necessárias intervenções nas áreas de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação englobando diferentes pontos da rede de atenção à saúde.[2] Tal fato é reforçado na fala do profissional P15 considerando que:

"*Se você tem essa contrarreferência bem estabelecida, essa linha de cuidado bem estruturada você consegue então oferecer cuidado de qualidade pra essa paciente."* (P15)

Nesse contexto, entende-se que a linha de cuidado não é finalizada no momento da definição do projeto terapêutico e sim deve continuar acompanhando essa mulher garantindo a integralidade do cuidado.[31] Dessa forma, é importante explicitar, a partir da ótica dos cuidadores, o que eles entendem sobre o conceito de cuidado, quando questionados sobre o tema.

"É ter aquele olhar atento, é fazer busca ativa das pacientes não só pegar o resultado alterado e dizer pra ela: olha tá alterado, tem que ter toda uma linha de cuidado" (P8)

"Cuidar dessa pessoa, dessa família, do território, com toda minha responsabilidade." (P12)

"Ah pra mim começa desde a recepção, de ouvir a paciente, porque tem umas que mais é a conversa, então já começa daí, de acolher e ouvir o paciente." (P6)

"Cuidar no sentido assim amplo, porque eu acho que a pessoa quando ela busca o serviço de saúde ela não quer só um diagnóstico ou às vezes um tratamento né?! ela quer às vezes se sentir acolhida, ela quer se sentir ouvida" (P23)

Ademais, o cuidado em saúde se propõe a ampliar a visão do sujeito adoecido, de forma que o profissional de saúde consiga auxiliá-lo não só a combater a doença, mas se transformar a partir dela, o que é importante no processo de pacientes oncológicos, em que mesmo a doença sendo limite, estes indivíduos não se reduzam ao diagnóstico e que isso não o impeça de viver.[31]

Segue o trecho da fala do profissional P26, para elucidar o exposto acima:

> *"Na medicina a gente cuida muito das doenças, até mais do que o paciente, então assim você medica demais... então assim a gente precisa cuidar das angústias, a gente precisa cuidar do psicológico do paciente, a gente precisa ver como ela vai reagir a uma notícia, alguma coisa*." (P26)

O profissional de saúde precisa se apossar do termo cuidado enquanto aquele que cuida e não somente quem trata, visando humanizar sempre no sentido de resgatar as dimensões humanas, dando espaço para as emoções e afetos.[42] E esse espaço de acolhimento vai refletir de forma significativa no enfrentamento da doença, na forma de ver e lidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou fomentar a sistematização da linha do cuidado às pacientes que têm algum tipo de alteração no exame de citologia e precisam ser encaminhadas para a atenção secundária, a partir do olhar do profissional que está na assistência direta às mulheres. Faz-se necessário destacar que as possibilidades de reflexões sobre o tema não se esgotam aqui.

Dessa maneira, os achados da pesquisa apontam fragilidades existentes na rede de saúde em diversos pontos de atenção, sendo importante elucidar que a maioria dos profissionais entrevistados relataram sobre dificuldades no encaminhamento para a atenção secundária, outros ainda demonstraram não ter conhecimento sobre o fluxo de trabalho. Ficou claro que a linha de cuidado ainda é algo a se implementar.

Portanto, torna-se necessário que ações possam surgir a fim de sanar esses entraves e lacunas existentes na rede que impactam de forma direta no cuidado prestado à essas mulheres. De forma que o estudo traz como produto alguns pontos prioritários a serem trabalhados para que se possa implantar e implementar a linha de cuidado pretendida: oficinas temáticas com o grupo de profissionais da ESF e profissionais do NASF em sua totalidade, periodicamente, de forma que o grupo consiga discutir a sua realidade no processo de educação permanente; reorganização da rede de atenção com a construção coletiva de protocolos e fluxos de atendimento na rede; fortalecimento do processo de referência e contrarreferência a partir de ações de gestão; efetivação da linha de cuidado proposta pelo grupo condutor de oncologia considerando os indicadores de saúde e a situação local de cada território.

Por fim, observa-se que a sistematização da linha do cuidado proposta pelo presente estudo é relevante e necessária para auxiliar na melhoria do atendimento prestado a essas mulheres, com intuito de minimizar seu sofrimento e amenizar os possíveis impactos causados, em uma perspectiva de atenção integral.

Sugere-se então com essa pesquisa que haja a mobilização dos pontos de atenção em saúde do município de Palmas - TO, envolvendo todos os atores em questão, para que, enquanto rede, essa linha do cuidado possa ser realinhada e bem estabelecida. Há aqui, uma oportunidade de novas pesquisas tendo como base a linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça VG et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro. v. 30, n. 5, 2008. p. 248-255.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama. Caderno de atenção básica, n. 13. Brasília; 2013.

3. Alves MMM. et al. Boletim epidemiológico do câncer. Diretoria de Vigilância em Saúde. Palmas, out. 2015. p. 1-7.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tipos de câncer. Rio de Janeiro; 2014.

5. Oliveira MMHN et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. Rev Bras Epidemiologia, 2006. p. 325-334.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.

7. Alves MMM, Sousa STK, Figueiredo N. Boletim epidemiológico de mortalidade por DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis de Palmas. Boletim Epidemiológico.

Palmas, out. 2017. p. 1-11.

8. Organização Mundial de Saúde. Relatório de status global sobre doenças não-transmissíveis 2010. OMS. Geneva; 2011.

9. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. 1. ed. Washington; 2013.

10. Datasus. Mortalidade de câncer de colo de útero. 2017. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 nov. 2017.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2017.

12. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Palmas - TO. Dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde em outubro de 2017.

13. Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. v. 12, n. 3, Jun., 2007. p. 765-776.

14. Mantenese JC. Câncer Ginecológico: ovário, útero e vagina. In: Carvalho VA, Franco MH, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT, Barros LH. Temas em Psico-Oncologia. São Paulo; 2008. p. 59-66.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Começa oferta da vacina contra HPV para meninas de 9 a 11 anos. 2015. Disponível: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/comeca-oferta-davacina-contrahpv-para-meninas-de-9-a-11-anos > Acesso em: 03 nov. 2017.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro; 2011.

17. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

18. Pinheiro P. Exame Papanicolau - ASCUS, LSIL, NIC1, NIC2 E NIC3. 2017 Disponível: <https://www.mdsaude.com/2014/09/exame-papanicolau.html> Acesso em 02 nov. 2017.

19. Cardella BHP. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: Frazão LM, Fukumitsu KO. (Org.). Gestalt-terapia: conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014. p. 59-75.

20. Pinto HA. Linhas de cuidado na Bahia: Um conceito em viva construção. Revista Baiana de Saúde Pública, v.33, n.1, 2009. p. 22-34.

21. Santos AS. Concepções sobre linhas de cuidados. In: Santos AS, Cubas MR. Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

22. Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 4, 2004. p. 665-675.

23. Lima PVA. A Gestalt-terapia holística, organísmica e ecológica. In: Frazão LM.; Fukumitsu KO. (Org.). Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013. p. 145-156.

24. Gerhardt ET, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 1-120.

25. Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE). (Org.). Consulta de área populacional: município de Palmas. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 04 jan. 2019

26. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 518, de 14 de junho de 2016, a qual institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Palmas,

2016. Disponível em: <http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/1533-28-6-2016-18-47-29 >.

27. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

28. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>; Acesso em 03 nov. 2017.

29. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev. bras. enferm. 2000; 53 (2): 25-30.

30. Venâncio JL. Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama. Revista brasileira de cancerologia, 2004. p.55-63.

31. Costa CA, Lunardi Filho WD, Soares NV. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF), v. 56, n. 3, p. 310-314, mai./jun. 2003.

32. Panzetti TMN. A experiência das mulheres com câncer de colo de útero do diagnóstico ao tratamento. Belém, 2013. p. 1-133.

33. Silva MS. et al. Vivências de mulheres face ao diagnóstico de câncer cérvico-uterino: revisão integrativa da literatura. Pleiade, 2015. p.16-25.

34. Rizotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar/abr. 2002.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2004.

36. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/mar. 2004.

37. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção das mulheres. Escola Anna Nery revista de enfermagem, v 13, n 2, 2009, p. 378-84.

38. Gelbcke FL, Matos E, Sallum NC. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. Rev Temp Actas Saúde Coletiva. 2012

39. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. Proenf Gestão. 2012;1(3):9-39.

40. Ceccim RB, Ferla AA. Dicionário da Educação Profissional em Saúde: Educação Permanente em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: < http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>

41. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2005, 10 (4): 975-986.

42. Breda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 13, n. 3, 2005. p. 450-452.

PERFIL DE ADULTOS ACOMETIDOS COM CÂNCER RESIDENTES DE PALMAS-TO

RESUMO

RAIANE SILVA MOCELAI
PATRÍCIA FERREIRA

Introdução: dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) proporcionam análises sobre diagnóstico, tratamento e evolução do câncer. **Objetivo:** descrever o perfil das pessoas com 18 anos ou mais com diagnóstico de câncer, de 2009 a 2015. **Método:** Estudo descritivo transversal, realizado com dados do RHC do Hospital Geral de Palmas. **Resultados:** Foram analisados 1170 registros, 623 femininos e 547 masculino, com quantidades de dados heterogênea ano a ano. Há aumento da doença paralelo ao aumento da idade. São mais pardos, de baixa escolaridade e casados. Principais CA foram colo do útero, próstata, mama, pele, sistema hematopoiético e reticuloendotelial, brônquios e pulmão, estômago e, ovário. Presença de variáveis com baixa qualidade de informação. **Conclusão:** Desenvolver ações para melhoria da qualidade dos dados informados no RHC, elaborar relatórios e realizar grupos de discussão com profissionais para fortalecer as ações de coleta e proporcionar dados para relatórios técnicos e estudos científicos.

Descritores: Sistemas de Informação em Saúde; Registros Hospitalares; Câncer/Neoplasias; Incidência; Mortalidade.

Descriptores: Sistemas de Información em Salud; Registros de Hospitalares; Neoplasias; Incidencia; Mortalidad.

Descriptors: Health Information Systems; Hospital Records; Neoplasms; Incidence; Mortality.

INTRODUÇÃO

Câncer (CA) é o caracterizado por um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças[1]. As localizações mais comuns de CA no Mundo são pulmão (1,8 milhões), mama (1,7 milhões), intestino (1,4 milhões) e próstata (1,1 milhões) em 2016[2]. É considerado como um problema de saúde pública, apresentando taxas de incidência e mortalidade cada ano mais elevadas, a partir da década de 20[3]. Estimativas apontam que em 2012 ocorreram 14,1 milhões de casos novos de CA e 8,2 milhões de óbitos no mundo. No Brasil, para o ano 2014/2015 foram estimados aproximadamente 576 mil novos casos incluindo os de pele não melanoma e 190 mil óbitos/ano[4], e para o biênio 2018-2019, mostram uma ocorrência de cerca de 600 mil novos casos (exceto CA de pele não melanoma). Os mais frequentes para o sexo masculino foram o CA de próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%) e, os CA de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4%) entre o sexo feminino em 2012[5].

Dentre das regiões geográficas do Brasil, as regiões sudeste e sul do país possuem taxas de incidências de câncer duas vezes mais elevadas do que as regiões norte e nordeste[6]. E, de forma que dados de morbidade e mortalidade por CA sejam conhecidos no Brasil (Unidade da Federação, Estados e Municípios), estão disponíveis no banco de dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)[2].

O RHC proporciona a sistematização de registros de diagnóstico (estadiamento), tratamento e evolução das pessoas com CA, fornece subsídios para traçar o perfil dos pacientes oncológicos em tratamento hospitalar, além de proporcionar análise da sobrevida dos pacientes com CA[7]. Sendo assim, o RHC é uma fonte de dados para pesquisa e vigilância epidemiológica[8].

Em Palmas, O RHC está sediado no Hospital Geral de Palmas (HGP) Dr Francisco Aires. Entretanto, observa-se que há carência de análises publicadas sobre morbidade por CA no município. Sendo assim, esse estudo teve como objetivo descrever o perfil das pessoas com 18 anos ou mais com CA, registrados no Sistema de Informação SiSRHC do HGP Dr. Francisco Ayres com diagnóstico de 2009 a 2015.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) com o parecer nº 2831309, em 20 de agosto de 2018.

DESENHO, LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado com pessoas com câncer (CID 10: C00-C096), realizado com dados registrados no SisRHC do HGP Dr. Francisco Ayres com diagnóstico de 2009 a 2015

POPULAÇÃO OU AMOSTRA; CRITÉRIOS DE INCLUSAO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os casos de pessoas com 18 anos ou mais e com residência em Palmas-TO, no momento do diagnóstico. Foram excluídas aquelas que não possuírem dados nos arquivos do RHC, aquelas com dados que não pudessem identificar o município de residência e, que não residiam no município de Palmas-TO.

PROTOCOLO DO ESTUDO

O presente estudo obteve anuência da Secretária Estadual de Saúde (SES) através da plataforma FormSUS. Recebeu aprovação do CEP do CEULP/ULBRA.

A partir desse momento, os dados com variáveis que impossibilitam a dos participantes do estudo foram liberados pela equipe técnica do RHC, através de uma planilha do programa Excel.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA

Através da planilha de dados contendo o registro dos casos foram avaliadas variáveis relativas as características sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, ocupação principal, escolaridade, histórico familiar de CA, histórico de consumo de bebida alcoólica e uso de tabaco); variáveis relativas ao câncer (topografia, estadiamento e TNM) e variáveis relativas ao tratamento (tratamentos recebidos no hospital, óbito por CA, tempo entre a primeira consulta no hospital e o diagnóstico e tempo entre o diagnóstico e início do tratamento).

As variáveis foram analisadas a partir das tabulações feitas utilizando o programa Microsoft Excel® 2017 e Epi-info 7, onde foram realizados cálculos de frequência, proporção e mediana. Foram apresentados em tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Foram notificados 3572 casos de câncer no Sistema de Informação do Registro hospitalar de Câncer (SisRHC). Sendo 1877 (52,5%) do sexo feminino e 1694 (47,4%) do sexo masculino. Segundo município de residência, 1220 (34,2%) pessoas eram de Palmas-TO, 2157 (60,4%) de outros municípios do estado, 39 (1,1%) de municípios de outros Estados (Bahia, Maranhão, Pará, São Paulo, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso e Paraná), e 156 (4,4%) pessoas não possuíam informação sobre residência (143 em 2009, 10 em 2010 e, 3 em 2011).

Das 1220 pessoas residentes em Palmas-TO, 49 (4,1%) possuíam dados inconsistentes nas variáveis município de residência e CEP de residência. Portanto, apenas os dados de 1170 pessoas foram analisados. 623 pessoas (53,2%) eram do sexo feminino, com mediana de idade no momento do diagnóstico de 53 anos (idade mínima de 18 anos e idade máxima de 98 anos) e, 547 (46,8%) do masculino foi de 65 anos (com idade mínima de 18 anos e idade máxima de 103 anos, conforme tabela 1.

A raça/cor predominante foi a parda para mulheres (500; 80,3%) e homens (436; 79,7%), o nível de instrução foi o ensino fundamental incompleto para mulheres (261; 41,9%) e homens (251; 45,9%) e, o estado conjugal no momento do diagnóstico foi o casado para 259 (41,6%) mulheres e 314 (57,40%) homens (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de dados sociodemográficos de pessoas com 18 anos ou mais registrados no SisRHC do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres, por sexo, em residentes de Palmas-TO com diagnóstico de 2009 a 2015. N= 1170

Variáveis		Masculino N= 547		Feminino N= 623	
		N	%	N	%
Idade no Diagnóstico	18-27 anos	18	3,29	21	3,37
	28-37 anos	24	4,39	97	15,57
	38-47 anos	35	6,40	113	18,14
	48-57 anos	94	17,18	137	21,99
	58-67 anos	149	27,24	147	23,60

	68 e+ anos	227	41,50	108	17,34
Raça/Cor	Amarela	10	1,82	7	1,12
	Branca	71	12,97	81	13
	Parda	436	79,70	500	80,25
	Preta	10	1,82	21	3,37
	Sem informação	20	3,65	14	2,24
Instrução	Nenhuma	65	11,88	54	8,66
	Fundamental incompleto	251	45,88	261	41,89
	Fundamental completo	98	17,91	117	18,78
	Nível médio	48	8,77	100	16,05
	Nível superior incompleto	7	1,27	14	2,24
	Nível superior completo	13	2,37	33	5,29
	Sem informação	65	11,88	44	7,06
Estado conjugal	Solteiro	125	22,85	186	29,85
	Casado	314	57,40	259	41,57
	Viúvo	40	7,31	90	14,44
	Separado judicialmente	42	7,67	60	9,63
	União consensual	20	3,6	24	3,85
	Sem informação	6	1,09	4	0,64

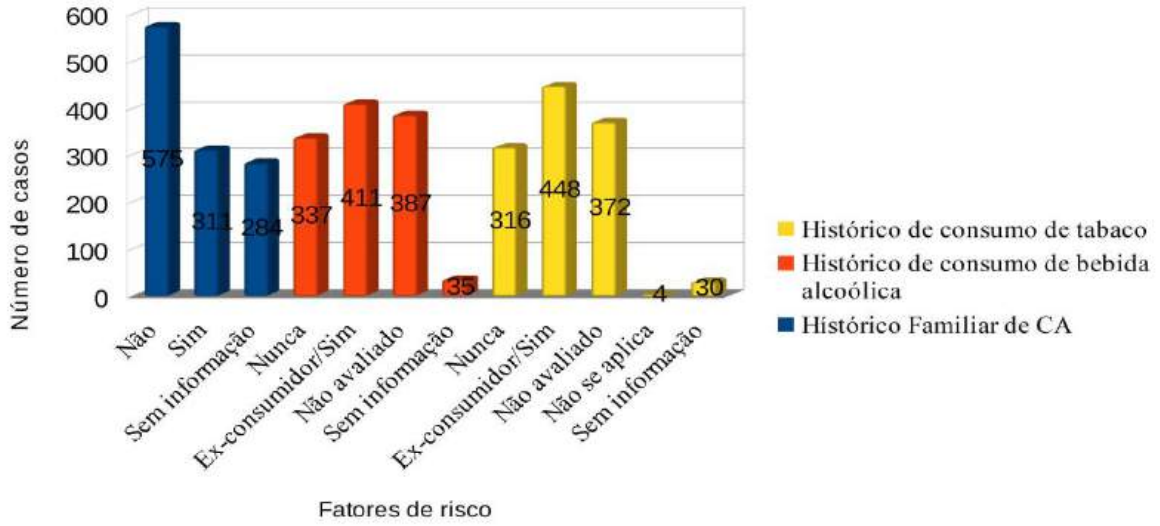
Fonte: RHC – Registro Hospitalar de Câncer, acesso em 07 de dezembro de 2018.

Sobre o histórico de exposição a fatores de risco verifica-se que aproximadamente metade (575; 49,2%) das pessoas não possuía familiares com histórico de CA, cerca de um terço (337; 28,8%) nunca consumiu bebida alcoólica e que 448 (38,3%) eram fumantes ou ex-fumantes (figura 1).

Foram identificados 57 categorias diferentes de ocupação para o sexo masculino (96,61%) e 56 para o sexo feminino (96,55%). A ocupação vendedores de jornais e revistas foi uma das mais incidentes e obteve registro em ambos os sexos (149; 27,24% para o sexo masculino e 55; 8,83% para o sexo feminino). Divididas por sexo, condutores de automóveis/veículos similares (34; 6,22%) e acabadores de pano (25; 4,57%) foram registrados para homens e, tipógrafos (24; 3,85%) e ocupação da indústria de bebidas (19; 3,05%) para mulheres. As demais ocupações registraram números pequenos casos.

Houve variação importante quanto ao número de casos de CA notificados por ano e sexo, com picos que mostram mais registros no sexo feminino (133; 21,3%) em 2011 e no sexo masculino (108; 19,7%) em 2012 (figura 2).

Figura 1 - Distribuição de pessoas com câncer de 18 anos ou mais registrados no SisRHC do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres, por histórico de exposição e fatores de risco, em residentes de Palmas-TO com diagnósticos de 2009-2015.



Fonte: RHC – Registro Hospitalar de Câncer, acesso em 07 de dezembro de 2018.

Foram 5 as topografias mais frequentes (774) registradas no SiSRHC, sendo o colo do útero (156; 20,2%), a próstata (152; 19,6%), a mama (137; 17,7%), a pele (114; 14,7%), o sistema hematopoiético e reticuloendotelial (86; 11,1%), os brônquios e pulmão (54; 7,0%), o estômago (48; 6,2%) e, o ovário (27; 3,5%). A divisão por sexo se encontra na figura 3.

Foram 156 (20,2%) casos registrados de CA de colo de útero, com mediana de idade no diagnóstico de 47 anos (idade mínima de 22 anos e idade máxima de 90 anos). A maioria das mulheres declararam nunca terem feito uso de tabaco (38; 24,4%) e não possuírem histórico familiar de CA (80; 51,3%).

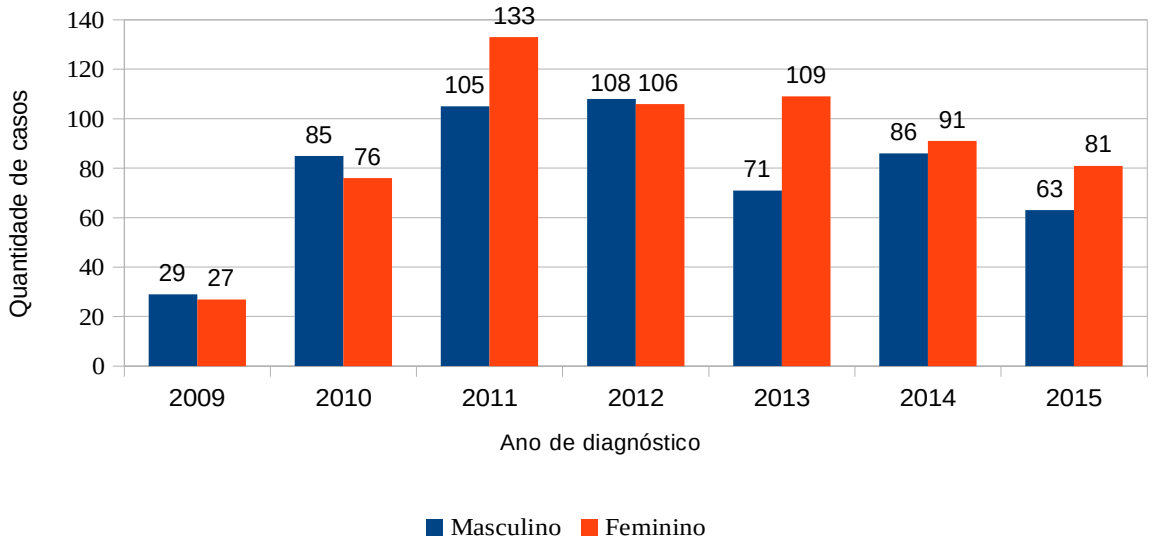
Para o CA de mama foram 135 (17,5%) registros, com mediana de idade de 51 anos (idade mínima de 25 anos e idade máxima de 96 anos). Dois casos de CA de mama foram em homens com idade de 28 e 55 anos.

O CA de próstata contou com 152 (19,6%) registros, com mediana de idade no diagnóstico de 71 anos (idade mínima de 41 anos e idade máxima de 93 anos), a maioria não possui histórico familiar de CA (71; 46,7%) e são pardos (126; 82,9%).

O CA de pele possui 114 registros (14,7%), sendo a maioria do sexo masculino (67; 58,8%). A mediana de idade encontrada no diagnóstico foi de 64 anos para as mulheres (idade mínima de 21 anos e idade máxima de 98 anos) e 65 anos para os homens (idade mínima 35 anos e idade máxima de 101 anos). A cor de pele predominante foram as claras (parda, branca e amarela) com 64 (95,5%) registros para homens e 44 (93,6) para as mulheres. A profissão mais expressiva foi a de vendedores de jornais e revistas no sexo masculino (22; 33,3%) e, no sexo feminino os registros que possuiam

esta informação não possuiam número expressivo e significativo. Não houve histórico familiar de CA descrito para 36 (53,7%) pessoas do sexo feminino e 25 (53,2%) do sexo masculino.

Figura 2 – Frequência de casos de câncer em pessoas com 18 anos ou mais registrados no SisRHC do Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres, por sexo, em residentes de Palmas-TO com diagnóstico no período de 2009 a 2015.



Fonte: RHC – Registro Hospitalar de Câncer, acesso em 07 de dezembro de 2018.

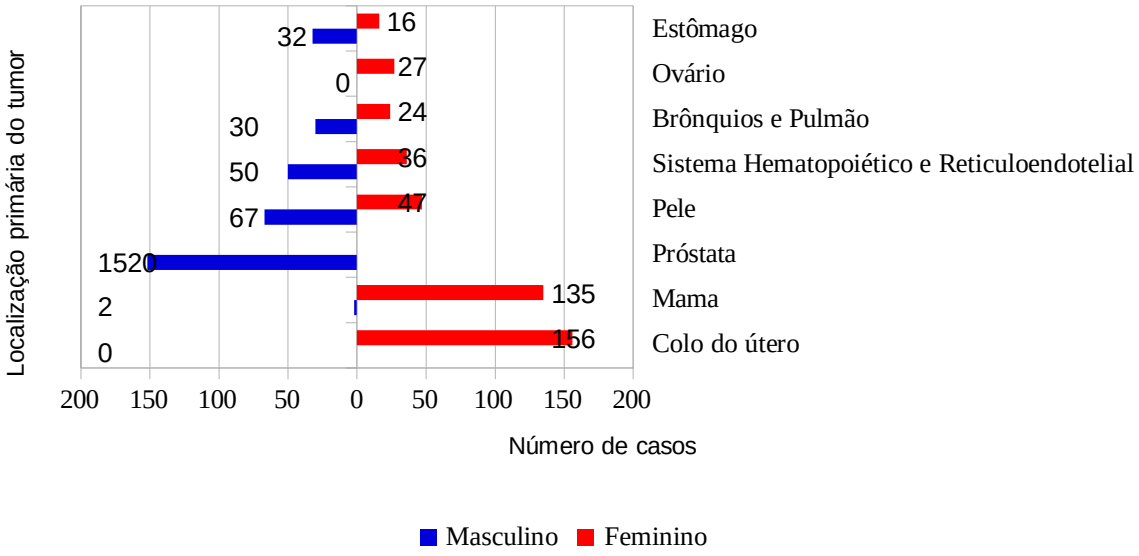
O CA do sistema hematopoiético e reticuloendotelial possui 86 registros (11,11%). A maioria (49; 56,98%) não possui histórico familiar de CA. Não foram encontrados registros de ocupação especificas para associar ao desenvolvimento deste CA.

Foram registrados 54 (7,0%) casos de CA de brônquios e pulmão, sendo 24 (44,4%) registros em mulheres, com mediana de idade no diagnóstico de 61 anos (idade mínima de 37 anos e idade máxima de 75 anos). O sexo masculino foi o predominante (30; 55,6%) com mediana de idade no diagnóstico de 68 anos (idade mínima de 50 anos e idade máxima de 87 anos). A maioria (36; 66,6%) das pessoas de ambos os sexos eram fumantes ou ex-fumantes (23; 73,8% dos homens e 13; 54,2% das mulheres).

48 (6,2%) casos foram registrados de CA de estômago apresentou 48 registros. Para o sexo feminino foram 16 (33,3%) com mediana de idade no diagnóstico de 59,5 anos (idade mínima de 33 anos e idade máxima de 84 anos). Para o sexo masculino foram 32 casos (66,7%) com mediana de idade no diagnóstico foi de 65,5 anos (idade mínima de 44 anos e a idade máxima foi de 78 anos).

Para o CA de ovário foram 27 (3,5%) registros, com mediana de idade no diagnóstico de 50 anos (idade mínima de 23 anos e idade máxima de 79 anos). Destes, 11 (40,7%) possuíam histórico familiar de CA e relataram não ser fumantes (15; 55,56%).

Figura 3 - Topografia dos 5 CA mais incidentes em pacientes com 18 anos ou mais, por sexo, em residentes de Palmas-TO com diagnóstico de 2009-2015.



Fonte: RHC – Registro Hospitalar de Câncer, acesso em 07 de dezembro de 2018.

Foi identificado que a maioria (395; 51,03%) dos pacientes procuraram o hospital para obterem um diagnóstico e assim iniciarem tratamento. Em 77 (49,4%) casos de CA de colo de útero e em 77 casos (50,7%) do CA de próstata, as pessoas já possuíam diagnóstico quando chegaram ao hospital. A maioria foram pessoas provenientes do SUS (97,8% do sexo feminino e 97,6% do masculino).

Sobre o quantitativo de dias entre o diagnóstico de CA (através de biópsia) e o início do tratamento, as mulheres apresentaram uma mediana de 29 dias (mínimo de 113 dias anterior ao diagnóstico e máximo de 1346 dias após diagnóstico), onde 133 casos (25,0%) iniciaram o tratamento na data do diagnóstico e, 2 casos (75,0%) com 90 dias após diagnóstico. A maioria (241; 54,7%) obteve o diagnóstico após a primeira consulta no hospital. Os homens apresentaram uma mediana igual a 33 dias (mínimo de 26 dias anterior ao diagnóstico e máximo de 2018 dias após diagnóstico), com 80 casos (25,0%) iniciando o tratamento no mesmo dia do diagnóstico e , 4 casos (75,0%) com 116 dias após diagnóstico. A maioria (179; 53,8%) apresentou diagnóstico anteriora primeira consulta no hospital.

As mulheres receberam o primeiro tratamento no hospital com cirurgias (81; 18,4%), seguido por cirurgia e quimioterapia (44; 10,0%), cirurgia e outros (39; 8,84%), quimioterapia (33; 7,48%) e outros (33; 7,48%). Nos homens, foi o tratamento cirúrgico (66; 19,93%), seguido de quimioterapia (38; 11,41%), hormonioterapia (32; 9,61%), outros (32; 9,61%) e a combinação de quimioterapia com outros procedimentos (19; 5,71%).

Sobre o estadiamento, os CA de colo de útero obtiveram o maior registro de tumor in situ/estágio 0 (44; 73,33%); os CA de mama e de próstata registraram envolvimento regional por

extensão direta/estágio II com 44 (32,60%) e 47 (30,92%) registros respectivamente; o CA de ovário obteve 12 (44,44%) casos de envolvimento regional de linfonodos/estágio III; CA de estômago e de brônquios e pulmão registraram metástase a distância/estágio IV (19; 33,92% e 28; 51,85%).

Na análise dos dados segundo estadiamento foram excluídos os casos nos quais não é possível realizar o estadiamento ou sem informação e, os tipo de câncer em que não se aplica a classificação de tumores malignos. No momento do diagnóstico da doença, a proporção de casos em estádios mais iniciais (0, I ou II) foi maior no sexo feminino (120; 19,26%) do que no sexo masculino (58; 10,60%).

A maior frequência de óbitos foi observada em mulheres com CA de colo de útero e mama (44; 31,4% e 37, 26,4% óbitos, respectivamente). No sexo masculino, o CA de próstata apresentou 43 óbitos (33,3%) e, foram registrados 30 óbitos (23,5%) por CA do sistema hematopoiético e reticuloendotelial.

Quanto ao preenchimento dos dados, foram observadas variáveis sem preenchimento ou não avaliadas (raça/cor, estado conjugal atual, instrução, histórico familiar de câncer, histórico de consumo de bebida alcoólica, história de consumo de tabaco, ocupação, estadiamento e TNM), erros ortográficos e de digitação, inconsistências entre o CEP e o nome do município (tabela 2).

Tabela 2 - Frequência das inconsistências de dados registrados no SisRHC[a], por sexo de pacientes adultos com 18 anos ou mais com CA, com ano diagnóstico de 2009 a 2015, residentes de Palmas-TO

N= 1170

Variáveis		Masculino N= 547		Feminino N= 623	
		N	%	N	%
Inconsistências entre CEP e nome do município		25	51,02	24	48,98
Raça/cor de pele	Sem informação	20	3,66	141	2,25
Estado conjugal atual	Sem informação	6	1,10	4	0,64
Instrução	Sem informação	65	11,88	44	7,06
Histórico familiar de CA	Sem informação	143	26,14	141	22,63
Histórico de consumo de bebida alcoólica	Não avaliado/Sem informação	180	32,90	242	38,84
Histórico de consumo de tabaco	Não avaliado/Sem informação	175	31,99	227	36,43
Ocupação	Sem declaração/células vazias	199	36,38	378	60,67
Estadiamento[b]	99/células vazias	241	44,05	396	63,56

TNM[c]	999/Células vazias	203	37,11	155	24,87

Fonte: RHC – Registro Hospitalar de Câncer, acesso em 07 de dezembro de 2018.
[a] Sistema de Informação do Registro Hospitalar do Câncer
[a , c] embora estejam aqui todos os casos sem registro, sabe-se que essas variáveis não são analisadas em alguns cânceres

DISCUSSÃO

Nos atendimentos por CA no HGP, houve predominância do sexo feminino em todos os anos analisados. Aqui apontamos o acesso ao diagnóstico, principalmente em decorrência aos programas de rastreamento de Ca de colo de útero e mama como dois fatores que podem estar relacionados ao maior número de casos em mulheres. A figura do homem como ser invulnerável ainda encontra-se presente no imaginário social que contribui para que o sexo masculino não se cuide ou demore mais tempo para procurar os serviços de saúde quando possuem alguma comorbidade[9].

Houve aumento de diagnóstico de CA em adultos mais velhos do estudo, o que mostra que com o envelhecimento da população, as doenças crônicas passam a representar um aumento da demanda por serviços de saúde[10]. Os CA em adultos jovens, mesmo apresentando especificidades em relação ao CA em adultos, requerem uma rede estruturada e com equipe multiprofissional capaz de otimizar a terapêutica[11].

Dentre os fatores sociodemográficos a baixa escolaridade chama atenção. Barros et al[12] associa a baixa escolaridade a um menor acesso a meios de rastreamento e diagnósticos, além de possuir demora na percepção de sinais e sintomas característicos de desenvolvimento do CA. Demonstrando que aumenta a magnitude das diferenças dos estratos socioeconômicos. Ressaltamos que aspectos relacionados a escolaridade são importantes para identificar as formas de orientação e as práticas educativas a serem realizadas para o público alvo.

Sabe-se que o surgimento do CA está condicionado a fatores de risco, os quais agem de maneira a aumentar a probabilidade de desenvolvimento do mesmo. Filho et al[6] cita que além dos fatores hereditários e genéticos que são imutáveis, existem fatores relacionados a condições socioeconômicas e condições de saúde (determinantes distais), variáveis comportamentais e de estilo de vida (determinantes proximais) que influenciam na ocorrência do CA. Variáveis como histórico familiar de CA, histórico de consumo de bebida alcoólica e uso de tabaco configuram-se alguns dos fatores de risco para desenvolvimento de CA específicos e por serem de preenchimento opcional na Ficha de Registro do Tumor, muitas vezes ficam sem informação[13], o que foi evidenciado nesse estudo.

Sobre a ocupação, esta deve retratar não apenas a profissão exercida, mas que seja possível observar a ambiência na qual a pessoa foi exposta pelo maior tempo em que atuou[7]. Esta variável

torna-se um importante fator de risco para o desenvolvimento de CA, visto que no ambiente de trabalho há exposição a agentes de risco químico, físicos, biológicos, onde muitos são reconhecidos como carcinogênicos[14]. Lemos et al[8] cita que 8% e 16% dos tumores decorrem de exposição ocupacional. É possível que tenha ocorrido problemas no registro desse dado e na sua coleta para registro no RHC, o que mostra a necessidade de estratégias para a coleta desse dado em conformidade com sua finalidade. Para isso, é importante que haja compreensão do propósito dessa variável para estudos sobre sua relação com o CA, e que haja formação para equipes do RHC.

Durante os anos analisados, não foi observada homogeneidade na quantidade de dados coletados. O número pequeno de casos registrados anualmente no SisRHC pode levar ao aparecimento de picos, e as flutuações na coleta de dados podem estar relacionadas a demanda populacional a qual necessita de assistência oncológica[15]. Outros fatores que pode estar relacionado a variação da coleta de dados ao longo do tempo são os atrasos na coleta, processamento e no envio dos dados, além de subnotificações e incompletudes das informações proporcionam vieses e não caracterizam o cenário ao qual o paciente oncológico está inserido. Além da disponibilidade de oferta de serviços oncológicos não serem homogêneas nesse período(8).

Os fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento de CA de colo de útero são idade a partir dos 30 anos, histórico familiar de CA e o uso de tabaco[4]. Os dados sobre idade estão em conformidade com esse estudo, no entanto, o uso de tabaco e o histórico familiar de CA não estão entre os fatores de risco mais frequentes. Soares et al[16] chama a atenção para o aumento da incidência de lesões pré-invasoras de CA em mulheres cada vez mais jovens e atribui esses resultados a uma iniciação precoce da vida sexual e exposição a infecções, neste caso ao *Papilomavírus Humano* (HPV) o qual provoca lesões em células do colo do útero.

Houve aumento dos pacientes diagnosticados com CA de mama em paralelo ao aumento da idade. Outros fatores de risco estão relacionados a variáveis ais quais não são identificáveis através do SisRHC, como menarca precoce, não ter tido filhos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal[1]. O CA de mama é semelhante em ambos os sexos e quando comparados idade e estadiamento dos tumores, estes apresentam prognósticos similares. Os casos masculinos possuem particularidades em relação ao CA de mama feminino, porém não existem estudos suficientes que avaliem esta característica no prognóstico deste CA em homens[17].

O CA de próstata, conhecido também como o CA da terceira idade[1], apresenta a idade como único fator de risco bem estabelecido. Parentesco de primeiro grau (pai, irmãos ou filhos) e raça são relevantes na sua etiologia, porém não foram encontrados associação no estudo. Achados demostram que este CA é duas vezes mais comum em homens pretos quando comparados a homens brancos, podendo está diferença ser influenciado por razão a estilo de vida ou a questões socioambientais[4].

O CA de pele é dividido em dois grupos, melanoma e não melanoma[1], Os CA's de pele configuram-se em um CA difícil de estimar visto que nem todos os RHC coletam informações sobre o tipo melanoma[5]. Todas as variáveis como idade, raça e ocupação se tornam mais incidentes a partir dos 40 anos de idade, sofrendo influência da cor da pele (aumento em pessoas de pele clara) e das ocupações as quais são exercidas ao ar livre sobre ação dos raios solares. Esses fatores foram encontrados no estudo[1].

O CA do sistema hematopoiético e reticuloendotelial possui fatores de riscos relacionados a carga genética/hereditária e a exposição a substâncias relativas ao ambiente ou a ocupação exercida[13 - 18], o que não foi observado no estudo.

Sobre o CA de brônquios e pulmão, os homens apresentam maiores taxas de incidência em relação as mulheres e que fumantes possuem cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolverem este CA[4], o que corrobora com o achado. Um outro fator de risco importante é a exposição ocupacional a agentes carcinogênicos conhecidos como amianto, arsênico entre outros[3] o que não foi encontrado na amostra, provavelmente pela forma com que esse dado é registrado no prontuário ou coletado para ser inserido no SiSRHC.

A causa mais fortemente ligada ao aumento do risco de desenvolvimento do CA de estômago é a infecção por *Helicobacter Pylori.* Outros fatores condicionados a hábitos alimentares com dietas ricas sal, nitritos, nitratos e carboidratos favorecem a agressão a muscosa gástrica, porém o SisRHC não possui subdios para sua análise[5 – 19].

CA de ovário apresenta fatores genéticos, histórico familiar de CA e o uso de tabaco como fatores que predispõem ao seu aparecimento[5]. Achados na amostra comprovam esta afirmação, porém nesse estudo não podemos relacionar ao fumo. O CA de ovário diferentemente do CA de mama possui como fatores de proteção o uso de contraceptivos orais ou a supressão da ovulação[5].

Tucunduva et al[20] identifica três tipos de níveis de programa de prevenção. A primária a qual previne o desenvolvimento da ocorrência, atua em prol de limitar os fatores de risco de exposição; a secundária que consiste no diagnóstico precoce utilizando técnicas de rastreamento e, a terciária que previne deformidades, recidivas e morte.

Observamos no estudo que aproximadamente metade de mulheres com CA de colo de útero chegaram ao hospital com diagnóstico. Esses dados são reflexos de ações de rastreamento implementadas pela atenção básica de saúde, as quais através de exame Papanicolau e toque retal disponibilizados para grupos específicas (a partir dos 25 anos e com início da vida sexual; e a partir dos 50 anos respectivamente) proporcionam agilidade nos resultados, além de evidenciarem melhorias nos métodos diagnósticos[5].

A Portaria nº 1.220, de 03 de junho de 2014[21], estabelece que o prazo máximo para o início do primeiro tratamento do paciente com neoplasia/câncer é de 60 dias. Nesse estudo, a maioria dos

homens e mulheres iniciaram o tratamento antes deste período. Um motivo para este achado concentra-se no fator de regulação do paciente dentro da rede com hipótese diagnóstica ou confirmação do CA. Onde suspeitas são identificadas, o diagnóstico pode ser realizado de maneira precoce e o tratamento pode ser instituído em menor tempo. Sobre o intervalo para implementação da terapêutica adequada, Medeiros et al[14] chama atenção para atrasos no início do tratamento, onde intervalos maiores que 12 semanas aumentam a mortalidade (dependendo do estadiamento e tamanho do tumor) e, consequentemente impactam significativamente na sobrevida dos pacientes.

Sobre os tratamentos recebidos no hospital, atualmente são poucas as neoplasias malignas que são tratadas com apenas uma modalidade terapêutica, entretanto, os tratamentos instituídos devem estar inseridos em uma abordagem multidisciplinar[1].

Sobre o intervalo para implementação da terapêutica adequada, Medeiros et al[14] chama atenção para atrasos no início do tratamento, onde intervalos maiores que 12 semanas aumentam a mortalidade (dependendo do estadiamento e tamanho do tumor) e consequentemente impactam significativamente na sobrevida dos pacientes. Evidencias estas encontradas nos CA com maior taxa de mortalidade, onde em ambos com maior frequência de óbitos - CA do colo do útero e próstata - apresentaram intervalos para início de tratamento maiores que 60 dias e estadiamentos avançados (III e IV).

O estádio clínico do tumor no momento do diagnóstico é uma informação fundamental. A definição do estágio clínico auxilia o médico no planejamento terapêutico e na avaliação do tratamento proposto, além de servir para a predição do prognóstico[22].

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

A análise dos dados foi limitada pela falta ou o preenchimento incompleto de informações e, pela forma de registro de variáveis importantes como ocupação, o que pode proporcionar viés de interpretação. Entretanto, os dados apresentados são de muita importância uma vez que podem subsidiar ações efetivas para melhoria da qualidade dos dados informados no SiSRHC. Essa limitação foi minimizada pela apresentação das variáveis nas quais foram identificados esses problemas.

CONTRIBUIÇÕES PARA ÁREA DA ENFERMAGEM, SAÚDE OU POLÍTICA PÚBLICA

Os resultados deste estudo podem subsidiar ações a serem desenvolvidas na atenção primária e secundária a fim de subsidiar decisões para ampliar o acesso das pessoas acometidas com CA, melhorar o diagnóstico precoce e a resolutividade da rede assistencial.

A rede de atenção deve possuir um olhar voltado para o CA a partir da atenção primária de saúde, onde ações de promoção sejam implementadas para a população a fim de reduzirem os fatores de risco de exposição e adotarem hábitos que são fatores de proteção para o CA. A prevenção ao CA deve proporcionar acesso aos meios de rastreamento adequados e de qualidade. Com o diagnóstico, a rede de cuidados (rede secundária) deve ser capaz de otimizar o tratamento priorizando o prognóstico e o bem-estar do paciente.

CONCLUSÃO

Os dados do SiSRHC são fundamentais para caracterização da assistência prestada ao paciente com CA, além de fornecer subsídios para traçar o perfil sociodemográfico dos mesmos. Entretanto, observamos que é necessário desenvolver algumas estratégias para melhoria do registro de dados sobre pessoas em tratamento de CA em hospitais que contam com RHC, como orientação para profissionais que registram os dados nos prontuários sobrea a sua importância, e maior proximidade entre o ano de diagnóstico do CA e o ano de coleta, uma vez que o tratamento deve iniciar em 60 dias após o diagnóstico do CA. Além disso, observamos que torna-se necessário análises rotineiras de dados, de forma a identificar inconsistências e estar em tempo de ainda poder modifica-las no SiSRHC.

REFERÊNCIAS

1. ABRAHÃO KDS. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer [Internet]. ABC do Câncer, Abordagens Básicas para o controle do Câncer. 2015. 129 p. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/contro- le_cancer)
2. INCA. Um Problema de Saúde Pública. Estim 2016 [Internet]. 2015;1:51. Available at: www.inca.gov.br/dncc
3. Barreto MT. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer. Rev Bras Cancerol. 2005;51(3):267–74.
4. INCA IN de CJAG da S-. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil /. Vol. 11, − 140 − Whs. 2012.
5. INCA. Estimativa 2018. Incidencia de cáncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2017. 130 p.
6. Filho VW, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. Physis. 2008;18(3):427–50.
7. Ministério da Saúde . Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenaçñao Nacional de Controle do Tabagismo P e V de C–. Registros hospitalares de Câncer - Rotinas e Procedimentos. 20000. 162 p.

8. Lemos AS de O; MMN de V; M de BA; IMB da SP; EC de. Registros Hospitalares de Câncer em Pernambuco : da Gestão ao Registro Hospital-Based Cancer Registries in Pernambuco : from Management to Registry. 2017;63(1):21–8.

9. Gomes R, Nascimento EF do, Araújo FC de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres ? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior Why do men use health services less than women ? Explanations by men with low versus higher education. 2007;23(3):565–74.

10. Oliveira MM de, Malta DC, Guauche H, Moura L de, Silva GA e. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil : dados da Pesquisa Nacional de Saúde , 2013. REV BRAS EPIDEMIOL. 2015;146–57.

11. Almeida MD de, Santos APAL. Câncer infantil : o médico diante de notícias difíceis – uma contribuição da psicanálise. 2013;21(1):49–54.

12. Barros MB de A, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil , PNAD : 2003- 2008 . Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil . PNAD : 2003- 2008 . 2008;2003–8.

13. (INCA) IN de CJA. Informação dos Registros Hospitalares de Câncer como estratégia de transformação. 2012.

14. Rebelo PA de P. A Informação sobre a Ocupação do Paciente nos Registros Hospitalares de Câncer no Brasil Information about the Patient's Occupation on Hospital-Based Cancer Records in Brazil Información sobre la Ocupación del Paciente en los Registros Hospitalarios de Cá. Cancerologia. 2014;60(3):239–45.

15. Cavalini LT, Cruz PDS, Silva GM Da, Silva IF Da. Perfil da assistência em um hospital universitário: informações do registro hospitalar de câncer, 2000-2009. Rev bras cancerol [Internet]. 2012;58(2):153–61. Available at: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/05_artigo_perfil_assistencia_hospital_universitario_informacoes_registro_hospitalar_cancer_2000_2009.pdf

16. Soares EM, Silva SR da. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010;63(4):517–22.

17. Nogueira1 SP, , Juliana Vieira de Mendonça2 HAPP. Câncer de mama em homens. Revista Brasileira de Mastologia [Internet]. 2014;24(4):109–104. Available at: http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v24n4_109-114.pdf

18. Cazarin G, Augusto LG da S, Melo RAM. Doenças hematológicas e situações de risco ambiental : a importância do registro para a vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(3):380–90.

19. Abreu E De. A prevenção primária e a detecção do câncer de estômago. Cad Saúde Públ. 1997;13:105–8.

20. Tucunduva Ltcdm, Sá Vhlc de, Koshimura et,Prudente Fvb, Santos Af dos, Samano Est, et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(3):257–62.

21. Portaria no 1.220, de 03 de junho de 2014.pdf.

22. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS de, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2015;31(6):1269–822.

MARQUES, Renata Zeferino. **Sanidade animal, zoonoses e guarda responsável de cães e gatos através da percepção da população de Palmas – TO.** 2019. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Coletiva) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2019. [Não disponível nesta versão do Acervo]

SITUAÇÃO VACINAL DE CRIANÇAS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DE SAÚDE KANELA II, PALMAS, TOCANTINS

VACCINE SITUATION OF CHILDREN LIVING IN KANELA II HEALTH TERRITORY, PALMAS, TOCANTINS

Vanessa Gomes da Cruz[1]
Patrícia Ferreira Nomellini[2]

RESUMO

Objetivo: conhecer a situação vacinal das crianças que nasceram entre julho de 2015 a junho de 2016, residentes no território de saúde Kanela II, por centro de saúde, em Palmas-TO. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, com 107 crianças, selecionadas por amostragem estratificada por centro de saúde da comunidade de referência. Foram realizadas entrevistas com os responsáveis das crianças, utilizando questionários estruturados. As informações das cadernetas de vacinação infantil foram transcritas em formulário. Os dados foram submetidos à análise estatístico-descritiva, sendo avaliadas variáveis relativas à vacinação, à criança e aos responsáveis. **Resultados:** A cobertura vacinal no território de saúde variou entre 84,1% para vacina hepatite B ao nascer e 100% para vacina BCG. Houve heterogeneidade entre as coberturas vacinais para as áreas de abrangências dos centros de saúde, exibindo crianças não vacinadas para 11 das 13 vacinas analisadas. O maior número de não vacinados foi para vacina hepatite B ao nascer (17; 15,9%) e para vacina tetravalente viral (11; 10,3%), entretanto, observamos coberturas distintas quando comparadas as doses dos imunobiológicos e os centros de saúde de referência. Foram encontradas crianças vacinadas com atraso. **Conclusão:** o estudo apontou coberturas vacinais abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, reforçando a importância de ações de monitoramento e acompanhamento da situação vacinal infantil. Nota-se ainda a necessidade de ações de educação em saúde que busquem sensibilizar a população quanto aos benefícios da vacinação.
PALAVRAS-CHAVES: Vacinação; Cobertura Vacinal; Cuidado da Criança

ABSTRACT

Objective: to understand the vaccination status of children who were born between July 2015 and June 2016 living in Kanela II Health Territory in Palmas, Tocantins. **Methodology:** descriptive, cross-sectional study with 107 children selected by stratified sampling in the community health center of reference. Interviews were carried out using structured questionnaires with the children's legal guardian. The information on the children's vaccination records was transcribed to a form. Data were submitted to statistical-descriptive analysis and the variables assessed were related to vaccination, to the child and to the legal guardians. **Results:** vaccination coverage in the health territory varied between 84.1% for Hepatitis B vaccine and 100% for BCG vaccine at birth. There was heterogeneity between vaccination coverage in the addressed areas of community health centers showing unvaccinated children for 11 out of 13 vaccines analyzed. The highest percentages of unvaccinated children were for hepatitis B vaccine at birth (17; 15.9%) and for tetravalent viral vaccine (11; 10.3%). However, the study found different percentages when comparing the immunobiological doses and the reference community health centers records. There were children vaccinated late. **Conclusion:** the study pointed to vaccination coverage below that recommended by the Ministry of Health, reinforcing the importance of monitoring actions and monitoring the infant vaccination situation. It is also noted the need for health education actions that seek to sensitize the population about the benefits of vaccination.
KEY WORDS: Vaccination; Vaccination Coverage; Child Care

1. Enfermeira, Residente em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP)
2. Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG)

INTRODUÇÃO

A vacinação é um processo que estimula a produção de anticorpos específicos no indivíduo através da inoculação de agentes patógenos. Esses agentes provocam a estimulação da resposta imunológica contra um dado microrganismo, produzindo imunidade sem que de fato a pessoa tenha contraído uma doença[1]. Sendo assim, é considerado um dos métodos mais eficazes para proteger os indivíduos contra infecções e uma das maiores realizações da saúde pública no século XX[2].

Quando realizada no primeiro ano de vida, impacta na redução da mortalidade infantil, ao atuar diretamente na prevenção de diversas doenças transmissíveis[3]. Dentre os avanços e conquistas decorrentes das práticas de imunização nas Américas, observa-se a erradicação da varíola (1971), a eliminação da poliomielite (1994), a eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (2015)[4].

O Brasil possui um Calendário Nacional de Vacinação, que é elaborado, publicado e atualizado pelo Ministério da Saúde (MS)[5], sendo disponibilizado atualmente um total de treze imunobiológicos para crianças menores de dois anos[6]. O esquema vacinal proposto pelo MS atende a todas as faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos), além de levar em consideração os povos indígenas e as pessoas com condições clínicas e crônicas de risco[7].

As crianças apresentam uma maior suscetibilidade a doenças infectocontagiosas, principalmente nos primeiros anos de vida[8]. Sendo assim, a realização de pesquisas em crianças na faixa-etária de 18 meses de idade torna possível identificar a situação do esquema básico vacinal para os primeiros 15 meses de vida.

Palmas, capital do Tocantins, apresenta uma cobertura de 102,80% de equipes de Atenção Básica. Entretanto, têm apresentado coberturas vacinais de rotina para crianças menores de dois anos abaixo do recomendado pelo MS[9], que variam entre 90% e 100% dependendo do imunobiológico. Em 2016, a cobertura vacinal variou de 53,7% a 94 % e, em 2017, de 53,6% a 93,1%[10].

Considerando a importância da vacinação infantil para proteção individual e coletiva de uma população, este estudo teve por objetivo conhecer a situação vacinal das crianças que completaram 18 meses de idade no ano de 2017 e, são residentes no território de saúde Kanela II por centro de saúde da comunidade, Palmas-TO.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, para uma coorte de 308 crianças que nasceram de julho de 2015 a junho de 2016, e residentes no Território de Saúde Kanela II, de Palmas-TO.

Para organização das ações de saúde, o município é dividido em oito Territórios de Saúde (Figura 1)[11]. O Território de Saúde Kanela, subdivide-se em Kanela I e II, abrangendo a região noroeste do município. No Kanela II estão três (3) centros de saúde da comunidade (CSC), com seis (6) equipes de saúde da família, e todos com salas de vacinação.

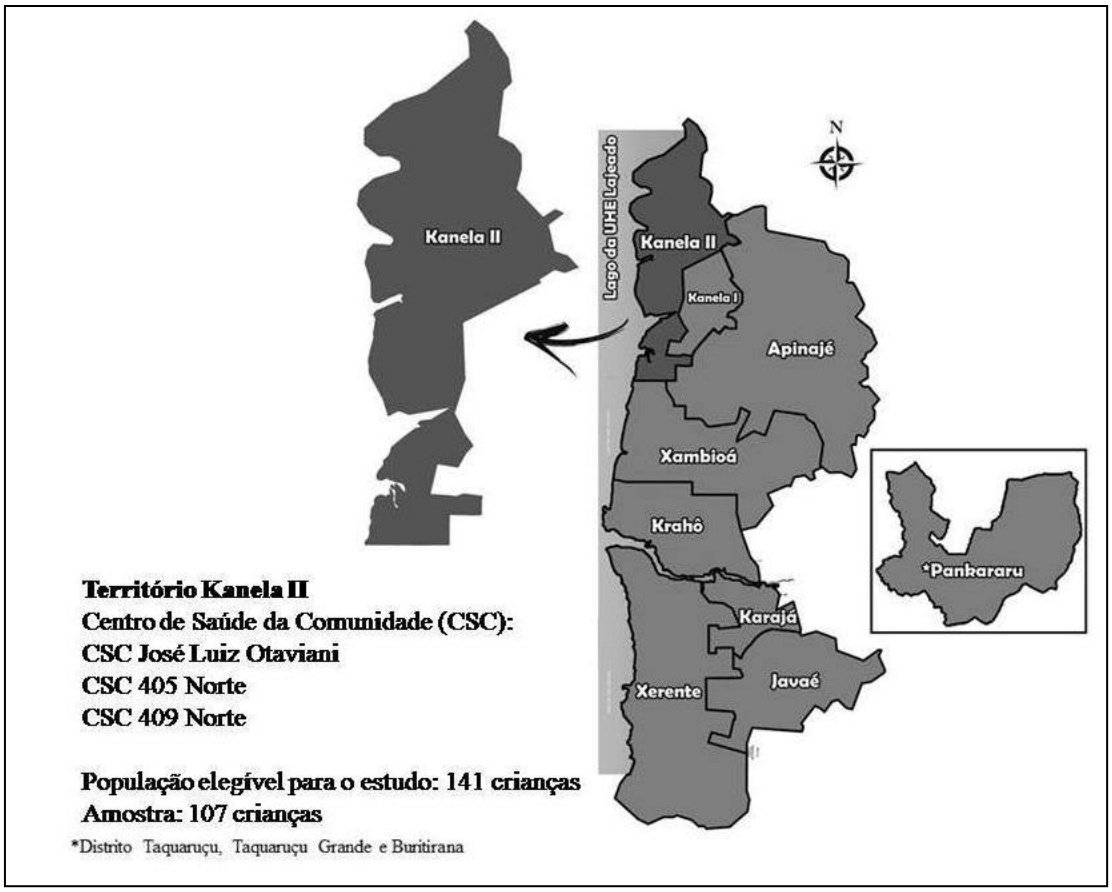


Figura 1. Distribuição geográfica de Palmas-TO por Territórios de Saúde, com ênfase no Território Kanela II

Foram excluídas do estudo as crianças que mudaram de endereço. Sendo assim, 141 crianças foram elegíveis (Figura 2), considerando um erro amostral de 5%. As crianças foram selecionadas por amostragem estratificada por CSC através do Programa BioEstat 5.3 e o tamanho da amostra foi calculado segundo fórmula proposta por Barbetta[12].

Foram avaliadas variáveis relativas à vacinação (orientação sobre vacinação, situação vacinal, motivos para atraso vacinal); variáveis relativas à criança (idade, sexo, raça/cor, aleitamento materno, usuário de creche, beneficiário de programa de transferência de renda, puericultura); e, variáveis relativas ao responsável pela criança (vínculo/parentesco com a criança, idade, sexo, raça/cor, estado civil, número de filhos, renda familiar, escolaridade).

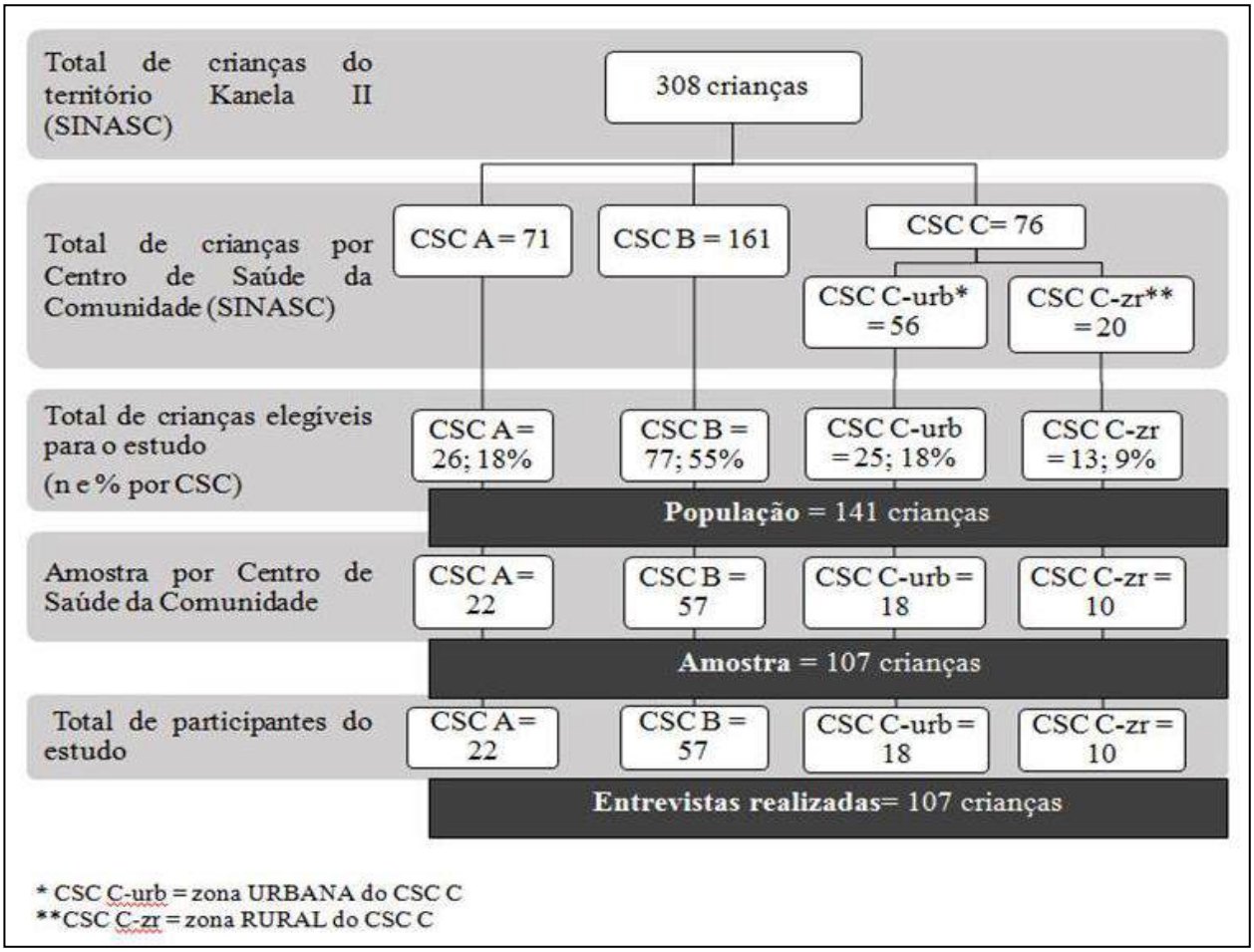


Figura 2. Organograma da amostra

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a novembro de 2018. Foi utilizado um questionário estruturado, e os registros da caderneta da criança foram transcritos em um formulário. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos CSC colaboraram com o estudo, identificando as crianças que residiam no território, agendando as visitas e acompanhando a pesquisadora ao domicílio da criança. Não houve perdas ou recusa de participação.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2016 e submetidos à análise estatística descritiva.

Para análise da situação vacinal foi utilizado o calendário de vacinação vigente no ano 2016. Foram consideradas *não vacinadas,* as crianças que não receberam o imunobiológico até a data da coleta de dados; *crianças vacinadas com atraso* aquelas que receberam a vacina após 15 dias ou mais da idade preconizada no calendário de vacinação; e *crianças com vacinação em dia*, aquelas que receberam a vacina conforme idade preconizada pelo MS ou em até 15 dias após a idade recomendada[13]. Para cálculo da cobertura vacinal, foram consideradas as doses aplicadas (soma de vacinas administradas em dia e administradas com atraso).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – ULBRA, através do Parecer 2.661.944, de 18/05/2018.

RESULTADOS

Foram realizadas 107 entrevistas, distribuídas de acordo com o percentual de crianças residentes na área de abrangência de cada CSC. Dentre as crianças, houve predomínio do sexo masculino (58; 54,2%), raça parda (69; 64,5%), apresentando uma mediana de idade de 32 meses (idade mínima de 25 meses e máxima de 41 meses).

Quanto aos cuidadores, houve um predomínio do sexo feminino (99; 92,5%), com a figura materna como a principal cuidadora (96; 89,7%). A maior parte dos cuidadores se caracterizava como pardo (63,6%), com ensino médio completo (48,6%), casado ou em união estável (79,4%) e, entre 30 e 34 anos de idade (32,7%). Dentre os entrevistados, a maioria (40; 37,4%) possuía dois filhos, 29,9% somente um filho e, 32,7% relataram três ou mais filhos.

Na estratificação de renda, 20 (18,7%) eram baixa classe média (renda familiar per capita de até 441 reais mensais), 16 (15%) média classe média (renda familiar per capita de até 641 reais mensais) e 13 (12,2%) alta classe média (renda familiar per capita de até 1.019 reais mensais), enquanto 14 (13,1%) eram baixa classe alta (renda familiar per capita de até 2.480 reais mensais). Entretanto, 18 (16,8%) foram consideradas em situação social de vulnerabilidade (renda familiar per capita de até 291 reais mensais), 7 (6,5%) de pobreza (renda familiar per capita de até 162 reais) e, 2 (1,9%) de extrema pobreza (renda familiar per capita de até 81 reais). A variável renda foi ignorada em 17 (15,8%) entrevistas.

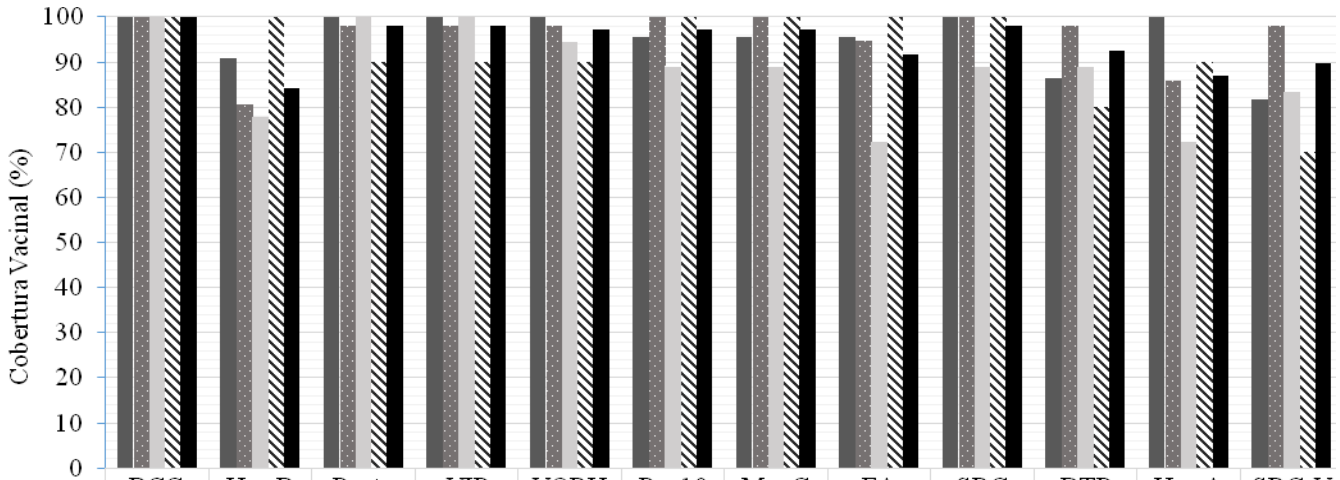
A maioria das crianças (72; 67,3%) foram acompanhadas regularmente para puericultura nos CSC ou na rede privada. As demais somente eram levadas para acompanhamento mediante queixas. O CSC B apresentou a maior frequência de crianças (43; 75,4%) que realizaram a puericultura dentre as residentes. Em seguida, o CSC A, com 14 (63,6%) das 22 crianças, CSC C-urb com 10 (55,56%) das 18 crianças, e CSC C-zr, com metade dos entrevistados (5; 50%).

Do total, apenas 13 (12,2%) crianças frequentavam creches e 21 (19,6%) eram beneficiárias de programa de transferência de renda na época da vacinação. As crianças residentes na zona rural eram as mais frequentes beneficiárias deste programa, quatro dentre as 10 crianças entrevistadas.

Quanto ao aleitamento materno, em 55,1% (59) das crianças foi exclusivo até o sexto mês de idade, sendo que 45 (42,1%) ainda estavam sendo amamentadas aos 18 meses de vida. O desmame aconteceu com maior frequência no intervalo de idade de 19 a 24 meses (28; 26,2%), mediana 15,5 meses, com idade mínima de 1 mês e máxima de 36 meses. Destaca-se que 24 (22,4%) crianças vivenciaram o desmame precoce.

Entre as informações que são recomendadas pelo MS e que devem ser ofertadas nas salas de vacinas, 62 (57,9%) responsáveis relataram que não foram orientados quanto a importância da vacinação, 38 (35,5%) sobre a indicação das vacinas, 14 (13,1%) sobre reações adversas e, 12 (11,2%) sobre o retorno.

Quanto a cobertura vacinal, observa-se variações de coberturas distintas entre os imunobiológicos que devem ser administrados na mesma data. E, variação na cobertura entre os CSC, mostrando uma maior dificuldade do CSC C-urb e CSC-zr. A vacina BCG foi a única a alcançar 100% de cobertura em todos os CSC. As coberturas vacinais foram menores em vacinas administradas em crianças com 12 meses ou mais de idade. Houve variações de cobertura vacinal entre as vacinas e CSC analisados (Gráfico 1).



	BCG	Hep B	Penta	VIP	VORH	Pnc10	MncC	FA	SRC	DTP	Hep A	SRC-V
CSC A	100	90,9	100	100	100	95,5	95,5	95,5	100	86,4	100	81,8
CSC B	100	80,7	98,2	98,2	98,2	100	100	94,7	100	98,2	86	98,2
CSC C-urb	100	77,8	100	100	94,4	88,9	88,9	72,2	88,9	88,9	72,2	83,3
CSC C-zr	100	100	90	90	90	100	100	100	100	80	90	70
T. Kanela II	100	84,1	98,1	98,1	97,2	97,2	97,2	91,6	98,1	92,5	86,9	89,7

Nota a: cálculo da cobertura foi considerado o esquema vacinal preconizado para idade 18 meses.
Nota b:
BCG – vacina contra bacilo de Calmette e Guérin (ao nascer)
Hep B – vacina hepatite B (ao nascer)
Penta - vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilusinfluenzae b* (conjugada); (3ª dose)
VIP - vacina Inativada contra poliomielite; (3ª dose)
VORH - vacina oral de rotavírus humano; (2ª dose)
Pnc 10 – vacina pneumocóccica 10 valente; (1º ref.)
Mnc C – vacina meningocóccica C; (1º ref.)
FA – vacina contra febre amarela;
SRC – tríplice viral, vacina contra sarampo, caxumba, rubéola
DTP – tríplice bacteriana; vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis*
Hep A – vacina contra hepatite A
SRC-V – tetra viral, vacina contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela

Gráfico 1. Cobertura vacinal das crianças de 25 a 41 meses de idade, e residentes no território Kanela II, segundo Centro de Saúde da Comunidade de referência, Palmas-TO, 2018.

Para as vacinas que devem ser administradas concomitantemente aos dois, quatro e seis meses de vida, que são a vacina pentavalente e a VIP, as crianças apresentaram situação vacinal distintas, com redução importante do percentual de vacinados em dia para última dose do esquema básico (tabelas 1 e 2). Esta redução também esteve presente para o reforço vacina Pnc10 e 2ª dose da VORH (Tabela1).

Para a vacina contra meningite meningocócica, houve aumento do percentual de vacinados com atraso em todos os CSC. No entanto, este aumento foi mais expressivo no CSC A, saltando de 36,4% (1ª dose) para 68,2% na dose de reforço (Tabela 1).

Foi identificado que até o momento da coleta de dados existiam crianças que não receberam a vacina pentavalente, poliomielite (inativada e atenuada), pneumocócica 10 valente, rotavírus humano, meningocócica C, tríplice viral, tríplice bacteriana, hepatite A e tetra viral, evidenciando a ocorrência de esquema vacinal incompleto para muitos dos imunobiológicos analisados.

As vacinas hepatite B ao nascer e tetra viral se destacam por apresentarem o maior percentual de crianças não vacinadas, 15,9% (17) e 10,3% (11), respectivamente. Para tetravalente viral a mediana de idade foi de 30 meses, com valor mínimo de 25 e máximo de 39 meses.

Considerando as crianças residentes na área urbana, o CSC B destacou-se por alcançar os maiores percentuais de crianças vacinadas em dia. No entanto, este centro de saúde também apresentou crianças vacinadas com idade inadequada, exibindo seis crianças vacinadas para hepatite A com idade menor que 15 meses no momento da vacinação.

No que se refere aos vacinados com atraso, quando comparados os resultados por centro de saúde, o CSC A apresentou os maiores percentuais (68,2%) de atraso (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da situação vacinal de crianças de 25 a 41 meses de idade, zona urbana do território Kanela II, por Centro de Saúde da Comunidade, Palmas-TO, 2018

Vacinas e doses	SITUAÇÃO VACINAL											
	Centro de Saúde A (N=22)				Centro de Saúde B (N=57)				Centro de Saúde C-urb (N=18)			
	VED n (%)	VCA n (%)	NV n (%)	Outro n (%)	VED n (%)	VCA n (%)	NV n (%)	Outro n (%)	VED n (%)	VCA n (%)	NV n (%)	Outro n (%)
BCG	20 (90,9)	2 (9,1)	-	-	52 (91,2)	5 (8,8)	-	-	15 (83,3)	3 (16,7)	-	-
Hep B *	17 (77,3)	3 (13,6)	2 (9,1)	-	40 (70,2)	6 (10,5)	11 (19,3)	-	14 (77,8)	-	4 (22,2)	-
Penta												
1ª dose	17 (77,3)	5 (22,7)	-	-	50 (87,7)	7 (12,3)	-	-	13 (72,2)	5 (27,8)	-	-
2ª dose	12 (54,5)	10 (45,5)	-	-	31 (54,4)	26 (45,6)	-	-	10 (55,6)	8 (44,4)	-	-
3ª dose	7 (31,8)	15 (68,2)	-	-	17 (29,8)	39 (68,4)	-	1 (1,8)	4 (22,2)	14 (77,8)	-	-
VIP												
1ª dose	17 (77,3)	5 (22,7)	-	-	48 (84,2)	9 (15,8)	-	-	14 (77,8)	4 (22,2)	-	-
2ª dose	12 (54,5)	10 (45,5)	-	-	31 (54,4)	26 (45,6)	-	-	10 (55,6)	8 (44,4)	-	-
3ª dose	7 (31,8)	15 (68,2)	-	-	18 (31,6)	38 (66,7)	-	1 (1,8)	5 (27,8)	13 (72,2)		
VOP	7 (31,8)	15 (68,2)	-	-	26 (45,6)	29 (50,9)	2 (3,5)	-	5 (27,8)	12 (66,7)	1 (5,6)	
Pnc 10												
1ª dose	17 (77,3)	5 (22,7)	-	-	49 (86)	8 (14)	-	-	13 (72,2)	5 (27,8)	-	-
2ª dose	12 (54,5)	10 (45,5)	-	-	30 (52,6)	27 (47,4)	-	-	11 (61,1)	7 (38,9)	-	-
Reforço	6 (27,3)	15 (68,2)	1 (4,5)	-	28 (49,1)	29 (50,9)	-	-	6 (33,3)	10 (55,6)	2 (11,1)	-
Mnc C												
1ª dose	14 (63,6)	8 (36,4)	-	-	37 (64,9)	20 (35,1)	-	-	12 (66,7)	6 (33,3)	-	-
2ª dose	8 (36,4)	14 (63,6)	-	-	32 (56,1)	25 (43,9)	-	-	8 (44,4)	10 (55,6)	-	-
Reforço	6 (27,3)	15 (68,2)	1 (4,5)	-	23 (40,4)	34 (59,6)	-	-	7 (38,9)	9 (50)	2 (11,1)	-
VORH												
1ª dose	17 (77,3)	5 (22,7)	-	-	48 (84,2)	8 (14)	1 (1,8)	-	14 (77,8)	3 (16,7)	1 (5,6)	-
2ª dose	12 (54,5)	10 (45,5)	-	-	31 (54,4)	25 (43,9)	1 (1,8)	-	11 (61,1)	6 (33,3)	1 (5,6)	
FA	9 (40,9)	12 (54,6)	-	1 (4,5)	21 (36,8)	33 (57,9)	-	3 (5,3)	6 (33,3)	7 (38,9)	-	5 (27,8)
DTP	6 (27,3)	13 (59,1)	3 (13,6)		23 (40,4)	33 (57,9)	1 (1,8)	-	5 (27,8)	11 (61,1)	2 (11,1)	
Hep A	7 (31,8)	15 (68,2)	-	-	17 (29,8)	32 (56,1)	2 (3,5)	6 (10,5)	4 (22,2)	9 (50)	4 (22,2)	1 (5,6)
SRC	7 (31,8)	15 (68,2)	-	-	26 (45,6)	31 (54,4)	-	-	7 (38,9)	9 (50)	2 (11,1)	-
SRC-V	5 (22,7)	13 (59,1)	4 (18,2)	-	23 (40,4)	33 (57,9)	1 (1,8)	-	5 (27,8)	10 (55,6)	3 (16,7)	-

Nota: VED – vacinado em dia; VCA – vacinado com atraso; NV – não vacinado; Outro - idade inadequada ou bloqueio vacinal; *Hep B ao nascer.

Tabela 2. Distribuição da situação vacinal de crianças de 25 a 41 meses de idade, residentes na zona rural do Centro de Saúde da Comunidade C do território Kanela II, Palmas-TO, 2018.

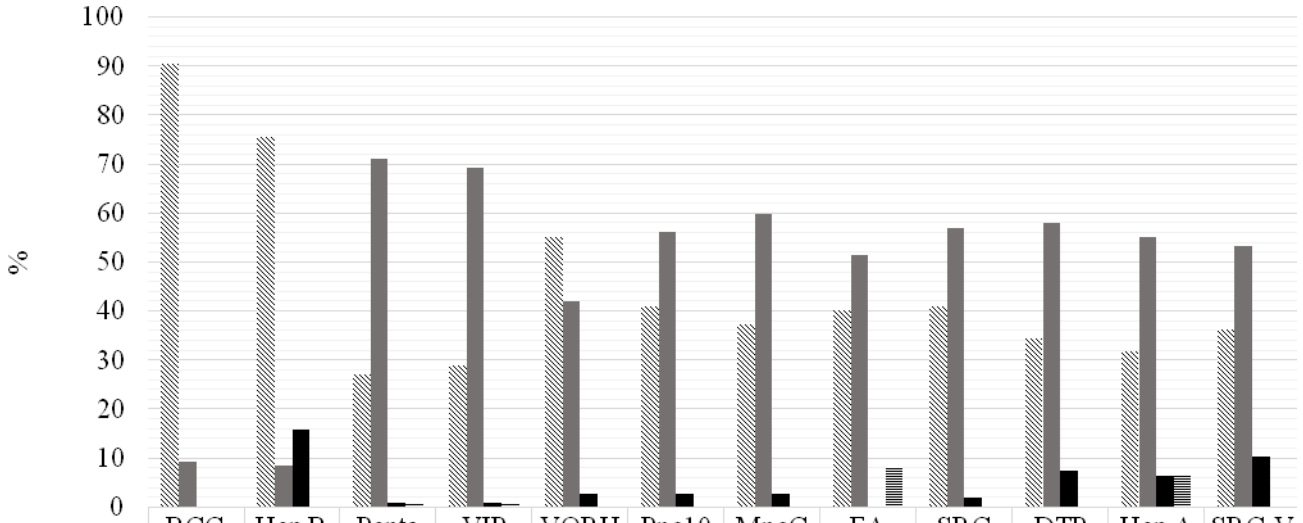
Vacinas e doses	CENTRO DE SAÚDE C-zr (n=10)		
	SITUAÇÃO VACINAL (f; %)		
	VED	VCA	NV
BCG	10 (100)	-	-
Hep B *	10 (100)	-	-
Penta			
1ª dose	8 (80)	2 (20)	-
2ª dose	**5 (50)**	5 (50)	-
3ª dose	1 (10)	8 (80)	1 (10)
VIP			
1ª dose	8 (80)	2 (20)	-
2ª dose	**5 (50)**	5 (50)	-
3ª dose	1 (10)	8 (80)	1 (10)
VOP	3 (30)	5 (50)	2 (20)
Pnc 10			
1ª dose	8 (80)	2 (20)	-
2ª dose	**5 (50)**	5 (50)	-
Reforço	4 (40)	6 (60)	-
Mnc C			
1ª dose	**5 (50)**	5 (50)	-
2ª dose	**5 (50)**	5 (50)	-
Reforço	4 (40)	6 (60)	-
VORH			
1ª dose	8 (80)	2 (20)	-
2ª dose	**5 (50)**	4 (40)	1 (10)
FA	7 (70)	**3 (30)**	-
DTP	3 (30)	5 (50)	2 (20)
Hep A	6 (60)	3 (30)	1 (10)
SRC	4 (40)	6 (60)	-
SRC-V	6 (60)	1 (10)	3 (30)

Nota: VED- vacinado em dia; VCA – vacinado com atraso; NV – não vacinado; Outro - idade inadequada ou bloqueio vacinal; *Hep B ao nascer

Todas as crianças receberam a vacina contra a febre amarela. Porém, 8,4% (9) realizaram apenas a vacinação de bloqueio, não recebendo a dose de rotina aos 9 meses de idade (gráfico 2). Entre os CSC analisados, apenas a zona rural do CSC C alcançou 100% de cobertura vacinal contra febre amarela (gráfico 1). Das 55 crianças identificadas como vacinadas com atraso para febre amarela, 6 (10,9%) receberam a vacina com idade igual ou superior a 12 meses de idade, 10 (18,2%) com 11 meses, 18 (32,7%) com 10 meses e, 21 crianças (38,2%) entre 9 meses e 15 dias e 10 meses.

Das 107 crianças participantes da pesquisa, 20 (18,7%) possuíam esquema vacinal incompleto para uma ou mais vacinas. O estudo aponta um aumento do percentual de vacinados com atraso, para todos os imunobiológicos, conforme o avanço da idade das crianças.

Em síntese, observa-se que as crianças do território Kanela II receberam em dia e com maior frequência (>75%) apenas as vacinas administradas ao nascer (BCG e a vacina contra a hepatite B). E, que além de crianças terem recebido vacinas com atraso, ainda há crianças que permanecem sem receber as vacinas (gráfico 2).



	BCG	Hep B	Penta	VIP	VORH	Pnc10	MncC	FA	SRC	DTP	Hep A	SRC-V
VED	90,7	75,7	27,1	29	55,1	41,1	37,4	40,2	41,1	34,6	31,8	36,4
VCA	9,3	8,4	71,1	69,2	42,1	56,1	59,8	51,4	57	57,9	55,2	53,3
NV		15,9	0,9	0,9	2,8	2,8	2,8		1,9	7,5	6,5	10,3
Outro			0,9	0,9				8,4			6,5	

Nota a: VED, vacinado em dia; VCA, vacinado com atraso; NV, não vacinado; Outro, idade inadequada ou bloqueio vacinal.
Nota b: considerou-se a última dose aplicada, esquema vacinal preconizado para idade 18 meses.
Nota c:
BCG – vacina contra bacilo de Calmette e Guérin (ao nascer)
Hep B – vacina hepatite B (ao nascer)
Penta - vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilusinfluenzae b* (conjugada); (3ª dose)
VIP - vacina inativada contra poliomielite; (3ª dose)
VORH - vacina oral de rotavírus humano; (2ª dose)
Pnc 10 – vacina pneumocóccica 10 valente; (1º ref.)
Mnc C – vacina meningocóccica C; (1º ref.)
FA – vacina contra febre amarela;
SRC – tríplice viral, vacina contra sarampo, caxumba, rubéola
DTP – tríplice bacteriana; vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis*
Hep A – vacina contra hepatite A
SRC-V – tetra viral, vacina contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela

Gráfico 2. Situação vacinal das crianças de 25 a 41 meses de idade, residentes no território Kanela II, Palmas-TO, 2018.

Os imunobiológicos com administração preconizada para 12 meses ou mais de idade tiveram percentual menor que 50% para vacinados em dia, variando entre 31,8% (34) na vacina contra hepatite A e 41,1% (44) na vacina tríplice viral e reforço da Pnc10 (gráfico 2). Nota-se que 7 (6,5%) crianças foram vacinadas contra hepatite A com idade inadequada (gráfico 2).

Quando questionados sobre os motivos que levaram ao atraso da vacinação das crianças, 72 (67,3%) responsáveis alegaram falta de insumos e/ou imunobiológicos, 53 (49,5%) afirmaram que as crianças estavam doentes, 44 (41,1%) esqueceram a data programada para

vacinação e, 17 (15,9%) citaram que o horário de trabalho dos cuidadores interfere na data da vacinação.

Nota-se ainda que 8 (7,5%) apontaram ocorrências como sala de vacinação fechadas e dificuldade de acesso aos CSC, 4 (3,8%) referiram dificuldades para comparecer aos CSC durante os horários de funcionamento e, 3 (2,8%) apontaram o agendamento como fator dificultador para vacinação. Entre os 107 entrevistados, um referiu ter resistência a prática da vacinação e dois apontaram a ocorrência de reação adversa pós-vacinação.

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou coberturas vacinais que variaram entre 84,1% (vacina hepatite B ao nascer) e 100% (vacina BCG) no Território de Saúde Kanela II. Quanto a cobertura vacinal por CSC, os resultados encontrados são menores, chegando a 70% de cobertura para tetra viral em crianças da zona rural do CSC C, 72,2% para hepatite A e febre amarela em crianças da zona urbana do CSC C. Mostrando heterogeneidade entre doses de vacinas e baixa cobertura vacinal conforme a recomendação do MS[14].

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) consolidou-se como uma das mais importantes intervenções em saúde pública do país, tendo como compromisso o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreviníveis[15]. Porém, existem desafios quanto ao alcance de altas coberturas das vacinas no território nacional e homogeneidade das coberturas de vacinas[14].

Entre as vacinas analisadas, apenas a BCG apresentou 100% de cobertura em todos os CSC, com resultado próximo a outros estudos nacionais[16,17]. Entretanto, a pesquisa exibiu crianças vacinadas para BCG com um atraso superior a 15 dias da data preconizada, assim como identificado em Maceió[18]. Em Palmas, as vacinas BCG e febre amarela são administradas nos CSC mediante agendamento, sendo a vacina BCG e a dose ao nascer da vacina contra hepatite b disponibilizadas também para administração de rotina na maternidade pública.

A identificação de crianças não vacinadas nesse estudo, reflete na existência de esquemas vacinais incompletos no momento da coleta de dados, como para a vacina hepatite b ao nascer (17;15,9%), tetra viral (11;10,3%), DTP (8;7,5%) e hepatite A (7; 6,5%). Sendo, os cuidadores das criança com esquema vacinal incompleto, foram orientados a se dirigirem ao CSC com o intuito de regularizar a situação vacinal da criança participante.

Embora os benefícios da vacinação serem constantemente enfatizados em campanhas do MS e estudos científicos, assim como no território Kanela II, pesquisas realizadas em municípios do Rio de Janeiro e da Bahia mostram que ainda é possível observar crianças susceptíveis a vários agravos, devido ao atraso no cumprimento do calendário vacinal[19,20].

A vacina contra hepatite B quando administrada precocemente, nas primeiras 24 horas de vida, tem o intuito de atuar na prevenção da transmissão vertical[21]. No entanto, foi possível observar crianças vacinadas com atraso (9; 8,4%) e crianças não vacinadas (17; 15,9%). Quadro este que pode estar associado com episódios de falta do imunobiológico[22,23] durante o ano de nascimento das crianças participantes. Ë importante ressaltar que a organização do serviço e a manutenção de técnicos qualificados e em quantidade suficiente para as salas de vacina também devem ser observados.

Os motivos para atraso exibidos neste estudo, também foram apresentados em pesquisa realizada em um município do interior da Bahia, no qual identificou-se atraso vacinal relacionado à negligência e/ou displicência dos pais, à horários de trabalho, e à falta de informação por parte de alguns profissionais de saúde, assim como falhas da Gestão e falta de vacinas[20].

Tendo em vista o ressurgimento de doenças infecciosas, é notável a importância do alcance e manutenção de altas coberturas de vacinação e de saneamento, juntamente a uma rede concreta de serviços de saúde e vigilância em saúde[24].

Sabe-se que coberturas vacinais heterogêneas propiciam a formação de bolsões de susceptíveis, contribuindo então para ocorrência de surtos e reintrodução de doenças[14]. Desse modo, se faz necessário enfatizar a importância das ações de vigilância de cobertura vacinal como monitoramento rápido de cobertura vacinal ou inquérito de cobertura vacinal[14], que permitem a identificação de áreas de risco e o resgate e vacinação de crianças não vacinadas.

Nos últimos anos ocorreram surtos de doenças imunopreviníveis em alguns estados brasileiros, como coqueluche em municípios do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro[25], caxumba em cidades da Bahia, Minas Gerais e São Paulo[26], febre amarela na região sudeste do país[27,28] e sarampo com surto proveniente de um genótipo do vírus (D8), importado da Venezuela, com mais de 10 mil casos registrados em Roraima e Amazonas[29].

A prevenção da coqueluche se dá principalmente por meio da vacina pentavalente, aos 2, 4 e 6 meses de vida, seguida pelo reforço com a vacina DTP aos 15 meses e aos 4 anos de idade[6]. Com o percentual de cobertura vacinal preconizado pelo MS como maior ou igual a 95%, os dados da pesquisa evidenciam uma cobertura vacinal inadequada para pentavalente apenas na zona rural do CSC C (90%), enquanto o 1º reforço da DTP não alcançou a cobertura preconizada nos CSC A (86,4%), CSC C-urb (88,9%) e CSC-zr (80%).

No que se refere a vacina contra febre amarela, apesar de todas as crianças participantes terem recebido no mínimo uma dose da vacina, 9 receberam a vacina somente em situações de bloqueio vacinal, não sendo administrado a dose de rotina. Entre os CSC analisados os

percentuais de cobertura foram de 72,2% para CSC C-urb, 94,7% CSC B e 95,5% CSC A, alcançando o percentual recomendado pelo MS (100%) apenas na zona rural do CSC C. Para o MS, a vacinação de 100% da população residente em áreas endêmicas, como o Tocantins, é considerada uma ação essencial para a prevenção da reurbanização da febre amarela[30].

A vacina tetra viral confere imunidade para sarampo, caxumba, rubéola e varicela, diferindo da vacina tríplice viral por fornecer proteção contra varicela. Análise das vacinas tríplice e tetra viral, mostram redução no percentual de vacinados em dia, e 11 crianças não vacinadas para tetra viral. A tríplice viral alcançou cobertura de 100% em 3 agrupamentos da pesquisa (CSC A, B e C-zr), enquanto a tetra viral apresentou cobertura variando entre 98,2% no CSC B e 70% na zona rural do CSC C.

Com relação a vacina contra poliomielite, o território kanela II expôs uma cobertura vacinal de 98,1%, exibindo percentual superior ao encontrado em inquérito domiciliar realizado na capital do Maranhão[16], e na capital do Paraná[31].

Para manter a certificação de erradicação da circulação do poliovírus selvagem nas Américas, são realizadas ações de vigilância e monitoramento dos casos de paralisia flácida aguda, vacinação de rotina e campanhas para a população infantil, sendo essencial a manutenção de coberturas vacinais altas e homogêneas[30].

No público-alvo do estudo a vacina contra o rotavírus humano apresentou cobertura vacinal elevada, alcançando a cobertura recomendada pelo MS em todos os CSC. Houve crianças vacinadas com atraso superior a 15 dias da data preconizada, diferentemente do registrado em Maceió, onde autores apontam a orientação quanto a idade limite para administração da vacina como possível explicação para vacinação em dia[18].

Vacinas como a VORH, Mnc C e Pnc 10 são responsáveis por evitar a ocorrência de um número significativo de óbito infantis, tendo em vista a proteção ofertada contra diarreias, meningites e pneumonias graves[32]. Estudos realizados em cidades de Minas Gerais[33] e no estado de Santa Catarina[34], apontam a redução do número de internações hospitalares por pneumonia como um impacto favorável da vacina Pnc 10.

Para as crianças residentes no Território Kanela II, observa-se o aumento do percentual de vacinados com atraso quando comparadas as doses de Mnc C e Pnc 10. É necessário destacar que o indivíduo só está protegido contra um patógeno, quando recebe todas as doses do esquema vacinal[7].

Quanto à vacina contra hepatite A, destaca-se o número de crianças vacinadas com idade inadequada (7; 6,5%). No ano de 2016 houve alteração no Calendário Nacional de Vacinação para a vacina Hepatite A, alterando a idade de administração de 12 meses para 15 meses. A

modificação do esquema vacinal pode contribuir para os números apresentados no estudo. E, cabe ao enfermeiro da equipe de saúde da família atuar no processo de educação permanente da equipe a fim de garantir uma assistência de qualidade à população, sendo também papel deste profissional a supervisão do trabalho desenvolvido na sala de vacina[7].

Destaca-se ainda que orientações importantes não foram realizadas no ato da vacinação. Entretanto, como limitação do estudo considera-se o longo tempo entre a dose administrada e a realização da entrevista, há o viés de memória.

Considerada uma atividade intrínseca da Atenção Básica, a vacinação é uma ação rotineira das equipes de saúde da família. Porém, ainda se observa uma necessidade de propiciar um ambiente no qual exista um maior envolvimento entre os membros das equipes de saúde, a fim de conquistar uma integração entre as ações de vacinação e as demais atividades da atenção básica e evitar a perda de oportunidade vacinal[35].

Constata-se entre as potencialidades da estratégia saúde da família o papel do ACS, que tem como atribuição a realização de visitas periódicas a residência da criança com o intuito de acompanhar o desenvolvimento infantil, verificando a situação vacinal do menor[36]. Atuando inclusive no fortalecimento de orientações sobre aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, considerando que o leite materno além de estimular o desenvolvimento do sistema imunológico da criança, propicia uma formação de vínculo afetivo entre mãe e filho e apresenta menores custos financeiros a família [37,38].

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa mostram a importância do acompanhamento e monitoramento da situação vacinal das crianças residentes no território de saúde Kanela II, assim como a busca ativa das crianças com atraso vacinal como medida prioritária das equipes de atenção primária.

A existência de crianças susceptíveis a doenças imunopreveníveis e, a resistência a administração de vacinas por responsáveis legais pelas crianças reforçam a necessidade de que profissionais de saúde façam de forma rotineira e oportuna a defesa quanto a importância da imunização passiva e as orientações no momento de administração das vacinas. Além disso, fortalece a necessidade tanto da implantação do monitoramento rápido de rotina da cobertura vacinal feito por equipes de saúde, a necessidade de realização de estudos nos demais territórios de Palmas, da formação de vínculos entre comunidade e CSC e a realização de ações de educação em saúde que busquem reforçar a importância da vacinação e sensibilizar os responsáveis para vacinação infantil conforme o esquema básico de vacinação.

REFERÊNCIAS

1. Abbas AK, Lichtman AH. Imunologia Básica: Funções e Distúrbios do Sistema Imunológico. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

2. Almeida MR, Achkar TCS, Silva LL, Maraschin MS, Ross C. Imunização na infância: uma revisão da literatura. Revista Thêma Et Scientia. 2015; 5(1):112-24.

3. França ISX, Simplício DN, Alves FP, Brito VRS. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB. RevBrasEnferm. 2009; 62(2): 258-64.

4. Organização Pan-Americana da Saúde. Grupo sobre Doenças Imunopreveníveis analisa ações a serem tomadas para manter eliminação do sarampo e rubéola nas Américas. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5459:grupo-tecnico-assessor-sobre-doencas-imunopreveniveis-analisa-acoes-a-serem-tomadas-para-manter-eliminacao-do-sarampo-e-rubeola-nas-americas&Itemid=820>. Acesso em:19, outubro 2017.

5. Brasil. Decreto n. 78231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei n° 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União 13 ago 1976; p. 10731.

6. Ministério da Saúde (BR). Calendário Nacional de Vacinação 2017. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/jpg/2018/janeiro/10/calendario-vacinal-2018.jpg>. Acesso em: 10 jan. 2019.

7. Ministério da Saúde (BR). Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

8. Ministério da Saúde (BR). Verificação da Situação Vacinal. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

9. Palmas. Relatório detalhado do quadrimestre anterior: RDQA 3º QUADRIMESTRE DE 2016., 2017. Disponível em: <http://www.palmas.to.gov.br/media/doc/arquivoservico/Relat%C3%B3rio_do_2%C2%BA_Quadrimestre_-_2016_final.pdf>. Acesso em: 02, nov 2017.

10. Palmas. Cobertura vacinal em menores de dois anos de idade, 2016 e 2017. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

11. Palmas. Portaria Institucional nº 518, de 28 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial da Prefeitura Municipal de Palmas 28 junho 2016.

12. Barbetta PA. Estatística Aplicada às Ciências Sociais. 5ª. ed. Florianópolis: Ufsc, 2002.

13. CEALAG. Inquérito de cobertura vacinal nas áreas urbanas das capitais brasileiras. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_cobertura_vacinal_urbanas.pdf>. Acesso em: 20 jan 2017.

14. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações (PNI): coberturas vacinais no Brasil período 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

15. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações (PNI):40 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

16. Yokokura AVCP, Silva AAM, Bernardes ACF, Lamy-Filho F, Alves MTSSB, Cabra NAL et al. Cobertura vacinal e fatoresassociados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, SãoLuís, Maranhão, Brasil, 2006. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(3): 522-34.

17. Cavalcante CCFS, Martins MCC, Araújo TME, Nunes BMVT, Moura MEB, Moita-Neto JM. Vacinas do esquema básico para o primeiro ano de vida em atraso em município donordeste brasileiro. J res fundam care online. 2015; 15(1): 31-7.

18. Carneiro SMV, Lessa SS, Guimarães JAL, Loepert MM, Silva DB. Cobertura vacinal real do esquema básico para o primeiro ano de vidanuma Unidade de Saúde da Família. Revbrasmedfam comunidade. 2012; 7(23): 100-7.

19. Silva DL, Silva JSLG. A evasão da criança à vacinação na estratégia saúde da família. Revista Pró-universus. 2012; 3(1): 05-12.

20. Pereira AM, Ivo OP. Causas do atraso do calendário vacinal em menores de dois anos. Revista Enfermagem Contemporânea. 2016; 5(2): 210-18.

21. Sociedade Brasileira de Pediatria. Vacina Contra Hepatite B. RevAssocMedBras 2006; 52(5): 281-91.

22. G1 Tocantins. Municípios do Tocantins enfrentam escassez de vacinas. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2015/10/municipios-do-tocantins-enfrentam-escassez-de-vacinas.html>. Acesso em: 27 jan 2019.

23. G1 Tocantins. Estado não recebe doses e faltam vacinas em municípios do TO. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2016/01/estado-nao-recebe-doses-e-faltam-vacinas-em-municipios-do.html>. Acesso em: 27 jan 2019.

24. Waldman EA, Sato APS.Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. Rev Saúde Pública. 2016; 50(68): 1-18.

25. Ministério da Saúde (BR). Situação epidemiológica da coqueluche, Brasil, 2015.Boletim Epidemiológico. 2016; 47(32): 1-8.

26. Belo Horizonte. Parotidite Infecciosa (Caxumba). Boletim da Vigilância em Saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal; 2018.

27. Ministério da Saúde (BR). Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018. Informe nº 36. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

28. São Paulo. Boletim epidemiológico febre amarela. 2019. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/famarela/fa19_boletim_epid_210119.pdf>. Acesso em: 22 jan 2019.

29. Ministério da Saúde (BR). Situação do Sarampo no Brasil – 2019.Informe nº 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

30. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância em saúde. 2.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

31. Luhm KR, Cardoso MRA, Waldman EA. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. RevSaude Publica. 2011; 45(1):90-8.

32. WHO, UNICEF, World Bank. *State of the world's vaccines and immunization*. 3ª ed. Geneva: World Health Organization, 2009.

33. Silva SR, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Impacto da vacina antipneumocócica 10-valente na redução de hospitalização por pneumonia adquirida na comunidade em crianças. Rev Paul Pediatr. 2016;34(4):418-24.

34. Vieira ILV, Kupek E. Impacto da vacina pneumocócica na redução das internações hospitalares por pneumonia em crianças menores de 5 anos, em Santa Catarina, 2006 a 2014*. Epidemiol. Serv. Saude. 2018; 27(4): 1-10.

35. Bahia. Manual de procedimento para vacinação**.** Salvador: Divep, 2011.

36. Brasil. Lei n. 13.595, de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União 18 abr 2018; p. 3.

37. Passanha A, Cervato-Mancuso NA, Silva MEMP. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2010; 20(2):351-60.

38. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

ARAÚJO, André Felipe Lopes Silva Aires**.** 2019. **A Violência doméstica e familiar despercebida na atenção básica em saúde: dados de uma capital brasileira**; Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Coletiva) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2019. [Não disponível nesta versão do Acervo].

HIV/Aids na Gestação: Avaliação dos Tipos de Parto em Gestantes Assistidas no Município de Palmas, Tocantins

HIV/Aids in Pregnancy: Evaluation of the Types of Childbirth in Assisted Pregnant Women in Palmas – TO

Adiléia Fernandes Barros da Silva Santos[1]

Lúcia Helena Almeida Gratão[2]

[1]Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/FESP. Instituto Vinte de Maio. Quadra 405 Sul. Av. LO 09 Lt 11 s/n – Plano Diretor Sul. Palmas, TO, Brasil. CEP: 77015-611. e-mail: adileiafernandesbarros@gmail.com

[2]Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte, Brasil. CEP: 30130-090. e-mail: luciagratao@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Estudar a prevalência dos tipos de partos e aspectos epidemiológicos de gestantes vivendo com HIV/Aids, assistidas pelo núcleo de Serviço de Assistência Especializada no Município de Palmas – TO no período entre 2000 a 2018.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, com descrição e análise de dados sociodemográficos e clínicos de gestantes vivendo com HIV/Aids. Foram utilizados dados secundários de prontuários físicos e eletrônicos de todas as gestantes atendidas entre os anos de 2000 a 2018 no SPA/HIV de Palmas – TO. Para a caracterização da amostra utilizou-se os testes de normalidade Shapiro-Wilk. Para comparação de proporções entre o tipo de parto e as demais variáveis aplicou-se o teste de associação qui-quadrado (x^2).

Resultados: Das 171 gestações analisadas, 63,2% residiam no município de Palmas, 93% possuíam escolaridade até o ensino médio completo. 60,8% auto declararam de cor parda e 24% de cor negra. 56,1% eram casadas ou estavam em união estável. Dentre as características clínicas, houve diferença significativa entre o tipo de parto e o uso de antirretroviral (p=0,006), o tipo de parto e o desfecho do parto (p=0,005) e entre o tipo de parto e a realização de profilaxia no parto (p=0,029).

Conclusão: A prevalência dos tipos de partos foi em sua quase totalidade por cesárea. Vê-se o estudo como potencialidade visto que o recorte temporal contempla o início da oferta do serviço no município até os dias atuais.

Palavras-chave: HIV; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Gestantes; Parto.

Abstract

Objective: To study the prevalence of types and epidemiological aspects of pregnant women living with HIV/Aids, assisted by the Specialized Assistance Service in the city of Palmas - TO in the period between 2000 and 2018.

Methods: This is a cross-sectional study, with description and analysis of sociodemographic and clinical data of pregnant women living with HIV/Aids. Secondary data from physical and electronic medical records of all pregnant women seen between 2000 and 2018 at the SPA / HIV in Palmas - TO were used. To characterize the sample used in the Shapiro-Wilk normality tests. To compare proportions between the type of partition and the other variables applicable to the association test in the square (x^2).

Results: Of the 171 pregnancies analyzed, 63.2% lived in the city of Palmas, 93% had schooling up to high school. 60.8% declared the car to be brown and 24% black. 56.1% were married or in a stable relationship. Among the clinical characteristics, there was a significant difference between the type of delivery and use of antiretroviral ($p = 0.006$), the type of delivery and the outcome of the delivery ($p = 0.005$) and the type of delivery and the performance of prophylaxis during delivery ($p = 0.029$).

Conclusion: The prevalence of the types of parties was almost caused by cesarean section. See the potentiality study seen or the temporal return to the beginning of the service offer in the municipality to the present day.

Keywords: HIV; Acquired immunodeficiency syndrome; Pregnant women; I am leaving.

Introdução

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que pode causar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) que conduz o indivíduo infectado a uma depressão do sistema imunológico, tendo como alvo principal os linfócitos T com receptores CD4[1]. A transmissão se dá pelo contato com sangue ou fluídos orgânicos de pessoas infectadas, por meio de relação sexual, transmissão vertical (TV) e compartilhamento ou acidente com materiais perfurocortantes[2].

No Brasil, os primeiros casos de Aids ocorreram no início da década de 1980 resultando, rapidamente, em uma epidemia[3]. Atualmente, em caráter pandêmico, representa um problema de saúde pública, necessitando envolvimento político e social para o enfrentamento da infecção[4]. Esta que outrora era mais presente em indivíduos do sexo masculino atingiu também mulheres com idade entre 20 e 34 anos, favorecendo o aumento dos riscos associados à TV do HIV[5].

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids no período de 2000 a junho de 2017, registrou-se 673.634 casos, dos quais 108.134 foram de gestantes infectadas pelo vírus. Verificou-se ainda que 39,1% dessas gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%) (BRASIL, 2017)[6.]

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) pretendendo a redução dos riscos da infecção via TV do HIV, pelo guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV, preconiza um conjunto de medidas a serem realizadas no pré-natal, parto e puerpério de mulheres infectadas que visam à redução da taxa de transmissão para menos de 2% quando implementadas em sua totalidade[7].

As medidas indicadas pelo MS foram a testagem anti-HIV no pré-natal, o uso de

antirretrovirais (ARV) como profilaxia durante o período gestacional e no parto, a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea infantil, a realização de cesariana para as mulheres com carga viral elevada ou desconhecida, bem como o uso de ARV pelo Recém-Nascido (RN) e de medicação para prevenção de pneumonia nos primeiros meses de vida, são ações importantes na prevenção e na redução da TV[8].

Propõe-se que essas medidas avancem na qualidade da assistência ao pré-natal e ao nascimento, bem como na detecção e tratamento precoce. Ademais, essas medidas visam garantir a proteção materno-infantil, por meio do acesso e da execução dos direitos reprodutivos dessas mulheres[6,9], com assistência integral na Atenção Primária à Saúde (APS), e especialmente no núcleo de Serviço de Assistência Especializada.

Os avanços da obstetrícia contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo, e assim tem alcançado mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, com uma maior ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. São avanços que tem como objetivo tornar o parto mais seguro, evitando intervenções desnecessárias, como a cesariana, a episiotomia, o uso de ocitocina, aspiração naso-faringeana, entre outras.[6]

Nessa lógica, é importante que haja inclusão da mulher em todo o processo, e informá-la sobre os seus direitos e possíveis escolhas é um fator de proteção para a gestante e para o bebê[10]. Segundo Nascimento *et al.*,[11] o parto normal é uma preferência de muitas mulheres, sendo justificado pelo fato de ser um processo natural, de recuperação mais rápida, possibilitando melhor locomoção e realização dos cuidados com o bebê.

Em termos de segurança e melhor recuperação para as gestantes, e por ser mais prático e vantajoso, o parto normal é recomendado pelas políticas de saúde, sendo a cirurgia cesariana indicada somente em casos em que o parto normal ofereça riscos à parturiente e

seu filho[12].

Nesse sentido, as mulheres infectadas, com carga viral desconhecida ou maior que 1000 cópias/mL após 34 semanas de gestação recebem indicação para a cesariana eletiva, visando à redução do risco de TV[13].

Assim, gestantes em uso de ARV, com carga viral igual ou inferior a 1000 cópias/mL ou com supressão da carga viral, podem optar pelo parto normal, sem riscos de infecção para o bebê[14]. Consequentemente, o parto normal dessas mulheres deve ser monitorado cuidadosamente com a utilização do partograma, devendo-se evitar alguns procedimentos como a episiotomia e toques repetidos[15].

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo estudar a prevalência dos tipos de partos e aspectos epidemiológicos de gestantes vivendo com HIV/Aids, assistidas pelo núcleo de Serviço de Assistência Especializada no Município de Palmas - TO.

Métodos

Cenário do estudo

O estudo foi conduzido em Palmas, capital do estado Tocantins, localizada na região norte do Brasil, em um serviço público de referência para atendimento a pessoas vivendo com HIV (SPA/HIV). O SPA/HIV é integrante da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde, gerido pela equipe da Atenção Secundária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, com funcionamento desde 2000. Neste serviço há atendimento de pessoas que residem em Palmas (TO) ou em municípios vizinhos da região central do estado, denominada “Capim Dourado”, que estabeleceram parceria com a Prefeitura Municipal da capital.

O projeto para realização deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT) sob o n° 1.618.415.

Delineamento e população do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com descrição e análise de dados sociodemográficos e clínicos de gestantes atendidas entre os anos de 2000 a 2018 no SPA/HIV. Com a finalidade de avaliar todos os casos atendidos pelo serviço, foi realizada a identificação de cada gestação.

Para obtenção dos dados foram utilizados prontuários físicos do SPA/HIV e eletrônicos (E-SUS) e as bases de dados secundários do Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). Foram excluídos os prontuários de gestantes que não possuíam o tipo de parto, não tiveram filhos após o diagnóstico de infecção pelo HIV ou tiveram aborto antes da realização do parto.

As variáveis sociodemográficas foram compostas por: idade, município de residência, escolaridade, cor autodeclarada, estado civil e paridade. As variáveis clínicas relacionadas a gestação foram: momento do diagnóstico da infecção pelo HIV, idade no diagnóstico da infecção materna, carga viral inicial e final, uso de profilaxia durante a gestação ou trabalho de parto e parto, desfecho do parto e via de parto.

Foram verificados no SINAN e no SISCEL informações divergentes ou faltantes nos prontuários referentes à notificação, uso de profilaxia durante a gestação ou trabalho de parto e parto e realização de exames de Carga Viral.

Análise dos dados

Para a caracterização da amostra foram utilizados os testes de normalidade Shapiro-Wilk. Foram obtidas as frequências das variáveis categóricas de interesse expressas em

tabelas. Para comparação de proporções entre o tipo de parto e as demais variáveis do estudo, aplicou-se o teste de associação qui-quadrado (X^2). O nível de significância utilizado foi de 5%.

A construção do banco de dados foi realizada com auxílio Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos), e as análises dos dados foram processadas no programa SPSS 15.0 (SPSS Inc., Estados Unidos).

Resultados

Foram identificadas e analisadas, através de prontuários físicos e eletrônicos de 171 gestações, de mulheres vivendo com HIV atendidas no SPA/HIV.

A distribuição das variáveis sociodemográficas (Tabela 1), indica que 63,2% das gestantes residiam no município de Palmas, 93% possuíam escolaridade até o ensino médio completo, 60,8% auto declararam ser de cor parda e 24% de cor negra. Quanto ao estado civil, 56,1% das gestantes eram casadas ou estavam em união estável.

Dentre as variáveis clínicas, 56,1% das mulheres tiveram o diagnóstico da infecção antes do pré-natal e 39,8% durante o pré-natal. 96% tiveram até duas gestações após o serem diagnosticadas com a infecção. E quanto ao desfecho do parto, 97,1% tiveram os seus filhos nascidos vivos, com e iniciaram a profilaxia antes do pré-natal (93%).

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas e clínicas de gestantes vivendo com HIV atendidas pelo Serviço de Assistência Especializada de Palmas, Tocantins, 2000-2018.

(n=171)	**FA (n)**	**FR (%)**
Município de residência		
Palmas	108	63,2

Outros	61	35,7
SI	2	1,2
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,6
EF incompleto	55	32,2
EF completo	24	14,0
EM incompleto	24	14,0
EM completo	55	32,2
ES Incompleto	7	4,1
ES completo	5	2,9
Cor autodeclarada		
Branca	26	15,2
Negra	41	24,0
Parda	104	60,8
Estado civil		
Casada	58	33,9
Solteira	71	41,5
União estável	38	22,2
Viúva	2	1,2
SI	2	1,2
Diagnóstico da infecção pelo HIV		
Antes do Pré-natal	96	56,1
Durante o pré-natal	68	39,8
Parto	6	3,5
SI	1	0,6
Número de gestações após diagnóstico HIV		
Até 2 filhos	164	95,9
≥ 3 filhos	7	4,1
Média (Sd)	1,31 (0,567)	
Desfecho do parto		
Nascido vivo	166	97,1

Natimorto	4	2,3
SI	1	0,6
Uso de Antirretroviral		
Antes do Pré-natal	159	93,0
Durante o pré-natal	2	1,2
Parto	4	2,3
SI	6	3,5

A tabela 2 descreve as variáveis numéricas do estudo, na qual observa-se idade mediana de diagnóstico da infecção de 25 anos, apresentando diminuição da mediana de paridade antes e após o diagnóstico, 3 e 1 filhos por mulher, respectivamente. Também houve redução da mediana de carga viral final em relação a inicial, 1368 e 0, respectivamente.

Tabela 2. Descrição de características clínicas de gestantes vivendo com HIV atendidas pelo Serviço de Assistência Especializada de Palmas, Tocantins, 2000-2018.

	N	**Mediana (min; max)**
Idade de diagnóstico da infecção materna	130	25 (13; 46)
Paridade após diagnóstico de HIV	130	1 (1; 3)
Paridade materna antes do diagnóstico	130	3 (1; 12)
Carga viral inicial	140	1368 (0; 1.162.569)
Carga viral final	140	0 (0; 90.498)

A tabela 3, descreve a diferença das características clinicas e sociodemográficas em relação ao tipo de parto de mulheres infectadas pelo HIV. Observa-se que 94,4% e 85,7% das mulheres iniciaram o tratamento antirretroviral antes do pré-natal tiveram parto cesárea e normal, respectivamente. Todas as que iniciaram a terapia após o parto realizaram parto cesárea (p=0,006).

Nota-se diferença significativa entre o tipo de parto e o desfecho do parto (p=0,005), ressalta-se que 10,7% dos bebês que nasceram de parto normal foram considerados natimortos. O teste também mostrou diferença entre o tipo de parto e a realização da profilaxia no parto (p=0,029), no qual, 46,4% das mulheres que tiveram parto normal não realizaram profilaxia no parto.

Tabela 3. Características sociodemográficas e clínicas de gestantes vivendo com HIV, segundo o tipo de parto. Palmas, Tocantins, 2000 - 2018. (N=171)

	Tipo de parto				
	Cesárea		**Normal/ Natural**		X^2
	FA (n)	**FR (%)**	**FA (n)**	**FR (%)**	
Município					
Palmas	94	65,7	14	50,0	
Outros municípios	47	32,9	14	50,0	0,198
SI	2	1,4	0	0,0	
Cor					
Branca	21	14,7	5	17,9	
Negra	31	21,7	10	35,7	0,200
Parda	91	63,6	13	46,4	
Nível de instrução					
Analfabeto	0	0,0	1	3,6	0,225

EF incompleto	44	30,8	11	39,3	
EF completo	20	14,0	4	14,3	
EM incompleto	19	13,3	5	17,9	
EM completo	50	35,0	5	17,9	
ES Incompleto	6	4,2	1	3,6	
ES completo	4	2,8	1	3,6	
Estado civil					
Casada	49	34,3	9	32,1	
União estável	32	22,4	12	42,9	
Solteira	59	41,3	6	21,4	0,718
Viuva	1	0,7	1	3,6	
SI	2	1,4	0	0,0	
Diagnóstico da infecção pelo HIV					
Antes do Pré-natal	81	56,6	15	53,6	
Durante o pré-natal	55	38,5	13	46,4	0,618
Parto	6	4,2	0	0,0	
SI	1	0,7	0	0,0	
Uso de antirretroviral					
Antes do Pré-natal	135	94,4	24	85,7	
Durante o pré-natal	0	0,0	2	7,1	**0,006***
Após o parto	4	2,8	0	0,0	
SI	4	2,8	2	7,1	
Desfecho do parto					
Nascido vivo	141	98,6	25	89,3	
Natimorto	1	0,7	3	10,7	**0,005***
SI	1	0,7	0	0,0	
Profilaxia no parto					
Sim	103	72,0	3	10,7	
Não	7	4,9	13	46,4	**0,029***
SI	33	23,1	12	42,9	

*p<0,05

Discussão

Verificou-se que a maioria (66%) foram de gestantes residentes no município de Palmas. Isso poderia ser explicado, pelo fato de que essas mulheres estão inseridas no local onde o serviço é ofertado, facilitando o acesso ao serviço especializado. Por outro lado, as gestantes de outros municípios enfrentam várias dificuldades para fazerem uso do mesmo serviço, como por exemplo, questões financeiras, a distância, a dependência de transportes municipais e dificuldades geográficas de acesso. Ainda assim 32,9% dessas mulheres realizaram cesarianas.

A variável escolaridade tem sido apontada por vários pesquisadores como um importante indicador da situação socioeconômica. Pode-se observar neste estudo que as gestantes possuem baixa escolaridade, visto que 32,2% concluiram o ensino médio e apenas 7% está cursando ou cursou o ensino superior.

Silva *et al.*,[8] discorrem que a pauperização da epidemia deve-se ao aumento na proporção da infecção pelo HIV entre os indivíduos com baixo nível de escolaridade. Ao avaliar a evolução temporal dos casos de Aids por grau de escolaridade, de 1989 a 1996, Fonseca *et al.*[16] registraram que o nível de instrução expõe diferenças entre os indivíduos tanto em termos de acesso à informação quanto da possibilidade de se beneficarem de novos conhecimentos.

Em relação à cor, a maioria são pardas e negras (84,8%). Formuladores de políticas públicas e estudiosos das desigualdades étnico-raciais no Brasil apontam que há maiores níveis de vulnerabilidade econônica e social nas populações negras, pardas e indígenas. A população parda ou negra são a maioria no Brasil (55,8%) e, em maior proporção, abaixo da linha de pobreza, habitam domicílios com piores condições de moradia e com menos acesso a bens e serviços comparado à população de cor branca[17].

Quanto ao estado civil das gestantes como fator influenciador na escolha do tipo de parto, Guimarães *et al*.[18] analizaram os nascimentos de acordo com os tipos de parto e perceberam que os partos normais são mais frequentes entre as mais jovens, solteiras, de alta escolaridade (77%) contrastando aos partos normais de mulheres casadas (23%). Diferentemente deste estudo, os resultados apresentaram 41,5% dos partos por cesárea foram realizados em mulheres solteiras. A participação do companheiro da mulher, desde o pré-natal, pode ser considerado efetivo no processo de parturição, tanto nos fatores relacionadas ao empoderamento, à segurança, satisfação, quanto no processo de formação de vínculo e representatividade de laçoes de família[19].

Analisando a variável diagnóstico da infecção pelo vírus HIV com o tipo de parto, percebe-se associação significativa, visto que 38,5% das mulheres que realizaram parto por cesárea foram diagnosticas durante o pré-natal. Acredita-se que se essas mulheres tivessem sido diagnosticadas antes do pré-natal poderiam ter maior acesso ou possibilidade de realizarem parto normal.

Pesquisa realizada no sul do Brasil demonstrou que quase 70% das gestantes foram diagnosticas durante o pré-natal. Nesse tocante, constituem-se barreira para a prevenção da TV. O início tardio do pré-natal, após o primeiro trimestre da gestação, bem como o número reduzido de consultas pré-natais podem interferir na escolha da via de parto pelo obstetra e equipe de saúde[20].

Independente dos sintomas e queixas é importante que os profissionais da saúde executem ações de planejamento familiar e ofereçam testagem para HIV para todos os usuários sexualmente ativos, no intuito de diagnosticar precocemente a infecção, já que o diagnóstico no início da infecção possibilita melhor controle[21]. Ao analisar o tipo de parto de mulheres que fizeram uso de ARV antes do pré-natal, verificou-se que 94,4% realizaram

partos por cesárea e 85,7% realizaram parto normal. De acordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana, do Ministério da Saúde, a taxa de cesariana no Brasil situa-se em torno de 56%, com diferença entre os serviços públicos (40%) e privados (85%). O documento enfatiza que a cesariana não é recomendada para a prevenção de TV, em gestantes que estão em terapia antirretroviral ARV com carga viral menor que 50 cópias/mL ou mulheres que fazem uso de profilaxia antirretroviral com carga viral menor que 400 cópias/mL[22].

A cesariana foi sugerida com uma intervenção para evitar a TV do HIV em locais de alta renda, onde existem treinamento e recursos para realizar partos por cesárea com segurança. A essa decisão de oferecer parto por cesárea para mulheres vivendo com HIV deve ser considerado uma série de riscos potenciais, além de benefícios para o binômio mãe e filho[23].

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde ressalta que em muitos contextos com alta prevalência de HIV, mulheres que precisam de cesarianas não têm acesso ao procedimento, especialmente em áreas rurais[24], o que pode-se justificar o fato deste estudo apresentar 85,7% de partos normais em gestantes em uso de ARV antes do pré-natal.

Uma revisão sistemática, conduzida em 2017, concluíram que embora a cesariana eletiva possa reduzir a TV, a sua indicação para todas as mulheres que vivem com HIV, pode não ser apropriada, visto que apresenta riscos que podem ser potencializados em decorrência de um sistema imunológico deprimido, principalmente em mulheres com acesso limitado a uma assistência obstétrica de qualidade[24].

Além disso, o sofrimento e o medo influenciam na decisão da via de parto, e entende-se que há uma cultura que se solidificou sobre o estereótipo da dor do parto[25]. Para que ocorra uma redução no percentual de partos por cesárea é fundamental desconstruir

essa ideia de sofrimento e risco durante o parto para mulheres que estejam em condições adequadas para realização de parto normal/natural.

Observa-se que houve associação significativa entre o tipo de parto e o desfecho do parto, visto que 10,7% dos bebês que nasceram de parto normal nasceram mortos.

Além dos vários fatores relacionados ao produto do parto, a adesão ao tratamento antirretroviral permite a redução da carga viral a níveis indetectáveis e contribui para a diminuição da morbimortalidade pelo HIV/Aids[26] de mãe e filho. Não podemos afirmar que estas gestantes não aderiram ao tratamento, porém em achados na literatura a adesão é multifatorial, sendo incluídos vários aspectos, tais como: sociais, físicos, psicológicos, comportamentais e culturais que precisam ser estudados, pois implica no fortalecimento do vínculo e o autocuidado[27].

O estudo revelou também associação significativa entre o tipo de parto e a profilaxia no parto. 72% das mulheres que realizaram partos por cesárea fizeram profilaxia ARV no parto. A prática da profilaxia durante o trabalho de parto se justificado pela maior exposição do bebê ao sangue materno, sendo muito importante na prevenção de até 90% dos casos de TV[23].

A caracterização dos aspectos epidemiológicos deste estudo assemelha-se a outros estudos realizados no Brasil, os quais revelam penúria, estigmatização e descriminação. Acredita-se que uma parcela considerável dessas mulheres poderia optar pelo parto normal, se fossem empoderadas e tivessem seus direitos respeitados[24].

Nesse contexto, as mulheres vivendo com HIV são muito mais vulneráveis à violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos[24]. Como parte dos direitos humanos, os direitos reprodutivos objetivam a liberdade dos indivíduos sem a discriminação, ameaça, risco, violência ou coerção oriundas da reprodução. A mulher deveria poder decidir

quando, como e com quem deseja ter os seus filhos. Para isso, as políticas de saúde devem ser seguidas, e deve-se intensificar ações de promoção e proteção quanto à maternidade desse público alvo[9].

A prevalência dos tipos de partos observada neste estudo foi em sua quase totalidade por cesárea. Ressalta-se a importância dos serviços de saúde tratar com equidade as gestantes, desde pré-natal até o puerpério, orientando-as quanto ao seu estado de saúde, bem como dos seus direitos reprodutivos, no intuito de que sejam mulheres empoderadas para a escolha do seu tipo de parto.

Este estudo apresenta como limitação, ter obtido os dados de fontes secundárias de informação, que podem apresentar falhas de preenchimento e ausência de informações. No entanto vê-se como potencialidade o recorte temporal que contempla desde o início da oferta do serviço no município até os dias atuais.

Referências

1. Silva CD, Júnior CAOM, Inada JF. Psicologia Social, Representações Sociais e AIDS. Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas. v. 18, n. 4, 2018.
2. Silva SR, Sousa KAA, Costa GDS, Sousa ACDO, Goiano PDDOL, Costa EDS. Assistência a gestante portadora do vírus da imunodeficiência humana. UNINGÁ Rev [Internet] v. 30, n. 3, 2017. [Acesso em 17 fev 2020].Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/2026.
3. Celedônio LP, Andrade LS. Aids na terceira idade: Sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/Aids. Serviço Social e Saúde, v. 1 3, n. 1. p. 47-60; 2014.
4. Panarra BAC, Teixeira E, Palmeira IP, Rodrigues ILA, Ferreira AMR. Victims and guilty: social representations on women living with HIV. Revista Cuidarte, 8(3), 1887-1898; 2017.
5. Lima SDS, Silva LCS, Santos MV, Martins JP, De Oliveira MC, Brasileiro ME. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. Ciência & Saúde, v. 10, n. 1, p. 56-61; 2017.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV / aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV – Aids 2017. Brasília: MS, 62 p; 2017 [Acesso em: 13 out. 2018]. Disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do

HIV/Aids e das Hepatites Virais. Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV. Brasília: MS, 40 p, 2018. [Acesso em: 19 fev 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_eliminacao_transmissao_vertical_hiv.pdf

8. Silva CMD, Alves RDS, Santos TSD, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAPD. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. Revista brasileira de enfermagem, v. 71, p. 568-576, 2018.
9. Lopes AMDA, Andrade DAD. O direito fundamental à maternidade da mulher gestante soropositiva/the right of maternity of hiv-seropositive woman. Revista Direito e Liberdade, v. 19, n. 1, p. 13-33; 2017.
10. Silva SPC, Prates RDCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 1-9; 2014.
11. Nascimento RRP, Arantes SL, De Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, p. 119-126; 2015.
12. Vicente AC, Lima AKBDS, Lima CBD. Parto Cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. Temas em Saúde, v. 17, n. 4, p. 24 - 35. ISSN 2447-2131; 2017.
13. Oliveira KWKD, Oliveira SKD, Barranco ABS, Hoffmann T, Duarte CS, Nazário RF, Marcon CEM, Schuelter-Trevisol F. Mother-to-child transmission of HIV in the Southern Region of Santa Catarina, from 2005 to 2015: analysis of risk factors to

seroconversion in newborns. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, n. 3, p. 461-469; 2018.

14. Ministério da Saúde (Brasil), Direção Nacional de Saúde, Programa de Luta contra as Doenças de Transmissão Sexual, incluindo o HIV/Sida, 2017. Protocolo de Terapêutica Antirretroviral. Brasília: Ministério da Saúde e da Segurança Social, 82 p; 2017 [Acesso em: 26 out 2018]. Disponível em http://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2018-05/Cape%20Verde_Nat%20Guidelines%20ART_2017%20pr.pdf
15. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, 240 p; 2014. [Acesso em: 29 out 2018]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e.
16. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 16 (supl 1):77-87; 2000.
17. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE*, Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil, Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica n.41; 2019, 12p [Acesso em: 20 Dez 2019]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.
18. Guimarães RM, Silva RLPD, Dutra VGP, Andrade PG, Pereira ACR, Jomar RT, Freire RP. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 17, n. 3, p. 571-580; 2017.

19. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PDS, Pinheiro A. KB, Lopes LG, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto.Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, n. 2; 2018.
20. Brito GKV, Silva ECF, Fernandes MVC, Gadelha EPN. Pré-natal: conhecimento das gestantes sobre a importância do teste anti-HIV no município de Itacoatiara/AM. Enfermagem Brasil, v. 16, n. 3, p. 147-153; 2017.
21. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília. 412 p; 2018. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Acesso em: 16 fev 2020. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos.
22. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ciência, Tecnologia e insumos estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendação. Brasília: MS; 2015. PP. 101 [Acesso em: 16 fev 2020] Disponível em:http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf.
23. Bick MA, Ferreira T, Sampaio CDO, Padoin SMDM, Paul CCD. Profile of infected pregnant women and children exposed to HIV at a specialized service in the South of Brazil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, n. 4, p. 791-801; 2018.
24. Organização Mundial da Saúde - OMS, Guia Consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV. Organização Mundial da Saúde, 2017 [Acesso em: 16 fev 2020]. Disponível em:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/pt/.

25. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves ADC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. Escola Anna Nery, v. 22, n. 1; 2018.
26. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJÍ. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1075-1084; 2015.
27. Gameiro ERDC. A adesão ao tratamento antirretroviral durante a gestação e após o parto em mulheres acompanhadas no hospital geral de Nova Iguaçu [Dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, 46 p; 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA DE SAÚDE DE PALMAS
SISTEMA INTEGRADO SAÚDE ESCOLA DO SUS
FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS
PLANO INTEGRADO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

Um olhar sobre a promoção da saúde bucal do adolescente escolar

Palmas/TO

2018

Um olhar sobre a promoção da saúde bucal do adolescente escolar

Ana Paula Barbosa de Brito[1]Jaciela Leopoldino[2]

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas[1]Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas[2]
anabarbosa_pmb@hotmail.com

RESUMO

Identificar como promover a saúde do escolar adolescente nos territórios de saúde. Estudo qualitativo, realizado com adolescentes com idades de 12 a 16 anos de uma escola pública. Os dados foram coletados em grupos focais, entrevistas e observação e analisados na técnica de análise do discurso.Os depoimentos revelaram que os adolescentes sentem necessidade de ações voltadas em específico para eles, ações com rotina, com maior envolvimento da escola e com temas e linguagem mais simples.Necessidade de ações voltadas para o público adolescente, oportunizando mais protagonismo dos sujeitos, gerando mais autocuidado. Considera-se também a necessidade de realização de mais pesquisas sobre este tema.

Palavras-Chave: Saúde Bucal, Promoção de Saúde, Programa Saúde na Escola.

Abstract

Identify how to promote adolescent school health in health territories. A qualitative study with adolescents aged 12 to 16 years, with adolescents from a public school. The data were collected from focus groups, interviews, and observation, beinganalyzed by using the discourse analysis technique. The testimonies revealed that adolescents feel the need for specific actions for them, routine actions, greater involvement of the school, and simpler themes and language. The need for more actions aimed at the adolescent public, providing more protagonism of the subjects, generating more self-care. It is also considered the need for more research on this topic.

Keywords: Oral Health, Health promotion, Health at School Program.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é um conceito ampliado, sendo considerado um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, sendo ela individual ou coletiva, em parceria e articulação intra e inter-setorial, buscando sempre a articulação com as redes de proteção e também com o controle social[1].

Segundo Brasil[2] para se ter a promoção da saúde tem que se considerar a autonomia e as singularidades dos sujeitos, respeitando as diferenças das coletividades e dos territórios. Levando a temática da promoção da saúde para o ciclo de vida do adolescente, este deve ser visto de acordo com as suas singularidades[2].

Sendo a adolescência é um período de transformação no aspecto biopsicossocial, ocorrendo mudanças corporais intensas, geralmente vindo em conjunto com questionamentos e conflitos em relação à auto-percepção, estendendo-se muitas vezes as relações famíliares[3].

Na nossa sociedade a adolescência e juventude são associadas a noção de crise, desordem e irresponsabilidade, sendo considerada um problema que deve ser resolvido, por meio da atenção. Esta vulnerabilidade em particular se associa a problemas como: gravidez de risco, contrair o HIV, uso de drogas ilícitas, morte por violência. Entretanto estes por sua vez acabam tendo poucas ações de promoção a saúde voltadas diretamente para este público específico. Tendo mais atenção à saúde reprodutiva. Mas esse ciclo de vida tem demonstrado suas vulnerabilidades frente a diferentes formas de violência e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente por causas externas[4].

Na área da saúde os adolescentes são vistos como problema, mas devem ser vistos como solução, sendo que durante seu desenvolvimento os setores de saúde devem ter um olhar para suas necessidades e demandas quanto a promoção de sua saúde, possibilitando que passem para a fase adulta com integralidade, evitando agravos a sua saúde que, muitas vezes, podem serirreversíveis[5].

Entretanto, colocar essas ações em prática pelos profissionais de saúde, não é uma tarefa simples, pois o público adolescente não vai cotidianamente as unidades de saúde, como os demais ciclos de vida. Se tornando um desafio para Estratégia de Saúde da Família vincular os adolescentes às ações propostas. Dessa forma é importante que este setor busque alternativas para criar praticas integrais efetivas de cuidado à saúde para os adolescentes, criando estratégias em locais que sejam do cotidiano de vida do adolescente, incluindo à escola[6].

Segundo Gomes e Horta[7], a escola é um lugar facilitador para promover políticas voltadas a este público, pois constitui-se um espaço para o desenvolvimento crítico e político, que contribui na formação desse ser e para sua inserção na sociedade e no cuidado a saúde. A Estratégia de Saúde da Família deve atuar em conjunto com a escola, com vistas a fortalecer as políticas de saúde, de modo que se possa criar um território, uma comunidade e uma escola mais saudável.

Nesse sentido, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído em 2007 pelo Decreto presidencial n° 6.286, fruto do esforço do governo federal em construir políticas inter-setoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.[8] O Programa tem como objetivos promover a saúde, prevenir agravos à saúde do adolescente escolar e reforçar a cultura de paz[9], buscando fortalecer assim o vínculo entre profissionais da educação e profissionais da saúde, para melhoria nas ações de promoção de saúde.

No ano de 2017 no município de Palmas-To, foram aderidas ao Programa de Saúde na Escola 70 escolas, sendo que 95 equipes de saúde pactuadas, alcançando 100% de adesão ao programa. No território de saúde Krahô, observasse-se a atuação do Centro de Saúde da Comunidade Valéria Martins na Escola Municipal Antônio Carlos Jobim, onde as equipes de saúde bucal realizam ações do programa, visando a promoção da saúde bucal dos alunos.

Vendo a promoção de saúde como algo essencial para se ter saúde em uma sociedade, assim como relata Kusma et. al·[10] a promoção de saúde é vista como uma estratégia para a reformulação de práticas sanitárias, sendo um ponto de partida para enfrentar desafios, buscando a melhoria da saúde da população.

Esta pesquisa tem como objeto identificar como promover a saúde do escolar adolescente no território de saúde Krahô em Palmas-To.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo[11], a abordagem qualitativa se adapta melhor em investigações de grupos, delimitados e focalizados. A abordagem qualitativa comina na construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Esse método se caracteriza por proporcionar compreensão em profundidade do contexto do problema. Método indutivo que procura entender por que o indivíduo age, pensa ou sente.

O estudo foi desenvolvido no município de Palmas, em uma Escola Pública Municipal, localizada no território Krahô, no período de abril a novembro de 2017. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica do grupo focal, tendo como referência um roteiro semi-estruturado. Os participantes da pesquisa foram 10 escolares adolescentes, com idades entre 12 e 16 anos. Que foram previamente escolhidos pelos professores e coordenadores da Escola para participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram os estudantes estarem matriculados há mais de 2 anos na Escola, que estivessem nas idades de 12 a 16 anos e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e após o consentimento dos pais ou responsáveis por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo previamente a autorização da Escola para realização da pesquisa.

Após a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisas da Ulbra e aprovação da Plataforma Brasil. Para a pesquisa os adolescentes receberam a nomenclatura de (A1, A2.... A10). Para captação dos relatos foram utilizados dois gravadores, além do roteiro de registro, tendo o encontro a duração de 1 hora e 30 minutos. Segundo Silva e Fossá[9]para realizar a análise das entrevistas, deve ser feito em primeiro a transcrição, em seguida a pré-análise dos temas, codificação, recorte do material, estabelecimento de categorias, agrupamento das unidades de registro, agrupamento progressivo das categorias, inferência e interpretação.

Segundo Campos[12] o processo de codificação permite o agrupamento posterior em subcategorias ou categorias. Sendo este definido como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação e por último um reagrupamento segundo o gênero.

Resultados e Discussão

Do grupo focal realizado se originaram 5 categorias que demonstram a percepção dos adolescentes quanto às ações de promoção de saúde bucal que são realizadas no ambiente escolar. São estas a categorias originadas: Percepção dos adolescentes sobre ações de promoção de saúde bucal, o papel da escola nas ações de promoção da saúde bucal, o serviço de saúde no desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal, autocuidado da saúde bucal, compreensão sobre a relação saúde bucal e saúde geral.

Percepção dos adolescentes sobre ações de promoção de saúde bucal.

O Programa Saúde na Escola se divide em três componentes, sendo que o segundo componente se refere a ações de promoção da saúde, contendo ações obrigatórias e optativas. São elas: Promoção da segurança alimentar e da alimentação saudável, promoção da cultura de paz e de direitos humanos, promoção da saúde mental no território escolar, saúde e prevenção nas escolas (direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/aids), saúde e prevenção nas escolas (prevenção ao uso do álcool, tabaco, crack e outras drogas), promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (optativa), promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável (optativa), prevenção das violências e dos acidentes (optativa).[13]

Não contendo ações que visem a educação sobre saúde bucal, apenas avaliações das condições bucais. As falas dos adolescentes A2, A7 e A3 evidenciam esta condição:

"Quando vem o dentista eles nunca chegam até o nono ano, só ficam nos menores". Ah! Eles chamam a gente fora. Eles olham a boca da gente e pronto..." (A2) "Acompanhar mais o aluno, tipo dar mais atenção pra gente.
Podia ser uma vez por mês..."(A7).

"Não. Só mandam a gente escovar e pronto. Orientação pra gente comprar a escova macia, essas coisas..." (A3)

Os relatos dos sujeitos sobre o desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal retratam que estas ainda são insuficientes para gerar o cuidado integral e longitudinal, visto que as práticas desenvolvidas não estimulam o protagonismo.

É importante estimular os adolescentes para que sejam o sujeito ativo do seu auto cuidado, isso só é possível através da implementação de medidas de educação em saúde que visem à prevenção de agravos[14].

Neste contexto, evidencia-se a necessidade de inclusão dessas ações no segundo componente do Programa Saúde na Escola, para que a promoção da saúde bucal seja feita de forma integral e efetiva.

Segundo como afirma Brasil[15] a promoção de saúde bucal em escolas tem como objetivo desenvolver estilos de vida saudáveis e estimular a prática do auto cuidado. Buscar uma abordagem de forma integrada que desenvolva ações de saúde na escola com interesse no aspecto educacional e em articulação com a saúde podem interferir nos fatores de risco comuns e contribuir para melhoria de saúde bucal dos estudantes.

O papel da escola nas ações de promoção da saúde bucal.

As falas a seguir denotam a percepção dos adolescentes sobre a relação de parceria entre a saúde e a educação quanto a execução das ações de promoção de saúde bucal no âmbito escolar:

"Do nada. E falam que vai ter palestra. Aí a gente vai assistir..."(A3)

"Acho que falta assistência por parte da escola ao palestrante, não as pessoas que dão, mas a escola. Parece que não estão nem aí pra quem vai para a palestra, vai quem quer..."(A4)

"A gente não tem muita informação sobre a palestra..."(A6)

"Chega na hora da aula, na aula de português..."(A5)

Evidenciou-se a falta de trabalho inter setorial entre escola e saúde. O que dificulta a organização das ações no ambiente escolar. Assim como foi dito por Couto, et. al.[16]só se tem o alcance da promoção de saúde se tiver articulação com as ações da educação, mudando a idéia de que a educação só está associada à escola, e a saúde está apenas relacionada com serviços de saúde, devendo superar práticas isoladas, para realizar um trabalho integrado.

A escola é um importante local para encontro entre saúde e educação, podendo se desenvolver amplas possibilidades de iniciativas e ações[17].

Este processo implica na construção de uma responsabilidade compartilhada principalmente por parte das iniciativas promoção saúde bucal.

Segundo Costa et. al.[18]para que ocorra promoção de saúde efetiva tem que se ter uma estratégia de articulação, transversal, integrada, inter e intra setorial, buscando reduzir a vulnerabilidade, respeitando as diferenças entre necessidades, territórios e culturas, defendendo sempre a equidade, incorporando a participação e o controle social.

O serviço de saúde no desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal.

Os relatos a seguir evidenciam a percepção dos adolescentes sobre o papel da equipe de saúde bucal nas ações realizadas na escola:

"Na verdade tem muitas doenças que a gente nem sabe. Tem várias doenças bucais que a gente nem percebe... E a gente não sabe assim sobre esse assunto, nunca foi falado. Só fala sobre cárie..."(A4)

"Que eles dessem mais atenção. Ninguém mais se importa com a gente só com os pequenos. Esses dias eles vieram e só foram nos pequenos..."(A3)

Evidencia-se nos relatos a necessidade de abertura para participação dos sujeitos quanto a essas ações, buscando empoderar o adolescente quanto ao cuidado da sua saúde bucal, sempre tendo a escola como um lugar de apoio.

Assim para a efetividade da promoção integral da saúde do adolescente a equipe de saúde bucal deve estar integrada à rede de cuidados do adolescente e em espaços de convivência cultural, social e educacionais do território.[19]

A fala a seguir reporta a necessidade do profissional de saúde ter uma visão longitudinal em relação ao adolescente, para que se possa construir em conjunto as ações de promoção de saúde bucal:

"Devia falar sobre como evitar essas doenças a gente nem sabe. Ei professora uma coisa que eu queria falar é sobre essas doenças e como a gente evita ela. Porque na verdade eu nem sei como se tem o câncer ou uma afta. Eu nem sei se é por alguma comida e por alguma coisa que se come. Eu tenho muita dúvida sobre isso..."(A1)

Neste contexto evidencia-se o que foi dito por Filgueira et.al.[20]que nesta fase apresentam um aumento de doenças bucais, em particular em adolescentes mais vulneráveis socioeconomicamente. Sendo estes problemas cada vez mais reconhecidos como tendo impactos negativos no desempenho de atividades diárias e conseqüentemente na qualidade de vida do adolescente. Isto porque estes problemas

podem levar à dor de dente, dificuldade de mastigação, dificuldade na pronúncia de palavras e insatisfação facial. Que embora não sejam em sua maioria fatais, podem levar a morbidade e impacto na qualidade de vida dos indivíduos.

Também segundo o Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal[21]deve-se ter mais ações voltadas a outros problemas mais comuns dessa fase, pois os adolescentes não só apresentam cárie, mas um aumento da doença periodontal, evidenciando alta incidência de gengivites, surgindo uma patologia própria dessa fase a Periodontite Juvenil e Localizada ou Generalizada. Outro tema importante a ser abordado são os traumas que tem um aumento evidente nessa fase da vida.

Evidencia-se a necessidade de uma abordagem longitudinal por parte dos profissionais de saúde, objetivando o estímulo a participação dos sujeitos. Buscando temas mais abrangentes de educação em saúde bucal, voltados para suas vulnerabilidades e queixas, além de uma linguagem de fácil entendimento para os adolescentes.

Autocuidado da saúde bucal.

As falas a seguir denotam a percepção dos adolescentes sobre o autocuidado quanto a sua saúde bucal:

*"*Uai eu escovo os dentes quando levanto, depois das refeições também. Porque quem usa aparelho a higiene é em dobro, antes e depois. Eu limpo tudo. Vou no dentista, escovo todos os dias..."(A1)

"Como eu uso móvel né. Aí tem que lavar com sabonete..."(A2)

Percebe-se que ações de promoção de saúde bucal tem um grande papel no protagonismo do sujeito. Segundo afirma Brasil[22]quando as ações são realizadas de forma integrada, geram o auto cuidado dos sujeitos envolvidos, colaborando para o estímulo da responsabilidade do adolescente com sua saúde.·

Este deve ser estabelecido através de uma relação horizontal entre adolescentes e profissionais de saúde, permitindo uma nova abordagem na atenção a saúde, gerando a idéia de protagonismo juvenil. Conferindo ao adolescente um papel de protagonista no processo de saúde pessoal e coletiva.[23]

No contexto os relatos revelam a preocupação dos sujeitos com a sua saúde bucal. Este cuidado pode ser estimulado pela equipe de saúde bucal através de ações

dinâmicas, criativas e de linguagem fácil. Deve-se buscar a participação e integração do adolescente, para que este vire o protagonista do seu cuidado.

Compreensão sobre a relação saúde bucal e saúde geral.

As falas a seguir evidenciam a percepção dos adolescentes sobre a relação saúde bucal e geral:

"Lógico se machucar a boca afeta o corpo todo. Se tem alguma doença na boca afeta o corpo todo. Da mesma forma que a gente fica doente afeta o corpo todo"..."Ah! No caso se desse alguma coisa. Vamos dizer que tem alguma coisa no dente que doí muito. Não vou conseguir comer porque meu dente vai ficar doendo. Então vou ficar com fome isso afeta meu corpo..."(A1)

Neste sentido, os relatos remetem a necessidade de trabalhar a saúde bucal. Pois tanto a saúde bucal interfere na geral, quanto vice e versa. Assim como relata Barroso et. Al[24],que diz que 40% das endocardite bacteriana que ocorrem no Brasil, tem como só uma causa desencadeante as bactérias de origem por processos infecciosos dentários, que podem progredir para a mortalidade.

Isso também evidencia-se por Silveira et. al.[25]que relata que essas e outras condições podem vir a gerar impacto negativo sobre o autoestima, alterações estéticas e limitações funcionais. Isto pode ser causado pela interação de fatores biológicos, socioculturais, econômicos e educacionais.

A relação entre manifestações de má condição de saúde bucal e determinantes sociais é um tema relevante a se considerar[26]. Compreendeu-se através das falas que para promoção de saúde bucal para o público adolescente de forma efetiva, deve-se ter mais ações voltadas para eles, sendo estas ações realizadas com rotina, sempre em conjunto, saúde e educação.

Estas ações devem abranger mais temas sobre saúde bucal, não se deixando ficar somente na rotina de escovação supervisionada. Buscando o protagonismo do adolescente nessas ações de forma que a relação entre o adolescente e profissional de saúde seja de forma horizontal. Assim essas ações gerariam impacto positivo na saúde bucal deste público, que deve ser empoderado para promover seu autocuidado e estimulado a ser um sujeito multiplicador de mudanças sociais.

Considerações Finais

Retomando o objetivo do presente estudo que foi identificar como promover a saúde do escolar adolescente nos territórios de saúde, é possível afirmar que os resultados contribuíram para a reflexão desta temática, mas ainda tem-se necessidade de aprofundamento sobre o tema e melhoria nas práticas de promoção de saúde bucal com o público adolescente.

Destaca-se ainda a necessidade de melhorar o diálogo entre educação e saúde, objetivando construírem um vínculo maior entre os dois serviços, gerando uma melhor estruturação das ações realizadas, aumentando a contribuição e parceria entre os profissionais da educação e saúde.

Também vislumbramos a necessidade de aumentar a rotina das ações de promoção de saúde, saindo do campo das ações pontuais, modificando a abordagem e a linguagem para maior entendimento e participação dos sujeitos nas ações.

Outro aspecto evidenciado foi os temas a serem abordados, que devem buscar abranger as necessidades e vulnerabilidades dos adolescentes de forma mais efetiva.

Ressaltando que esta pesquisa foi feita em uma única escola, mas com adolescentes representantes de outros territórios de saúde. Estabelecendo que esta possa ter uma maior abrangência das necessidades dos adolescentes.

Recomenda-se novas pesquisas sobre a perspectiva de promoção de saúde bucal dos adolescentes, para maior aprofundamento do tema.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, MS; 2014.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.** Brasília: MS; 36 p. 2015.

3. LEITE, C. T, MACHADO M. F. A. S, VIEIRA, R. P, MARINHO, M. N. A. S.**Educação em saúde: Percepção de Docentes em Relação às Ações no Programa Saúde na Escola (PSE**). Convibra. 2013.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes**. Brasília: MS; 2005.

5. SILVA, A. R. S. et al.**Políticas Públicas na Promoção á Saúde do Adolescente Escolar: Concepção dos Gestores**. Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem. (37)268-285. 2015.

6. SANTOS, A. A. G. et al. **Sentidos Atribuídos por Profissionais à Promoção de Saúde do Adolescente**. Ciência & Saúde Coletiva. 17(5).1275-1284. 2012.

7. GOMES, M. C. HORTA, N. C. **Promoção de Saúde do Adolescente em Âmbito Escolar**. Revista APS.13 (4) 486-499. 2009.

8. Brasil. Ministérios da Saúde e Educação. **Passo a Passo do Programa Saúde na Escola (PSE*)***. Secretaria de Atenção à Saúde: departamento de Atenção Básica. Brasília, DF. 2011.

9. KUSMA, S. Z, MOYSÉS, S. T, MOYSÉS, S. J. **Promoção da Saúde: Perspectivas Avaliativas para a Saúde Bucal na Atenção Primária em Saúde**. Caderno de Saúde Pública. (28)9-19. 2012.

10. MINAYO, M. C. S. (Org.).**O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 4 ed. 2014

11. SILVA, A. H. e FOSSÁ, M.I. **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos.** Qualitas Revista Eletrônica. 17(1).1677-4280. 2010.

12. CAMPOS, C. J. G. **Método de Análise de Conteúdo: Ferramenta para a Análise de Dados Qualitativos no Campo da Saúde**. Revista Brasileira Enfermagem. 57(5):611-4. 2014.

13. BRASIL, Ministério da saúde e Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: MS.2015.

14. SANTIAGO, L. M. et al. **Implementação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: Atuação de Equipe da Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem. 65 (2).1026-1028. 2012.

15. BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Caderno de Temáticos do PSE: Promoção de Saúde Bucal**. Brasília: MS. 2016.

16. COUTO, A. N. et. al. **O Ambiente Escolar e as Ações de Promoção da Saúde**. Cinergis. 17(4Supl.1):378-383. 2016.

17. CASEMIRO, J. P. et. al. **Promover Saúde na Escola: Reflexões a Partir de uma Revisão sobre Saúde Escolar na América Latina.** Ciência & Saúde Coletiva. 19(3):829-840. 2014.

18. COSTA, G. M. C. **Promoção de saúde nas Escolas na Perspectiva de Professores do Ensino Fundamental**. Revista Eletrônica Enfermagem. 15(2):506-15. 2013.

19. COSTA, A. C. P. J. et al. **Protagonismo de Adolescentes na Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Acta Paul Enferm. 28(5):482-7. 2015.

20. FILGUEIRA, et. al. **Saúde Bucal de Adolescentes Escolares**. HOLOS. 32(1). 2016.

21. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal**. Brasília: MS. 2017.

22. BRASIL, Ministério da Saúde. **Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica**. Brasília: MS. 2017.

23. SOUSA, et al. **Saberes e Práticas de Adolescentes sobre Saúde: Implicações para o Estilo de Vida e Cuidado de Si**. Revista de Enfermagem. 18(3). 2014.

24. BARROSO, M. G. **Endocardite Bacteriana: DA Boca ao Coração**.Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina. (2).47-57. 2014.

25. SILVEIRA M.F, MARTINS A.M.E.B.L, NETO PES, OLIVEIRA P.E.A, ALMEIDA J.C, FREIRE R.S et al.**Adolescentes: Uso de Serviços Odontológicos, Hábitos e Comportamentos Relacionados à Saúde e Autopercepção das Condições de Saúde Bucal**. UNIMONTES CIENTÍFICA. P.170-185.2012.

26. GABARDO, M. C. L. et. al. **Autopercepção de Saúde Bucal Conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e Fatores Associados: Revisão Sistemática**. Revista Panam Salud Publica.33(6). 2013.

A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE PALMAS/TO SOBRE OS SERVIÇOS DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE ZOONOSES

Bruna Herênio Fernandes[1]
Ana Carolina Rodrigues Vale e Almeida[2]

RESUMO

A forma com que as informações sobre as ações no âmbito da saúde prestadas pelo poder público são desenvolvidas e propagadas na população é uma questão que sempre gera discussões, e no que se refere aos CCZ (Centro de Controle de Zoonoses), instituição responsável pelas atividades voltadas ao controle de zoonoses a nível municipal, há escassez de trabalhos que mostrem esta realidade. Considerando-se a importância e o impacto que as zoonoses têm na saúde pública, o presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise da percepção da população de Palmas/TO sobre as atividades desenvolvidas por este órgão através da aplicação de questionários aos moradores do município. Os questionários foram submetidos à análise estatística onde foi possível identificar que a população do muncípio não conhece inteiramente todos os serviços da unidade.

Palavras-chave: Percepção. População. Zoonoses.

ABSTRACT

The way in which information about health actions provided by the public authorities is developed and disseminated among the population is an issue that always generates discussions, and with regard to the CCZ (Zoonosis Control Center), the institution responsible for the activities focused on the control of zoonosis at the municipal level, there is a shortage of works that show this reality. Considering the importance and the impact that zoonosis have on public health, the present work aims to analyze the perception of the population of Palmas/TO on the activities developed by this body through the application of questionnaires to the residents of the municipality. The questionnaires were submitted to statistical analysis where it was possible to identify that the population of the municipality does not fully know all the services of the unit.

Keywords: Perception. Population. Zoonosis.

[1] Nome da autora, médica veterinária residente em saúde coletiva na Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP. E-mail: brunaherenio@gmail.com
[2] Nome da orientadora, M.ª médica veterinária, tutora da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP. E-mail: acrva@bol.com.br

1. Introdução

O Brasil ocupa a 4ª posição mundial no número de animais domésticos, contando com uma população de 132 milhões de gatos, cães, aves e outros (IBGE, 2013). Embora o convívio com animais de estimação resulte em benefícios para a saúde humana, esta relação quando em desequilíbrio também pode gerar vários problemas em função do envolvimento dos animais na cadeia de transmissão de algumas doenças (NECULQUEO, 2004).

As zoonoses (do grego Zoon, animal) são doenças transmissíveis entre os animais e os humanos (W.H.O., 1997). Cerca de 60% dos patógenos humanos são zoonóticos e 75% das doenças emergentes e reemergentes são de origem animal, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde). Além disso, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, definida pela portaria do Ministério da Saúde Nº 204 (BRASIL, 2016), conta com 20 zoonoses dentre as 48 doenças e agravos de notificação compulsória.

O CCZ (Centro de Controle de Zoonoses), ou UVCZ (Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses), como é chamado no município de Palmas/TO, é um órgão governamental encarregado das ações de controle de zoonoses no nível municipal, portanto, possuem um leque grande de ações e atividades (COSTA, 2015). Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007), o município tem o papel de definir quais das ações e atividades são prioritárias e como será a execução das mesmas.

De acordo com os dados mais recentes do Ministério da Saúde, 45,32% da população do Brasil é coberta pelos serviços de CCZ. No entanto, nota-se que a distribuição é desigual em todo o país, inclusive com diferenças entre os estados da mesma região. Os menores percentuais de cobertura são das regiões Sul, Norte e Nordeste do país, contando com 26,32%, 37,53% e 38,02%, respectivamente, de população atendida. Já as regiões Centro Oeste e o Sudeste apresentam mais de 50% de sua população coberta pelos serviços de CCZ. Com relação as diferenças entre os estados da mesma região, temos como exemplo o Sudeste, sendo que em Minas Gerais possui cerca de 32% da população coberta pelos serviços, enquanto que em São Paulo o índice é de quase 70% (FRAGA, 2012).

Hoje os CCZs desenvolvem atividades de vigilância e controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores. Essas atividades se dão através do manejo das seguintes populações animais:

- vetores (*Aedes aegypti*, flebótomos, culex e simulídeos), responsáveis pela transmissão de doenças entre seres humanos ou de animais para humanos, como dengue, zyka e febre amarela.
- reservatórios e hospedeiros (cães, gatos, primatas não-humanos), responsáveis por alojarem em seus organismos agentes etiológicos de determinadas doenças sendo indispensáveis para a perpetuação do agente no ambiente, como a leishmaniose e raiva.
- fauna sinantrópica (roedores, baratas, pulgas, pombos e morcegos), animais que se adaptaram ao estilo de vida das pessoas e convivem com elas, mas não em harmonia, causando incomodo e até mesmo podendo transmitir algumas doenças, como leptospirose e criptococose.
- animais peçonhentos (escorpiões, aranhas, cobras, abelhas), animais capazes de inocularem substancias tóxicas que são produzidas em glândulas especializadas podendo levar à morte em casos extremos.

Todo o serviço envolve uma rede hierarquizada de atividades, onde além da vigilância, também se preconiza ações de educação em saúde (REICHMANN, 2000). No entanto, a Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2014), ligada ao Ministério da Saúde, reconhece que as ações de educação em saúde e mobilização social para as zoonoses ainda são pouco difundidas e praticadas na realidade dos CCZ's mesmo que tenha previsto tal atuação para o órgão.

Há escassez de trabalhos de educação em saúde com a comunidade sobre controle de zoonoses de uma forma geral e sobre a promoção do bem-estar animal (PFUETZENREITER, 2010), o que consequentemente, torna importante e indispensá- vel o desenvolvimento de atividades que ajudem na conscientização da população no que diz respeito às questões relacionadas à saúde pública (SALCI et al, 2013).

Considerando-se a importância das ações realizadas pelos CCZ's e a carência de trabalhos educativos sobre suas atividades, esse trabalho tem como objetivo ana- lisar a percepção da população de Palmas/TO sobre os serviços prestados por esta instituição a fim de se quantificar quais deles estão sendo mais e menos visados e utilizados e, conseqüentemente, se

tornar uma ferramenta de base para futuras intervenções junto à comunidade com difusão da informação sobre serviços de saúde contribuindo assim para o seu acesso.

2. Materiais e Métodos

O presente trabalho, realizado no período de dezembro de 2019 a março de 2020, é classificado como um estudo quantitativo, observacional, analítico e ecológico, por meio de levantamento/survey através da aplicação de questionários estruturados semi-abertos contendo 8 perguntas (Anexo I) aplicadas aos moradores de Palmas, Tocantins.

A amostra foi calculada a partir do tamanho da população do município no ano de 2018, verificada no site do IBGE, que correspondia a 291.855 habitantes (IBGE, 2018). Através do cálculo amostral, considerando o nível de confiança de 95% e margem de erro de 7%, gerou-se uma amostra de 196 indivíduos a serem requisitados a participar da pesquisa mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

Foram utilizados para quantificação e análise de dados o programa Microsoft Excel, onde foi possível quantificar o número de vezes que um serviço do CCZ foi citado pelos participantes, gerando valores percentuais para cada um deles.

O presente estudo foi avaliado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – TO e após sua aprovação, seguiu para apreciação, análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do CEULP/ULBRA, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3. Resultados e Discussão

Após a tabulação e análise das respostas coletadas dos 196 questionários aplicados, foi possível obter os resultados mostrados nas tabelas a seguir com as devidas discussões:

Tabela 1: Distribuição das variáveis segundo faixa etária, sexo, escolaridade e localidade de residência

FAIXA ETÁRIA	N. ABSOLUTO	%
18-20 anos	5	2.5
21-30 anos	86	43,9
31-40 anos	66	33,7
41-50	30	15,3
Mais de 51	9	4,6
SEXO	**N. ABSOLUTO**	**%**
Feminino	95	48
Masculino	101	52
ESCOLARIDADE	**N. ABSOLUTO**	**%**
Ensino Fundamental Completo	5	2,5
Ensino Médio Completo	35	17,9
Ensino Superior Incompleto	53	27
Ensino Superior Completo	65	32,2
Pós-Graduação	38	19,4
LOCALIDADE DA RESIDÊNCIA	**N. ABSOLUTO**	**%**
Região Norte	52	26,5
Região Centro-Sul	110	56,1
Região Sul	34	17,4

3.1 Faixa etária, sexo, escolaridade e local de residência

A tabela 1 mostra as variáveis da amostra populacional pesquisada. Nota-se que a maioria dos participantes tinham idade entre 21 a 40 anos e bem equilibrada entre os sexos. A escolaridade ficou concentrada no ensino superior completo e incompleto, podendo ser resultado da realidade da maioria residente da região centro- sul de Palmas, que abrange todo o Plano Diretor Sul até a quadras 1500 sul, região mais desenvolvida do município e consequentemente possuindo melhor condição monetária e melhor oportunidade de estudos.

Tabela 2: Percepção dos participantes sobre o CCZ de Palmas/TO, segundo “o que é?”, “onde fica?” e “conhece os serviços?”

PERGUNTAS	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Você sabe o que é CCZ?	182	92.8	14	7.2
Você sabe onde fica o	112	57,1	84	42,9
Você conhece os serviços	182	92,8	14	7,2

3.2 Percepção geral sobre o CCZ

A tabela 2 mostra as respostas das perguntas fechadas do questionário. Um total de 92,8% dos participantes responderam que sabem o que é CCZ, resultado diferente de um estudo realizado por COSTA (2015) em Mossoró-RN, por exemplo, onde 57% dos participantes disseram desconhecer a instituição.

Com relação a segunda pergunta, onde 57,1% respondeu não saber onde fica o CCZ, mostra que pouco mais da metade dos participantes nunca foi à unidade e consequentemente nunca usufruiu dos serviços que são realizados somente in loco, como a castração de cães e gatos e o exame canino para leishmaniose.

Quanto a terceira pergunta, onde 92,8% respondeu que conhece os serviços realizados pelo CCZ nos mostra que, em confronto com o resultado da segunda pergunta, uma parte dessa porcentagem apenas possui a informação sobre os serviços mesmo nunca tendo ido à unidade pelo fato de terem respondido não saber onde fica o CCZ. Ademais, o resultado desta pergunta foi o oposto encontrado no estudo já citado, onde somente 4% da população respondeu conhecer os serviços do CCZ (COSTA, 2015).

Tabela 3: Distribuição dos serviços do CCZ citados nos questionários

SERVIÇOS	N. ABSOLUTO	%
Castração de cães e gatos	86	43,9
Eutanásia de cães	47	24
Recolhimento de animais (carrocinha)	47	24
Vacinação antirrábica	38	19,4
Exame de Leishmaniose	20	10,2
Doação de animais	2	1
Controle de Leishmaniose canina	3	1,5
Vigilância de vetores	5	2,5
Controle químico de vetores (fumacê)	6	3
Visita domiciliar do ACE	6	3
Vigilância de animais peçonhentos	4	2
Coleta de animais peçonhentos	3	1,5
Controle de animais sinantrópicos	8	4
Educação em saúde	2	1
Vigilância epidemiológica	4	2
Nenhum	14	7,1

3.3 Serviços do CCZ percebidos pela população

Na tabela 3, pode-se observar que o carro-chefe da unidade são alguns dos serviços do setor de reservatório, tendo a castração, eutanásia, recolhimento de animais, vacina antirrábica e exame para leishmaniose como os serviços mais conhecidos pelos participantes.

3.3.1 Castração

O serviço gratuito de controle populacional de animais domésticos (cães e gatos) foi citado em 43,9% dos questionários, o oposto ao encontrado no estudo de COSTA (2015) onde apenas 1% da população pesquisada tinha conhecimento sobre este serviço. A tramitação de todo o processo para se conseguir uma castração na UVCZ de Palmas se dá somente via internet, onde consequentemente pessoas que possuam internet tenham acesso facilitado a este serviço, realidade constatada pela condição socio-econômica de onde a maioria dos participantes da pesquisa reside.

3.3.2 Eutanásia

Quanto a eutanásia, alguns participantes citaram o serviço como se fosse realizado em qualquer circunstância e para qualquer animal que esteja doente, o que não é a realidade da UVCZ de Palmas, onde a eutanásia é executada apenas para animais positivos pra leishmaniose, com anestésicos, sem nenhum tipo de sofrimento e somente na presença de um veterinário. Essa questão, inclusive, necessita de melhor elucidação para com a população, pois percebe-se que ainda faz parte do imaginário das pessoas que a instituição realiza eutanásia de forma desumananizada, o que infelizmente contribui para construção de uma imagem ilegítima sobre a unidade.

3.3.3 Recolhimento de animais

Com relação ao recolhimento de animais, mais comumente citado como “car- rocinha”, com 24%, bem como a eutanásia, também se faz necessário informar melhor sobre este serviço, que é realizado sob critérios pré-determinados: somente animais positivos pra leishmaniose e animais que representem ameaça aos moradores da região em que se encontram, como cães de rua agressivos que tenham mordido alguém. Este resultado foi compatível com os achados em outro estudo, onde 20% da população alegou conhecer o serviço. Esse resultado equipara-se ao encontrado por FRAGA (2012), onde constatou que a maioria da população associa muito o serviço de controle de zoonoses ao recolhimento de animais errantes.

3.3.4 Vacinação antirrábica

Sobre o serviço de vacinação antirrábica, as repostas foram satisfatórias, visto que não houve nenhum participante que tenha citado vacinação de qualquer outro agravo, todos foram direcionados à raiva, única vacina com a qual a UVCZ trabalha. Ademais, as campanhas de vacinação antirrábica também foram citadas.

3.3.5 Exames para leishmaniose

Os exames de leishmaniose para cães, realizados na UVCZ, foram citados em apenas 10,2% dos questionários. Este resultado mostra a necessidade de maior divulgação deste serviço, essencial no controle da zoonose onde Palmas mostra-se endêmica, tanto em casos caninos

como em casos humanos. Os exames são realizados in loco, quando o proprietário leva seu animal à unidade para coleta de sangue para o teste rápido, realizado em 15 minutos, que caso se apresente positivo, segue-se para o teste confirmatório em laboratório. Infelizmente, nem todos têm fácil acesso à unidade para levar seu animal e realizar o teste, tanto devido à distância como devido a falta de transporte que caiba o animal.

3.3.6 Controle da leishmaniose canina

Como ações de vigilância e controle da leishmaniose canina, a UVCZ realiza o Inquérito Sorológico Censitário, onde todas as localidades/bairros com transmissão de casos humanos autóctones de leishmaniose visceral (LV) são contempladas; e a Vigilância Canina, onde todas as localidades/bairros sem transmissão de casos humanos autóctones de LV são contempladas para rotina de vigilância sobre o reservatório canino sendo estabelecida a meta de fazer o exame em 50% dos cães dessas localidades. Durante essas atividades de visita domiciliar, para a realização das coletas de amostras sanguíneas caninas, os ACEs promovem orientação sobre o agravo abordando assuntos como manejo ambiental - remoção de matéria orgânica e medidas profiláticas tanto para o cão quanto para humanos. Esta atividade foi citada apenas em 1% dos questionários onde foi resumida a “controle da leishmaniose canina”, expressão que foi utilizada pelos participantes para nomear o serviço.

3.3.7 Doação de animais

Há muito abandono de animais na UVCZ de Palmas, animais sadios, por mui- tas vezes, filhotes. Esse animais, após passarem pelo exame de leishmaniose com resultado negativo, serem vacinados contra raiva e serem agendados para futura castra- ção, são colocados para adoção. Apenas 1,5% dos participantes citaram este serviço, mostrando necessidade de maior divulgação.

3.3.8 Vigilância de vetores e controle químico de vetores

Quanto aos serviços do setor de controle vetorial, mostrou-se um resultado muito abaixo do esperado, visto que é um setor que damanda muito trabalho por conta dos vetores, principalmente o *Aedes aegypti*. O resultado encontrado em outro estudo, 14% da população citou o serviço (COSTA, 2015). O serviço de vigilância de vetores foi o menos citados,

possuindo apenas 1%, e dentre todos os vetores com os quais são trabalhados no setor, somente o transmissor da dengue foi citado.

Quanto ao controle químico de vetores, com apenas 3%, lembrado apenas pelo "fumacê" (serviço que, inclusive, a UVCZ vem diminuindo drasticamente por conta da resistência dos vetores há alguns compostos químicos), percebe-se a necessidade de maiores esclarecimentos para com a população, que ainda enxerga este serviço como o mais eficaz no controle de vetores, deixando em segundo plano a importância da autorresponsabilização com o manejo ambiental, este sim, o melhor meio de prevenção aos agravos por eles transmitidos.

3.3.9 Visita domiciliar pelo Agente de Combate a Endemias

A visita domiciliar pelos ACEs foi citada em apenas 3% dos questionários, muito abaixo da expectativa pois, como cita FRAGA (2012), o ACE é uma das peças-chaves de um CCZ com grande potencial para atuar como educador no âmbito dos serviços de zoonoses, pois são profissionais que estão cotidiana e rotineiramente em relação com a comunidade. A baixa porcentagem citada deste serviço pode ser explicada ou por esquecimento por parte dos parcitipantes ou pela maioria, como já citado, residir em uma região de melhor condição socioeconômica (centro-sul) do município, região que apresenta grande índice de recusa e/ou resistência às visitas dos ACEs, segundo relatos dos analistas do setor.

3.3.10 Vigilância e coleta de animais peçonhentos

Quanto ao setor de entomofauna, a vigilância de animais peçonhentos apresentou apenas 2%, mesma porcentagem para a coleta destes. Esses resultados mostram a necessidade de difusão sobre os serviços do setor, visto que o fluxo de notificação de acidentes com animais peçonhentos é grande no município e a população precisa estar informada sobre a importância da captura desses peçonhentos para sua identificação e mapeamento das regiões onde o risco de aparecimento desses animais seja maior.

3.3.11 Controle de animais sinantópicos

Um total de 4% citaram o controle de animais sinantrópicos, o mais lembrados foram os pombos e os ratos. O setor faz orientações e inspeção domiciliar quanto ao manejo de controle desses animais, doando, inclusive, insumos químicos (veneno) para ratos.

3.3.12 Educação em saúde e vigilância epidemiológica

Quanto aos serviços comuns a todos os setores, a educação em saúde, citada mais por conta de palestras, apareceu em apenas 1% dos questionários, reafirmando a necessidade já apontada nesta pesquisa de ações educativas sobre zoonoses e os serviços da unidade para a população. A vigilância epidemiológica, citada em 2% dos questionário, executada pelos 3 setores da unidade, envolve diversos serviços da unidade, porém os participantes a citaram de forma menos direcionada.

3.3.13 Desconhecimento total dos serviços

Apenas 7,2% dos participantes afirmaram não conhecer nenhum serviço executado pela unidade, número compatível aos mesmos que citaram não saber o que é CCZ. Apesar de ser uma porcentagem tímida, ainda se faz necessário reforçar a importância da divulgação dos serviços da unidade para o maior número possível de pessoas pois todos os moradores do município são susceptíveis, em menor ou maior grau, às zoonoses que são trabalhadas na UVCZ.

Tabela 4: Porcentagem de outros serviços citados que não são realizados pelo CCZ e serviços citados de forma incompleta

SERVIÇOS	**N. ABSOLUTO**	**%**
Vigilância sanitária	1	0,5
Tratamento de animais doentes	11	5,6
Combate a doenças	3	1,5
Prevenção e controle de epidemias	19	9,7

3.4 Serviços alheios e respostas incompletas

A UVCZ não realiza atividades relacionadas à vigilância sanitária, como citado em apenas 0,5% dos questionários. Para isso existe a Vigilancia Sanitária municipal que possui seus próprios serviços independentes. A UVCZ também não realiza em hipótese alguma o tratamento de animais doentes, como citaram os 5,6% dos participantes, indicando que essas pessoas ou receberam uma informação incorreta ou estão deduzindo erroneamente, o que

mostra necessidade de esclarecimentos para com a população sobre este item. O combate a doenças, prevenção e controle de epidemias, apareceram com certa freqüência nos questionários, com 1,5 e 9,7% respectivamente. Não é considerada uma resposta errada porque o trabalho da unidade envolve essas atividades de uma forma geral, porém nessas respostas não foi citado a que doenças os participantes estavam se referindo. Por tanto, foram consideradas respostas incompletas pois a UVCZ trabalha apenas com as doenças que são zoonoses.

4. Conclusão

De acordo com os resultados analisados e discutidos, conclui-se que a percepção da população de Palmas sobre os serviços da UVCZ se restringe a apenas uma pequena parte das atividades da unidade. Diversos serviços se quer foram citados, como a recolha de epizootia (macacos mortos), essencial para a vigilância da febre amarela; a orientação, inspeção domiciliar, captura e identificação de triatomíneo (barbeiros), ação importante para a vigilância da doença de Chagas; a ouvidoria para receber denuncia ou queixa de residências ou estabelecimento com focos de mosquito, ação que faz parte do controle vetorial; pesquisas entomológicas para detectar presença ou não de vetores em determinada área, serviço executado pelo setor de entomofauna, bem como quantificação e identificação de larvas e mosquitos coletados pelos ACEs durante as inspeções domiciliares para que se calcular o índice de infestação das regiões de Palmas.

A unidade dispõe de uma gama imensa de serviços importantes que fazem parte do SUS que por vezes são invisibilizados por falta de informação. E não saber que o serviço existe implica dizer que o usuário não possui o básico para ter acesso à ele. É imprescindível que a informação sobre esses serviços chegue até o usuário porque, segundo LEITE (2014), sem a informação que lhe é devida por direito, o usuário não tem como inciar o exercício de sua autonomia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Manual técnico de Centros de Controle de Zoonoses. Brasília**, DF, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria n 204 de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**.Brasília, DF, 2016.

COSTA, V. A. **Percepção da população de Mossoró-RN sobre as funções do Centro de Controle de Zoonoses**. 42º Congresso Bras. de Medicina Veterinária e 1º Congresso Sul-Brasileiro da ANCLIVEPA. Curitiba – PR, 2015.

FRAGA, L. S. **Controle de zoonoses: estudo sobre práticas educativas voltadas ao manejo da população canina.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2012, 171p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Palmas, 2018**. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama> Acesso em 28 de Outubro de 2018 as 18:30.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População de animais de estimação no Brasil, 2013**. Disponível em: <http://www.agricultura.gov.br/assuntos/camaras-setoriais- tematicas/documentos/camaras-tematicas/insumos-agropecuarios/anos-anteriores/ibge- populacao-de-animais-de-estimacao-no-brasil-2013-abinpet-79.pdf>Acesso em 28 de Outubro de 2018 as 20:46.

LEITE, R. A. F. **Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários**

de um serviço público. Interface (Botucatu). 2014; 18(51):661-71.

NECULQUEO, L.P. **Estudo do programa de esterilizações canina e felina no município de São Paulo, período 2001 a 2003. 2004**. 83f. Dissertação (Mestrado em Medicina veterinária), Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PFUETZENREITER, M. R. **Posse responsável, bem-estar animal e zoonoses: saúde na escola e na família.** In: Seminário de Extensão Universitária da Região Sul, 28, Florianópolis. Anais. Florianópolis, UDESC, 2010. p.4.

REICHMANN, M. L. B.; SANDOVAL, M. R. C.; FORMAGGIA, D. M. E.; PRESOTTO, D.; NUNES, V. F. P.; SANTOS, L. S. GLASSER, C. M.; COSTA, M. A. F. **Manual técnico do Instituto Pasteur: Orientação para projetos de Centros de Controle de Zoonoses (CCZ)**. São Paulo: Instituto Pasteur, 2000, 50p.

SALCI, M.A.; MACENO, P.; ROZZA, S.G.; SILVA, D.M.G.V.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. **Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões.Texto Contexto Enfermagem**, 22(1): 224-230, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Manual para el controle de las enfermedades transmisibles.** 1997; 12a edição.

REVISTA PARA SUBMISSÃO:
ACTA VETERINARIA BRASILICA (QUALIS B3)
ISSN 1981-5484
LINK DE DIRESTRIZES PARA AUTORES:
https://periodicos.ufersa.edu.br/index.php/acta/about/submissions

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE PALMAS/TO SOBRE OS SERVIÇOS DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE ZOONOSES.

O questionário irá durar, aproximadamente, 10 minutos. Você responderá sozinho(a) para que não tenha influência de outra pessoa e você não precisa se identificar, sendo resguardado o sigilo de todas as suas respostas. **Pedimos que marque a opção que mais se assemelha a sua realidade para que obtenhamos dados fidedignos.** As perguntas são relacionadas ao seu conhecimento sobre os serviços do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

Número do questionário: _____

Nome do participante (opcional): _____

1. Idade _____
2. Sexo _____
3. Localidade de residência _____
4. Escolaridade

a. Sem escolaridade
b. Ensino fundamental incompleto
c. Ensino fundamental completo
d. Ensino médio incompleto
e. Ensino médio completo
f. Superior incompleto
g. Superior completo
h. Pós Graduação

5. Você sabe o que é CCZ (Centro de Controle de Zoonoses)?
   ( ) sim ( ) não
4. Você sabe onde fica o CCZ em Palmas?
   ( ) sim ( ) não
6. Você conhece o serviço do CCZ?
   ( ) sim ( ) não
7. Quais serviços realizados pelo CCZ que você mais conhece?

_____
_____
_____
_____

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: "**A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE PALMAS/TO SOBRE OS SERVIÇOS DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE ZOONOSES**", e nós gostaríamos que você respondesse a um questionário. Essa pesquisa está sendo conduzida pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) em parceria com o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Caso haja alguma palavra ou frase que o(a) senhor(a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

As informações coletadas servirão para um melhor entendimento sobre a percepção da população residente no município de Palmas-TO, quanto aos serviços realizados na Unidade de Vigilancia e Controle de Zoonoses. Este estudo se tornará uma ferramenta de base para futuras intervenções, pois revelará a carência de informações da população de Palmas sobre serviços de saúde, fortalecendo a educação em saúde e norteando as decisões da gestão a nível municipal por meio do planejamento de ações pedagógicas para que a informação chegue a população.

PROCEDIMENTOS:

O questionário irá durar, aproximadamente, 10 minutos. Você responderá sozinho para que não tenha influência de outra pessoa e você não precisa se identificar, sendo resguardado o sigilo de todas as suas respostas. Pedimos que a sua resposta seja a que mais se assemelha a sua realidade para que obtenhamos dados fidedignos. As perguntas são relacionadas ao seu conhecimento sobre os serviços da UVCZ.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO RISCOS E BENEFÍCIOS:

A participação na pesquisa é gratuita. O questionário foi desenvolvido de forma a captar a realidade das diversas regiões de Palmas. O senhor(a) pode parar de responder ao questionário caso deseje não participar mais da pesquisa, e caso se sinta cansado poderá descansar e voltar a responder posteriormente. O preenchimento do questionário será individual de forma a evitar possíveis constrangimentos e qualquer dúvida durante o preenchimento o(a)senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos com o pesquisador.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Caso seja notado algum problema relacionado ao serviço ofertado, o senhor(a) será encaminhado aos profissionais do serviço de saúde ou à equipe da pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO

Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá interromper o questionário mesmo depois de ter concordado em participar. Em caso de recusa ou interrupção da entrevista, o(a) senhor(a) não será exposto(a) a qualquer tipo de penalidade.

A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. Seu nome, endereço e outras informações pessoais serão transformados em um código de identificação único. As informações coletadas no questionário serão identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos realizados neste estudo, o participante tem direito a tratamento, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

_____	_____
Rubrica do(a) participante	Rubrica do(a) pesquisador(a) Bruna Herênio Fernandes

BENEFÍCIOS DO PROJETO

Será possível detectar quais serviços da UVCZ necessitam de maior divulgação junto à população por meios de ações de educação em saúde, colaborando assim para a melhoria do acesso aos serviços da unidade. Os resultados poderão servir de ferramenta para a gestão durante as tomadas de decisão no diz que respeito à difusão de informação sobre as atividades da UVCZ.

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Caso o(a) senhor(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o(a) senhor(a) pode me perguntar ou entrar em contato com o pesquisador responsável Bruna Herênio Fernandes (3218-5144), a Coordenação da Pesquisa ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CEULP/ULBRA, [Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas/TO, Complexo Laboratorial, (63) 3219-8076 de segunda a sexta no horário comercial], órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

O(a) senhor(a) aceita participar dessa pesquisa? ( ) Sim ( ) Não
Agora, vamos precisar do seu consentimento para responder ao estionário:
O(a) senhor(a) consente preencher o questionário? ( ) Sim ( ) Não

A assinatura desse termo de consentimento indica que o (a) senhor (a) compreendeu o que é esperado da pesquisa e que o(a) senhor(a) aceita participar através do seu consentimento.

DECLARO estar ciente de todos os detalhes inerentes à pesquisa e COMPROMETO-ME a acompanhar todo o processo, prezando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12 e, especialmente, pela integridade do sujeito da pesquisa. Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá retida com o pesquisador responsável e a outra com o(a) senhor(a).

ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO(A) PESQUISADOR(A): _____

Palmas/TO, ___, _____ de _____.

Contato da Coordenação da Pesquisa:
Bruna Herênio Fernandes Pesquisador Responsável TO-080, km 1
Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses
Setor Reservatório
Tel: (63) 3218-5144
E-mail: brunaherenio@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEP/CEULP
Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900
Telefone: (63) 3219-8076 E-mail: etica@ceulp.edu.br

Autora: Cristiane Rodrigues Alves de Araújo

Orientadora: Msc. Marta Maria Malheiros Alves

Perfil epidemiológico da leishmaniose visceral em Palmas-TO nos anos de 2018 e 2019.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral determinar o perfil epidemiológico da leishmaniose visceral no município de Palmas, capital do Estado do Tocantins, nos anos de 2018 e 2019. Os dados foram obtidos por meio do sistema SINAN através das informações coletadas durante ações de vigilância epidemiológica da Superintendência Primária de Atenção à Vigilância em Saúde (SUPAVS) realizada pela coordenação técnica de doenças vetoriais, zoonoses e animais peçonhentos em pacientes positivos para Leishmaniose Visceral (LV). Os resultados mostraram que a doença prevalece na zona urbana de Palmas, em pacientes do sexo masculino, pessoas de cor parda e crianças menores de 13 anos. A partir deste perfil epidemiológico foi possível fazer uma análise da situação da LV em Palmas, e fazer as recomendações de ações de prevenção pertinentes.

Palavras chave: leishmaniose visceral; medidas de controle; perfil epidemiológico.

ABSTRAT

This study aimed to determine the epidemiological profile of visceral leishmaniasis in the city of Palmas, capital of the State of Tocantins, in the years 2018 and 2019. Data were obtained through the SINAN system through information collected during epidemiological surveillance actions of Primary Superintendence of Attention to Health Surveillance (SUPAVS) carried out by the technical coordination of vector diseases, zoonoses and venomous animals in patients positive for Visceral Leishmaniasis (LV). The results showed that the disease prevails in the urban area of Palmas, in male patients, people of brown color and children under 13 years old. From this epidemiological profile, it was possible to make an analysis of the situation of VL in Palmas, and to make recommendations for pertinent prevention actions.

Keywords: visceral leishmaniasis; control measures; epidemiological profile.

1. INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) ou Calazar é uma antropozoonose causada pelo protozoário *Leishmania chagasi* (ordem Kinetoplastida, família Trypanosomatidae), presente em diversos países da Europa, Ásia, África e Américas. A transmissão ao homem e ao cão, principal reservatório do parasita no ambiente urbano, ocorre através da picada do vetor *Lutzomyia longipalpis*; inseto hematófago encontrado nas cinco regiões do Brasil (MARZOCHI, M.; MARZOCHI, K., 1994; CORTES, 2012; BRASIL, 2014a). No ambiente silvestre, os principais reservatórios são as raposas (*Dusicyonvetulus* e *Cerdocyonthous*) e os marsupiais (*Didelphis albiventris*) (DEANE, L.; DEANE, M., 1954; OPAS, 2013).

A incidência da LV, antes comum ao ambiente silvestre e às populações rurais de baixa renda, vem aumentando em áreas urbanas, demonstrando a capacidade de adaptação do vetor a ambientes modificados, sugerindo que a ação humana é um fator importante na expansão da epidemia. (ANDRADE; SANTANA; SACRAMENTO, 2014; TELES et al., 2015). Segundo Silva et al. (2016) o risco maior de infecção ocorre devido à vulnerabilidades como infraestrutura sanitária precária, criação de animais reservatórios do parasita, condições climáticas que favorecem a proliferação do vetor, cobertura vegetal com predomínio de árvores frutíferas, crescimento desordenado em áreas urbanas com acúmulo da matéria orgânica e negligência dos primeiros sintomas da doença. Essas informações corroboram com MISSAWA & LIMA, 2006, pois eles afirmam que áreas de vegetação remanescente próximo às periferias da cidade são determinantes para a ocorrência de LV, pois o ambiente rico em matéria orgânica é propício para a manutenção do vetor. COSTA, 2008, refere que a situação socioeconômica precária, aumento da vegetação e infecção canina prévia são associados à ocorrência de LV em humanos.

A suscetibilidade à leishmaniose visceral é universal, podendo atingir indivíduos de todas as idades e sexo. Porém, ela acomete principalmente a população infantil no Brasil, com maior incidência nos seis primeiros anos de vida. (CALDAS et. al. 2013) A LV possui alta incidência no Brasil, e pode assumir formas graves e letais quando associada a quadros de perda de peso e infecções intercorrentes (BRASIL, 2006).

Clinicamente, a LV apresenta-se como uma enfermidade generalizada, de evolução crônica e sistêmica, e que pode atingir 90% de letalidade, caso não tratada

adequadamente (OLIVEIRA et al., 2010). No homem, a febre irregular e de longa duração é o principal sintoma, seguida de hepatoesplenomegalia, anemia, sinais de desnutrição proteicocalórica, dentre outras manifestações menos frequentes (BRASIL, 2014a).

Por ser uma doença de notificação compulsória e de sintomatologia de evolução grave seu diagnóstico deve ser preciso e feito o mais precoce possível devido ao alto risco de mortalidade em doentes não tratados, crianças desnutridas e indivíduos infectados com HIV (BRASIL,2017). O diagnóstico pode ser feito de acordo com os sinais clínico/epidemiológicos ou por meio de exames laboratoriais. No diagnóstico clínico, são observados sinais como febre persistente (mais de duas semanas), que não responde a antibioticoterapia; esplenomegalia associada ou não à hepatomegalia, leucopenia, anemia e trombocitopenia. O diagnóstico parasitológico é feito com aspirados da medula óssea, do baço ou dos linfonodos para análise microscópica, em que podem ser encontrados ou não os parasitas (CUSTODIO et. al. 2018).

No diagnóstico sorológico, são utilizados testes imunocromatográficos que utilizam proteína isolada de *Leishmania sp.* como antígeno. O mais utilizado é o rK39, uma forma recombinante de uma sequência de 39 aminoácidos de *L. chagasi*. Esses testes fornecem um resultado imediato (em torno de 10 e 20 minutos) (BOELAERT et al., 2014). A Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI), possui sensibilidade entre 90 a 100% e especificidade aproximada de 80% para amostras de soro. Sua especificidade é prejudicada devido à presença de reações cruzadas com doenças causadas por outros tripanossomatídeos, como o da doença de Chagas e os da Leishmaniose Tegumentar Americana. A utilização de formas amastigotas de *Leishmania leishmania donovani* como antígeno nas RIFI aumenta a sensibilidade, sem perder a especificidade do teste, permitindo que o diagnóstico precoce seja feito (ALVES; BEVILACQUA, 2004).

Quanto ao tratamento da leishmaniose visceral, o medicamento de primeira escolha são os antimoniais pentavalentes (Antimoniato de N-metil-glucamina). A anfotericina B é usada em casos de resistência ao antimoniato, em gestantes ou em situações de risco de óbito. A anfotericina B lipossomal, apesar do seu alto custo, é recomendada para paciente com insuficiência renal ou falha terapêutica (MACHADO, 2010; CALDAS et. al. 2017).

Estima-se que aproximadamente 350 milhões de pessoas vivam em áreas de risco para leishmaniose, tendo sido diagnosticada em 88 países, dos quais 72 estão em

desenvolvimento. O aumento exponencial de 150 milhões de pessoas vivendo em áreas de risco indica que a área de abrangência da doença se expandiu. Esta associação de área de abrangência com o aumento no número de casos, fizeram com que a LV passasse a ser considerada pela Organização Mundial da Saúde uma das prioridades dentre as doenças tropicais. Aproximadamente 90% dos casos mundiais ocorrem na Índia, Bangladesh, Nepal, Sudão e Brasil, atingindo principalmente as populações pobres desses países (REIS et al., 2019).

A Organização Mundial de Saúde estima que no mundo ocorram cerca de 500.000 novos casos e 59.000 óbitos de LV por ano (BRASIL, 2011), tendo o continente americano a maior incidência da doença, concentrada no Brasil (96%), Paraguai (3,2%) e Colômbia (0,4%) (OPAS, 2015). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2015, a região Nordeste do país apresentou o maior coeficiente de incidência da doença, com 3,2 casos/100.000 habitantes, seguida da região Norte, com 2,7 casos.

Os dados mais recentes do Ministério da Saúde referem que o Brasil apresentou no ano de 2017 4.103 casos confirmados de LV com incidência de 1,98 casos/100.000 habitantes. 64,8% dos casos foram em pacientes do sexo masculino e 40,9% dos casos foram em crianças com idade entre 0 a 9 anos. A letalidade da doença foi de 8,8 % e 7,8 % dos pacientes com LV eram coinfectados com o HIV. Foram 2.744 internações com uma média de permanência nos hospitais de 13,3 dias (BRASIL, 2017).

O Tocantins apresentou a maior incidência entre os Estados brasileiros, com 12,2 casos/100.000 habitantes, seguido do Maranhão, com 7,8 casos/100.000 habitantes. (BRASIL, 2017). No Tocantins é importante que pesquisas sobre LV sejam feitas, pois o município de Palmas é classificado como área de transmissão intensa, com 22 casos confirmados da doença em humanos no ano de 2015. Diante disso, pesquisas que abordem o padrão de ocorrência da LV e suas características epidemiológicas são importantes, pois contribuem para monitoramento da doença, e servem como instrumento para planejamento e execução das atividades de vigilância em saúde.

O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil epidemiológico da leishmaniose visceral no município de Palmas-Tocantins por meio da análise fichas de notificação do SINAN que chegam diariamente à coordenação técnica de doenças vetoriais, zoonoses e animais peçonhentos da Secretaria Municipal de Saúde.

2.0 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo do tipo observacional descritivo analítico feito no ano de 2020 com base nos dados epidemiológicos de 2018 e 2019 que analisou o perfil da população de Palmas acometida pela leishmaniose visceral, levantando fatores que levam a ocorrência da doença na cidade.

O presente estudo é classificado como epidemiológico observacional e descritivo, utilizando-se a análise de dados coletados nos sistemas de notificação (FRONTEIRA, 2013).

2.1ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi feito em Palmas, Tocantins. Situada nas coordenadas geográficas 10 ° 11’ 04” sul e 48° 20’ 01” oeste. Segundo o IBGE a área do município é de 2219 km² e possui 291.855 habitantes. Com clima tropical, a distribuição das precipitações pluviais em Palmas ocorre na estação chuvosa, entre os meses de outubro a abril, com variação de temperatura entre 22° e 38°. A estação seca da capital ocorre entre os meses de maio a setembro com variação de temperatura entre 27 e 41°.

Feito na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), localizada na Avenida Teotônio Segurado, 1-401 Plano Diretor Sul, no ano de 2020. O sistema de informação utilizado foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis analisadas foram sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, zona de moradia rural/urbana, gestante, HIV, evolução e critério de diagnóstico. O trabalho foi aprovado pelo CEP número 4.172.518.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2018 e 2019 em Palmas-Tocantins, 60 pessoas foram diagnosticadas com leishmaniose visceral, com um total de 35 casos em 2018 e 25 casos em 2019. A incidência foi de 11,9 casos/100.000 hab. e de 7,6casos/100.000 em 2018 e 2019, respectivamente.

Tabela 1- Casos de leishmaniose visceral em Palmas-TO nos anos de 2018 e 2019 distribuídos por quantidade, sexo, raça/cor, gestante.

Variáveis	2018	2019	Total (%)
Sexo			
Masculino	25	16	68,33%
Feminino	10	09	31,66%
Raça/Cor			
Branco	01	0	1,66%
Parda	34	25	98,33%
Gestante			
Não	04	04	13,33%
Não se aplica	31	21	86,66%

Fonte: SINAN, Palmas, agosto 2020.

Os resultados demonstram maior frequência da LV no sexo masculino corroborando com os resultados encontrados em Natal, Belo Horizonte, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Bahia (Botelho & Natal 2009, Mestre & Fontes 2007, Silva et al. 2001, Jerônimo et al. 1994). O maior número de casos em pessoas do sexo masculino se justifica pela presença destes em áreas que oferecem maior risco, por moradia, trabalho ou lazer, porém, sabe-se que a infecção pode ocorrer de forma igual, sem preferência por sexo (Oliveira et al. 2008).

No período gestacional, a ocorrência de LV é rara e não há estimativa da incidência neste grupo de pessoas, mesmo em áreas endêmicas, devido a uma reduzida quantidade de publicações científicas (BRASIL, 2014; FIGUEIRÓ et. al. 2004). Mesmo que os casos relatados auxiliem no esclarecimento quanto ao manejo da doença, às complicações nas gestantes e neonatos e auxiliem também a evitar ou reduzir o número de óbitos (PALASSON et. al. 2009).

Tabela 2- Dados referentes à faixa etária, escolaridade e zona de moradia dos casos positivos de LV em Palmas-TO entre 2018 e 2019.

Faixa etária	**2018**	**2019**	**Total e %**
0 a 13 anos	18	08	26 (43,33%)
14 a 17 anos	0	01	1(1,66%)
18 a 24 anos	01	03	4(6,66%)
25 a 39 anos	09	02	11 (18,33%)
40 a 59 anos	05	08	13 (21,66%)
60 anos ou mais	02	03	5 (8,33%)
Escolaridade	**2018**	**2019**	
Analfabeto	02	0	2 (3,33%)
1° a 4° série incompleto	03	02	5 (8,33%)
4° série completa	01	0	1 (1,66%)
5° a 8° série incompleto	03	01	4 (6,66%)
Fundamental completo	0	02	2(3,33%)
Ensino médio incompleto	03	01	4 (6,66%)
Ensino médio completo	02	01	3(5%)
Não se aplica	16	07	23 (38,33%)
Sem preenchimento	05	10	15 (25%)
Ignorado	0	01	1 (1,66%)
Zona de moradia	**2018**	**2019**	
Urbana	30	23	53 (88,33%)
Rural	01	01	2 (3,33%)
Ignorado	01	0	1 (1,66%)
Sem preenchimento	03	01	4 (6,66%)

Fonte: SINAN, Palmas, agosto 2020.

As faixas etárias de maior quantidade de casos foram de 0 a 13 anos, seguida de 40 a 59 anos e 25 a 39 anos ambas com 26; 13 e 11 casos, respectivamente. No Brasil, a leishmaniose visceral acomete pessoas de diversas faixas etárias, mas na maior parte das áreas endêmicas estudadas, ocorre em crianças com menos de 10 anos. Em alguns locais estudados existe uma tendência de modificação na distribuição dos casos por grupo etário, pelo fato da doença também tornar-se presente em altas taxas no grupo de adultos jovens (SILVA et al. 2008b). A razão da maior suscetibilidade da criança está ligada a maior vulnerabilidade da resposta imune, provocada pela imaturidade da imunidade humoral e celular, e pela imunodepressão induzida pela desnutrição, situação frequente nas populações pobres do Nordeste, que representa um fator de predisposição

para a infecção (Santana et al. 2009).

Essa informação corrobora com (MIRANDA, 2008) que afirma que a maior suscetibilidade das crianças serem acometidas pela leishmaniose visceral, tem sido explicada pelo estado de relativa imaturidade imunológica celular agravada pela desnutrição.

De um total de 60 pacientes, 23 tinham menos de 05 anos de idade, correspondendo a 38,33% do preenchimento no item não se aplica do grau de escolaridade da base de dados do SINAN. 15 pacientes (25%) não tinham o item escolaridade preenchido. Pode-se observar que o grau de escolaridade dos pacientes acometidos pela leishmaniose visceral é baixo, sendo comum em pacientes com nível fundamental ou médio incompletos. Foram 02 casos de pacientes analfabetos (3.33%); 10 casos com nível fundamental incompleto (16.66%); 02 casos com fundamental completo (3.33%); 04 casos com nível médio incompleto (6.66%) e 3 casos de pacientes com nível médio completo (5%).

Dos casos positivos de leishmaniose visceral em Palmas, 88,33 % dos pacientes moram na zona urbana. A alta prevalência da doença em áreas urbanas pode ser atribuída ao fato de Palmas 30 anos atrás possuir características de zona rural, pois pertencia ao antigo norte do Estado de Goiás. Com a autonomia do Estado do Tocantins, Palmas tornou-se capital em 1990, levando-a a desenvolver características que favorecem o desenvolvimento da leishmaniose visceral como o aumento da imigração, alterações ambientais, as condições de vida inadequadas, e a presença de vetores e reservatórios no ambiente doméstico (COURA-VITAL et al. 2013). Segundo (BARBOSA, 2016; VON ZUBEN E DONALÍSIO, 2016) a urbanização da leishmaniose visceral relaciona-se com mudanças climáticas e ambientais, adaptação do vetor aos ambientes modificados pelo homem, além de descontinuidade das ações de controle do vetor. Em estudo feito por (FARIAS et. al. 2019) 280 casos positivos para leishmaniose visceral (74,47%) dos casos da região norte de Minas Gerais aconteceram na zona urbana entre os anos de 2011 a 2015.

Tabela 3- Critério de confirmação da leishmaniose visceral em 2018 e 2019 em Palmas-TO.

	2018	2019	Total %
Laboratorial	27	22	81,66%
Clinico-epidemiológico	08	03	18,33%

Fonte: SINAN, Palmas, agosto 2020.

De acordo com a tabela acima, 49 pacientes (81,66%) foram diagnosticados por meio de exames laboratoriais o que evidencia que os profissionais de saúde da capital conhecem as formas de diagnosticar a leishmaniose visceral conforme as recomendações do Ministério da Saúde. Também fica evidente que a rede de saúde de Palmas está abastecida do ponto de vista de exames para diagnóstico precoce da doença.

Os pacientes com leishmaniose visceral em Palmas demoraram em média cerca de 15 dias para procurarem o sistema de saúde após o aparecimento dos primeiros sintomas. Entre 2018 e 2019, 22 notificações foram feitas pelo Hospital Infantil Público de Palmas; 32 feitas pelo Hospital Geral Público de Palmas; 01 notificação feita pelo Centro de Saúde da Comunidade Taquari e outra pelo Centro de Saúde da Comunidade 603 Norte. Essas informações são relevantes porque mostram um diagnóstico tardio e os pacientes já chegam com maior gravidade em unidades hospitalares, desconhecimento da população palmense a respeito dos serviços prestados nas unidades da atenção primária do município e evidencia uma sobrecarga dos hospitais de grande porte na cidade com atendimento e diagnóstico que deveriam ser feitos nos centros de saúde da comunidade.

Tabela 4- Relação coinfecção HIV positivos e LV em Palmas-TO nos anos de 2018 e 2019.

	2018	2019	Total (%)
Confirmados	06	05	18,33%
Não	18	16	56,66%
*Ignorado	11	04	25%

Fonte: SINAN, Palmas agosto 2020.

Dos 06 casos do ano de 2018, 05 são homens e 01, mulher. No ano de 2019 foram 04 casos em homens e 01 caso em mulher. Destes casos, 02 pacientes vieram a óbito em 2018 e 01 em 2019. Pode-se observar que no ano de 2018 onze pacientes não fizeram o teste de HIV e em 2019 quatro pacientes não fizeram o teste. Esse aumento da testagem do HIV é resultado de ações da vigilância epidemiológica da Secretaria

Municipal de Saúde de Palmas que fez nos anos de 2018 e 2019 reuniões em todos os Centros de Saúde da Comunidade da capital com as equipes de médicos e enfermeiros das unidades para discussão dos principais pontos dos protocolos da leishmaniose visceral e leishmaniose tegumentar sempre ressaltando a importância da realização do teste para o HIV em pacientes com leishmaniose.

O diagnóstico da coinfecção com HIV é importante, pois influencia diretamente no diagnóstico, indicação terapêutica, monitoramento de efeitos adversos, resposta terapêutica e ocorrência de recidivas. Por isso, recomenda-se oferecer a sorologia para HIV para todos os pacientes com leishmaniose visceral, independentemente da idade que possuem (BRASIL, 2017).

No Brasil, segundo dados do SINAN, o número de casos de coinfecção LV/HIV aumentou de 21 em 2001 para 86 em 2005; os Estados onde essa associação foi notificada com maior frequência foram Maranhão (16,5%), Minas Gerais (14,8%), São Paulo (13,6%) e Mato Grosso do Sul (9,1%). Isso indica o risco de uma superposição das áreas de importância epidemiológica da LV e do HIV/AIDS no Brasil (MAIA et. al. 2008; MAIA et. al. 2007).

Pacientes com coinfecção HIV/AIDS que habitam áreas endêmicas de LV são mais susceptíveis a apresentarem sintomas da doença, além disso a LV acelera o curso clínico da infecção por HIV, configurando-se em importante infecção oportunista. (BARBOSA, 2016).

Em 2018 e 2019 20% dos pacientes foram tratados com Antimonial Pentavalente, medicamento prescrito para casos que não fazem parte dos grupos de risco e que podem ser tratados nas Unidades Básicas de Saúde. 8,33 % dos pacientes foram tratados com Anfotericina B, sendo um deles paciente HIV positivo. Outros 53, 33% dos pacientes foram tratados com Anfotericina B lipossomal, sendo que nesse caso, 08 pacientes eram HIV positivos. Além disso, os pacientes que fizeram uso da Anfotericina B ou da Anfotericina B lipossomal apresentavam hepatopatias, nefropatias, idade inferior a 01 ano, mais de 50 anos ou eram gestantes. Esses dados evidenciam que o protocolo de tratamento da leishmaniose visceral segue o recomendado pelo Ministério da Saúde no que refere aos grupos de risco e fármacos de escolha para o tratamento.

O monitoramento dos pacientes no pós tratamento de leishmaniose não é feito conforme indicado pelo Ministério da Saúde pois, os pacientes ao ficarem curados da doença não retornam à unidade de saúde para fazer o acompanhamento do quadro

clínico e há baixa realização de buscas ativas nesses casos. Os casos em que ocorrem falhas terapêuticas e recidivas são monitorados pela equipe de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde através das fichas de notificação do SINAN e NOTIFICASUS.

Tabela 5. Evolução da LV em Palmas-TO em 2018 e 2019.

	2018	2019
Cura	30	18
Óbitos	04	04
Óbito por outras causas	01	03
Letalidade	11,42 %	16%

Fonte: SINAN, Palmas, agosto 2020.

No ano de 2018 dos 04 pacientes que vieram a óbito em decorrência da leishmaniose visceral. Todos eram do sexo masculino e apresentavam respectivamente 34; 39; 47 e 91 anos. Os pacientes com 34 e 47 anos eram HIV positivos. Em 2019 três pacientes do sexo masculino vieram a óbito e tinham as respectivas idades: 20; 80 e 44 anos, sendo este último HIV positivo. Além deles uma menina de 07 meses de idade veio a óbito em 2019 por causa da leishmaniose visceral.

Os critérios de cura são clínicos e caracterizam-se pela ausência de febre, aumento do peso e a redução do fígado e baço (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde preconiza que a taxa de letalidade para LV deve ser inferior a 5% (BRASIL, 2006). Em estudo feito por (LIMA et. al. 2018) foram constatados seis óbitos (7,2%) por LV. Diagnóstico precoce associado ao monitoramento clínico e laboratorial podem reduzir os óbitos por LV.

Entre os principais fatores relacionados ao aumento da letalidade da LV estão o diagnóstico tardio e o acometimento de grupos de indivíduos com comorbidades, como infecções e hemorragias (OLIVEIRA et. al. 2006; BRASIL, 2006; LINDOSO et. al. 2006).

4. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A LV é um problema de saúde pública e a participação dos governantes é fundamental. Oferecer condições adequadas de saneamento básico, moradia, coleta seletiva do lixo também auxiliam na redução dos casos de leishmaniose visceral.

É necessário o fortalecimento das políticas públicas e a capacitação dos profissionais de saúde, visando o diagnóstico precoce e o tratamento na fase inicial da doença para reduzir a letalidade. Atividades como as reuniões com equipes de saúde para discussão dos protocolos das leishmanioses foram fundamentais para melhorar o índice de testagem do HIV e tirar dúvidas dos profissionais quanto ao fluxo deste agravo no município. O fortalecimento de eventos da saúde como fóruns, rodas de conversa e cursos de atualização mais voltados às leishmanioses também são importantes para que o maior número possível de trabalhadores da saúde, tanto da rede pública quanto dos hospitais e clínicas particulares, tenha mais informações sobre este agravo. Esses eventos são importantes, pois, devido à alta rotatividade de funcionários da saúde nos centros de saúde da comunidade, unidades de pronto atendimento, clínicas e hospitais particulares muitas vezes as equipes de vigilância não conseguem manter contato com um número expressivo de profissionais da saúde o que gera dúvidas quanto aos protocolos recomendados para as leishmanioses.

Deve-se realizar ações de educação em saúde voltadas para a comunidade com informações de medidas preventivas como uso de mosquiteiros e telas finas em portas e janelas; o uso de repelentes nas pessoas, principalmente ao amanhecer e entardecer; uso de coleiras impregnadas com deltametrina nos cães e preservação do meio ambiente. Além dessas medidas preventivas é importante instruir a população a respeito dos sinais e sintomas da doença, e do fluxo de atendimento nos Centros de saúde da comunidade e das Unidades de Pronto Atendimento, evitando a sobrecarga nos hospitais de grande porte da cidade.

Considerando que a maioria dos acometidos pela LV no município são homens na fase adulta ou idosos e com baixo grau de escolaridade, são necessárias ações mais voltadas a esse público como propagandas na grande mídia, rádio, televisão e jornais; ações nas unidades de saúde que chamem a atenção desse perfil de paciente, com informações importantes e levadas de maneira rápida e linguagem coloquial. Além disso, é importante que durante o tratamento esses pacientes sejam conscientizados a fazerem o acompanhamento nos Centros de Saúde da comunidade durante o período

determinado pelo protocolo do Ministério da Saúde.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, W. A.; BEVILACQUA, P. D. **Reflexões sobre a qualidade do diagnóstico da leishmaniose visceral canina em inquéritos epidemiológicos: o caso da epidemia de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 1, p. 259-265, 2004.

ANDRADE, I. M.; SANTANA, G. M. S.; SACRAMENTO, R. V. O. **Geoprocessamento em saúde: um estudo sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana no Vale do Jiquiriçá, Bahia, Brasil**. Hygeia, v. 10, n. 28, p. 19-32, 2014.

BARBOSA, IR. **Leishmaniose visceral humana no município de Natal-RN: análise clinico-epidemiológica e espacial**. Revista Ciência Plural, 2016. 2(1):89-101.

BOELAERT, M. et al. **Rapid tests for the diagnosis of visceral leishmaniasis in patients with suspected disease**. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6. Art. No.: CD009135, 2014.

BOTELHO A.C.A. & Natal D. 2009. **Primeira descrição epidemiológica da leishmaniose visceral em Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul**. Revta Soc. Bras. Med. Trop. 42:503-508.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [citado 2017 Jul 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose visceral grave: normas e condutas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com co-infecção Leishmania-HIV.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para a redução da letalidade.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância e controle da leishmaniose visceral**. 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coeficiente de incidência de Leishmaniose Visceral por 100.000 habitantes. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2015.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/08/LV-Coeficiente%20de%20Incidencia.pdf>. Acesso em 11 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. **Leishmaniose Visceral 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Coordenacão-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: MS, 2017.

COSTA, M. F. L. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área de envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4) : 189 – 201.

COSTA, C.H.N. **Characterization and speculations on the urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil.** Caderno de Saúde Pública, v.24, n.12, p.2959-2963, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200027&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 fev. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008001200027.

CORTES, S. et al. **Risk factors for canine leishmaniasis in anendemic Mediterranean region.** Veterinary Parasitology, v. 189, p. 189-196, 2012. https://doi.org/10.1016/j.vetpar.2012.04.028

COURA-VITAL W., Reis A.B., Reis L.E., Braga S.L., Roatt B.M., Aguiar-Soares R.D., Marques M.J., Veloso V.M. & Carneiro M. 2013. **Canine visceral leishmaniasis: incidence and risk factors or infection in a cohort study in Brazil.** Vet. Parasitol. 197(3/4):411-417.

CUSTODIO, E. et al. Nutritional supplements for patients being treated for active visceral leishmaniasis (Review). **Cochrane Database of Systematic eviews**, Issue 3. Art. No.: CD012261, 2018.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P. **Encontro de leishmanias nas vísceras e na pele de uma raposa em zona endêmica de calazar, nos arredores de Sobral, Ceará.** O Hospital, v. 45, n. 4, p. 419-421, 1954.

FARIAS H.; GUSMÃO J.; AGUILAR R.; BARBOSA S. 2019. **Perfil epidemiológico da leishmaniose visceral humana nas regiões de saúde do norte de Minas Gerais.** Enfermagem em foco. 2019; 10 (2):90-96.

FIGUEIRÓ F. EA, Duarte G, El-Beitune P, Quintana SM, Maia TL. **Visceral leishmaniasis (Kala-azar) and pregnancy.** Infect Dis Obstet Gynecol. 2004; 12(1):31-40. doi: 10.1080/104744042000210384.

FRONTEIRA, I.; **Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos.** Acta Med Port 2013 Mar-Apr;26(2):161-170. 2013

JERÔNIMO S.M.B., Oliveira R.M., Mackay S., Costa R.M., Sweet J., Nascimento E.T., Luz K.G., Fernandes M.G., Jernigan J. & Pearson R.D. 1994. **An urban outbreak of visceral leishmaniasis in Natal, Brazil.** Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 88:386-388.

LIMA ME, Nascimento CE, Ericeira AJ, Silva FJ. **Epidemiological profi le of injured children with visceral leishmaniosis in a Maranhão University Hospital**. Rev Soc Bras Enf Ped. 2018;18(1):15-20.

LINDOSO JAL, Cruz LL, Spinola RMF, Fortaleza CMCB, Nogueira PA, Madalosso G. **Fatores associados à leishmaniose visceral grave**. Rev Soc Bras Med Trop 2006; 39(S III): 133-4.

MACHADO LS. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados com leishmaniose visceral no HRAS** [monografia]. Brasília: Hospital Regional da Asa Sul; 2010.

MAIA-Elkhoury ANS, Lucena F, Sousa-Gomes ML, Alves WA, Paz L. **Coinfecção da leishmaniose visceral e AIDS no Brasil.** *Rev Soc Bras Med Trop 2007*; 40(S1): 124.

MAIA-Elkhoury ANS, Alves WA, Sousa-Gomes ML, Sena JM, Luna EA. **Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges**. Cad Saúde Pública 2008; 24(12): 2941-47.

MARZOCHI, M. C. A.; MARZOCHI, K. B. F. **Tegumentary and visceral leishmaniasis in Brazil-Emerging anthropozoonosis and possibilities for their control.** Caderno de Saúde Pública, v. 10, p. 359-375, 1994. https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000800014.

MESTRE G.L.C. & Fontes C.J.F. 2007. **A expansão da epidemia de leishmaniose visceral no Estado de Mato Grosso, 1998-2005**. Revista Soc. Bras. Med. Trop. 40(1):42-48.

MISSAWA, N.A.; LIMA, G.B.M. **Distribuição espacial de *Lutzomyia longipalpis* (Lutz & Neiva, 1912) e *Lutzomyia cruzi* (Mangabeira, 1938) no Estado de Mato Grosso.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.39, n.4, p.337-340, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/s c i e l o . p h p ? s c r i p t = s c i _ a r t t e x t & p i d = S 0 0 3 7 -86822006000400004>. Acesso em: 29 ago. 2008. doi: 10.1590/S0037-86822006000400004.

OLIVEIRA ALL, Paniago AMM, Dorval MEC, Oshiro ET, Leal MS et al. **Foco emergente de leishmaniose visceral em Mato Grosso do Sul.** *Rev Soc Bras Med Trop* 2006; 39(5): 446-50.

OLIVEIRA A.G., Galati E.A., Fernandes C.E., Dorval M.E. & Brazil R.P. 2008. **Seasonal variation of *Lutzomyia longipalpis* (Lutz et Neiva, 1912) (Diptera:Psychodidae: Phlebotominae) in endemic area of visceral leishmaniasis, Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul, Brazil.** Acta Trop. 105:55-61.

OLIVEIRA, J. M. et al. **Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 43, p.188-93, 2010. https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000200016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. LEISHMANIOSES. **Informe Epidemiológico nas Américas**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Informe Leishmanioses, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. LEISHMANIOSES. **Informe Epidemiológico nas Américas.** Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Informe Leishmanioses, n. 3, 2015.

PALASSON RR. **Leishmaniose visceral e gestação: análise de casos e transmissão vertical no município de Campo Grande, MS, Brasil.** [dissertação]. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2009.

REIS, L.L. et al. **Leishmaniose visceral e sua relação com fatores climáticos e ambientais no Estado do Tocantins, Brasil, 2007 a 2014.** Cad. Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 1-14, 2019.

SANTANA J.S., Silva A.R., Cavalcante M.N.S., Silva B.T.F., Machado S.P. & Gonçalves E.G.R. 2009. **Condições socioeconômicas, estado nutricional e consumo alimentar de crianças com Leishmaniose visceral atendidas em serviço público de saúde da cidade de São Luís, Maranhão, Brasil**. Cad. Pesq. 16:55-62.

SILVA E.S., Gontijo C.M.F., Pacheco R.S., Fiuza V.O. & Brazil R.P. 2001. **Visceral leishmaniasis in the metropolitan region of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil.** Mem. Inst. Oswaldo Cruz 96:285-291.

SILVA A.R., Tauil P.L., Cavalcante M.N.S., Medeiros M.N., Pires B.N. & Gonçalves E.G.R. 2008b. **Situação epidemiológica da leishmaniose visceral, na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão.** Revta Soc. Bras. Med. Trop. 41(4):358-364.

TELES, A. P. S. et al. **Fatores de risco associados à ocorrência da Leishmaniose Visceral na área urbana do município de Campo Grande/MS**. Hygeia, v. 11, n. 21, p. 35- 48, 2015.

VON ZUBEN APB. DONALISIO MR. **Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros.** Caderno de Saúde Pública, 2016. 32(6):e00087415.

Revista a submetido: Saúde em debate.

http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/about/submissions

Medidas de prevenção para transmissão vertical do HIV: acompanhamento de gestantes infectadas e crianças expostas

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos [1]
https://orcid.org/0000-0002-5512-5826

Renata Junqueira Pereira [2]
https://orcid.org/0000-0001-9487-4013

Adiléia Fernandes Barros da Silva Santos [3]
https://orcid.org/0000-0001-9750-2784

Lúcia Helena Almeida Gratão [4]
https://orcid.org/0000-0001-5817-5784

[1,3] Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Palmas, TO, Brasil.
[2] Departamento de Nutrição. Universidade Federal do Tocantins. Palmas, TO, Brasil.
[4] Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP 30130-100. E-mail: luciagratao@gmail.com

Resumo

Objetivos: apresentar uma análise do acompanhamento de crianças expostas e gestantes vivendo com HIV atendidas em um serviço público de referência de uma capital brasileira.

Métodos: trata-se de estudo transversal, com dados sociodemográficos e clínicos obtidos em prontuários físicos e eletrônicos mulheres vivendo com HIV e crianças expostas, atendidas entre 2000 a 2018 em um serviço de atenção secundária à saúde. Para as associações foi utilizado o teste qui-quadrado, com significância de 5%.

Resultados: foram analisados dados de 183 gestações de 150 mulheres e 214 crianças expostas a infecção pelo HIV. As mulheres possuíam baixa escolaridade, eram pardas ou pretas, solteiras, multíparas, com diagnóstico de HIV durante o pré-natal, com início do acompanhamento a partir do terceiro trimestre de gestação e uso de profilaxia durante o parto. Quanto às crianças, as associações foram significativas para notificação no SINAN, admissão no serviço de saúde, uso de profilaxia indicando melhor acompanhamento para aquelas que moravam na capital do estado.

Conclusões: as medidas de prevenção recomendadas pelo Ministério da Saúde, em geral, foram seguidas, porém apresentaram pior cenário as crianças e gestantes que residiam em outros munícipios quando comparadas as da capital. Foram identificados casos não notificados no SINAN. Essas questões podem contribuir para novos casos de transmissão vertical do HIV.

Palavras-chave *Transmissão vertical, HIV, Saúde materno-infantil, Saúde pública, Serviços de saúde*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000100011

Introdução

O cenário epidemiológico da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) mostra elevado número de casos em mulheres em idade fértil, com aumento de 38,1% na Taxa de detecção para gestantes vivendo com HIV nos últimos dez anos.[1] Observa-se que mais de 86,2% dos casos de crianças infectadas com menos de treze anos ocorreram na gestação, no momento do parto ou pelo aleitamento materno, evento clinicamente denominado transmissão vertical (TV-HIV).[2]

De modo a monitorar a sororreversão, é recomendado que toda criança exposta ao vírus seja acompanhada por 18 meses desde o nascimento pelo serviço de referência.[2] Durante esse período é orientada a realização de pelo menos dois testes moleculares de Carga Viral (CV-HIV) e a realização de sorologia anti-HIV antes da alta, para que só então o caso seja, de fato, encerrado.[3] Oliveira *et al*.[4] confirmam que realizar o acompanhamento adequado e iniciar o tratamento antirretroviral em tempo oportuno são fatores de proteção que podem contribuir para diminuir a possibilidade de TV-HIV e a soroconversão em crianças.

Considerando o objetivo da vigilância epidemiológica de monitorar o comportamento do HIV/Aids,[5] torna-se fundamental o monitoramento do cuidado às crianças expostas ao HIV nas Redes de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), bem como em os todos os dispositivos de saúde disponíveis para manter a criança assistida e segura. Para tal, a vigilância epidemiológica utiliza dados disponibilizados pelos serviços de referência, que são úteis para o planejamento, avaliação e aprimoramento de ações de promoção, prevenção e controle.[6,7]

Hipotetiza-se que existam crianças expostas ao HIV que não foram acompanhadas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e não realizaram os exames de CV-HIV, CD4 e sorologia anti-HIV na capital e que o registro desse acompanhamento é pior em crianças residentes em outros municípios.

Além de caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico, o presente estudo busca apresentar uma análise do acompanhamento de crianças expostas e gestantes vivendo com HIV atendidas em um serviço público de referência de uma capital brasileira.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal conduzido em Palmas, capital do estado Tocantins, localizada na região norte do Brasil, em um serviço público de referência para atendimento a pessoas vivendo com HIV (SPA/HIV). O SPA/HIV é integrante da RAVS, gerido pela equipe da Atenção Secundária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, com funcionamento desde 2000. Este serviço oferece atendimento às pessoas que residem na capital ou em outros municípios do estado. O projeto para realização deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT) sob o n° 1.618.415.

Foi feita caracterização e análise de dados sociodemográficos e clínicos de todas as crianças expostas ao vírus, por transmissão vertical e de gestantes vivendo com HIV, atendidas de 2000 a 2018 no SPA/HIV. Com a finalidade de identificar todas as gestações e crianças atendidas no serviço, foi realizada análise individual de todos os prontuários físicos e eletrônicos (E-SUS).

Foram utilizadas também, as bases de dados do Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) e do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). Elas se fizeram necessárias para a consulta de informações divergentes ou faltantes nos prontuários, tais como notificação, uso de profilaxia durante a gestação, trabalho de parto e parto e resultados de testes moleculares. Foram excluídos os prontuários de gestantes e crianças que não possuíam o local de residência.

Foram consideradas as medidas de prevenção da TV-HIV preconizadas pelo Ministério da Saúde: i) a testagem para o HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no pré-natal (primeiro e terceiro trimestre); ii) uso de terapia antirretroviral profilática antes e durante a gravidez e no momento do nascimento; iii) realização de cesariana para as mulheres com Carga Viral (CV-HIV) desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL; iv) substituição do leite materno por fórmula láctea; v) uso de zidovudina e outros fármacos para a prevenção de pneumonia pelo recém-nascido (RN)2 e; vi) notificação de todos os casos no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), este obrigatório desde 2000.[8]

As variáveis coletadas, relacionadas às gestantes, foram: município de residência, escolaridade, cor autodeclarada, estado civil, quantidade de gestações, diagnóstico da infecção pelo HIV, admissão no SPA/HIV, uso de profilaxia na gestação, uso de profilaxia durante o trabalho de parto e parto e confirmação da notificação da gestação no SINAN.

As relacionadas às crianças foram: sexo, admissão no SPA-HIV, uso de profilaxia na gestação pela mãe, uso de profilaxia pela criança, realização

de teste molecular (carga viral), realização de sorologia anti-HIV após 18 meses, registro de sororreversão, saída do SPA-HIV e confirmação da notificação como criança exposta no SINAN.

A realização de teste molecular (carga viral) foi analisada segundo quantidade de exames realizados, classificados em nenhum teste realizado '0', um teste realizado '1' ou dois ou mais testes realizados '≥ 2'.

Foram mantidas as frequências de prontuários que não possuíam as informações desejadas como 'Sem Informação', com a finalidade de demonstrar o não preenchimento dos campos ou o não registro do acompanhamento ofertado no Serviço de referência. Assim, foram analisados 214 prontuários de crianças expostas e 318 prontuários de mulheres vivendo com HIV, que apresentavam algum relato de acompanhamento gestacional no serviço. No entanto, foram excluídos 175 prontuários de mulheres, por motivos como transferência de unidade de tratamento, abandono ou perda de seguimento em algum momento da gestação e não conclusão da gestação por aborto ou outras causas.

Para a caracterização da amostra foram utilizados os testes de normalidade Shapiro-Wilk e Kalimogorov-Smirnov. As variáveis foram descritas por frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para comparação de proporções entre o município de Palmas – TO, demais municípios atendidos e as demais variáveis do estudo, aplicou-se o teste de associação qui-quadrado (χ^2), a 5% de significância.

A construção do banco de dados foi realizada com auxílio do programa Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos), e as análises dos dados foram processadas no programa SPSS 15.0 (SPSS Inc., Estados Unidos).

Resultados

Foram analisados prontuários físicos e eletrônicos de 183 gestações de 150 mulheres e 214 crianças expostas a infecção pelo HIV. As características sociodemográficas e de saúde das gestantes são mostradas na Tabela 1.

Observa-se que a 48,3% das gestantes tiveram diagnóstico de HIV durante o pré-natal, 32,2% iniciaram o acompanhamento apenas no terceiro trimestre de gestação, 90,2% utilizaram profilaxia durante o pré-natal e 64,5% durante o parto, sendo que 29,5% dos prontuários não possuíam essa informação. Em relação à notificação no SINAN, apenas 80,3% dos casos foram notificadas (Tabela 1).

Na Tabela 2 estão descritas as características de saúde das crianças expostas verticalmente ao HIV e os resultados dos testes estatísticos comparando as crianças residentes no município de Palmas – TO e crianças residentes em outros municípios atendidos pelo SPA/HIV.

Em Palmas – TO, observou-se número significativamente maior de crianças que chegaram ao serviço especializado em até 30 dias após a alta da maternidade, quando comparadas às crianças dos outros municípios (p<0,001). Em relação a notificação no SINAN, 40,0% das crianças residentes em outros municípios não possuíam nenhuma informação sobre a notificação no SINAN, enquanto na capital, 10,1% também não possuíam (p<0,001).

A comparação de mulheres que utilizaram a profilaxia (ARV) durante o parto, evidenciou o uso em 60,4% das gestantes residentes em Palmas – TO, e em apenas 47,7% daquelas provenientes de outros municípios (p=0,218). O uso de profilaxia (AZT) pelas crianças foi relatado para 81,2% das residentes em Palmas – TO e 61,5% daquelas de outros municípios (p=0,003). Em ambas as variáveis o número de prontuários sem informação foi maior em crianças de outros municípios (32,3%) em relação a Palmas (29,2%).

Destaca-se alta ocorrência de prontuários sem informação em relação a realização de sorologia anti-HIV após 18 meses e documentação da sororreversão tanto em crianças residentes em Palmas – TO quanto em outros municípios.

Não foi observada diferença significativa entre as quantidades de crianças com sororreversão, quando se comparou residentes na capital ao demais municípios (p=0,131). Da mesma forma, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os percentuais de crianças que deixaram o serviço por alta (p=0,644) ou que estavam com essa informação ausente.

Discussão

Os resultados demonstram pior cenário para crianças expostas e gestantes vivendo com HIV atendidas no SPA/HIV, mas que residem em outros munícipios que para aquelas residentes na capital. Há quantidade relevante de gestantes e crianças não notificadas e informações importantes não registradas nos prontuários.

Semelhante a outros estudos,[1,9] identificou-se que a maioria das gestantes atendidas no SPA-HIV possuíam baixa escolaridade e se autodeclararam de cor parda. A média de gestações por mulher foi duas vezes superior à média de filhos nacional.[10] Em relação a cor, os achados desse estudo acompanha-

Tabela 1

Características sociodemográficas e clínicas de gestantes vivendo com HIV.

Variáveis	N	%
Município de residência		
Palmas	114	62,3
Outros	69	37,7
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,5
Ensino fundamental incompleto	59	32,2
Ensino fundamental completo	25	13,7
Ensino médio incompleto	26	14,2
Ensino médio completo	56	30,6
Ensino Superior incompleto	7	3,8
Ensino Superior completo	5	2,7
Sem Informação	4	2,2
Cor autodeclarada		
Branca	28	15,3
Negra	42	23,0
Parda	110	60,1
Sem Informação	3	1,6
Estado civil		
Casada	64	35,0
Solteira	75	41,0
União estável	39	21,3
Viúva	2	1,1
Sem Informação	3	1,6
Quantidade de gestações [a]		
Até duas	65	45,5
Três ou mais	76	52,5
Sem informação	3	1,6
$\overline{X}$ (DP)	2,0 (2,067)	
Diagnóstico da infecção pelo HIV [b]		
Antes do pré-natal	63	44,1
Durante o pré-natal	69	48,3
Parto	5	3,5
Sem Informação	6	4,1
Admissão no serviço de saúde referência		
Primeiro trimestre	29	15,8
Segundo trimestre	47	25,7
Terceiro trimestre	59	32,2
Sem Informação	48	26,2
Profilaxia (ARV) na gestação		
Durante o pré-natal	165	90,2
Apenas no parto	2	1,1
Não usou	5	2,7
Sem Informação	11	6,0

continua

[a] Dados referentes a última gestação acompanhada no serviço; [b] Dados referentes a primeira gestação da gestante acompanhada no serviço; HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; ARV = Antirretroviral; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; FA = Frequência Absoluta; FR = Frequência Relativa; n = Amostra; DP = Desvio Padrão.

Tabela 1 **conclusão**

Características sociodemográficas e clínicas de gestantes vivendo com HIV.

Variáveis	N	%
Profilaxia (ARV) durante o parto		
Usou	118	64,5
Não usou	11	6,0
Sem Informação	54	29,5
Notificação da gestação no SINAN		
Sim	147	80,3
Não	35	19,1
Sem Informação	1	0,5

[a] Dados referentes a última gestação acompanhada no serviço; [b] Dados referentes a primeira gestação da gestante acompanhada no serviço; HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; ARV = Antirretroviral; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; FA = Frequência Absoluta; FR = Frequência Relativa; n = Amostra; DP = Desvio Padrão.

Tabela 2

Características clínicas de crianças expostas ao HIV acompanhadas por um serviço de atenção secundária de Palmas, Tocantins, 2000-2018. (n= 214 crianças)

Variáveis	Palmas – TO (n=149)		Outros municípios (n=65)		*p**
	n	%	n	%	
Sexo					0,766
Feminino	76	51,0	31	47,7	
Masculino	73	49,0	34	52,3	
Notificação da criança no SINAN					0,000 [a]
Sim	129	86,6	34	52,3	
Não	5	3,4	5	7,7	
Sem Informação	15	10,1	26	40,0	
Admissão no Serviço de atenção secundária de Saúde (dias)					0,000 [a]
Até 15	74	49,7	23	35,4	
Até 30	34	22,8	12	18,5	
Até 60	22	14,8	6	9,2	
Até 120	14	9,4	19	29,2	
Uso de profilaxia (ARV) na gestação pela mãe					0,218
Sim	90	60,4	31	47,7	
Não	21	14,1	13	20,0	
Sem Informação	38	25,5	21	32,3	
Uso de profilaxia (AZT) pela criança					0,003 [a]
Sim	121	81,2	40	61,5	
Não	3	2,0	6	9,2	
Sem Informação	25	16,8	19	29,2	
Realização de teste molecular (Carga viral) [b]					0,141
0	15	11,3	13	21,3	
1	27	20,3	10	16,4	
≥ 2	85	63,9	33	54,1	
Sem informação	6	4,5	5	8,2	**continua**

[a] Significativo pelo Teste do qui-quadrado, a 5% de significância; [b] Dados referentes a crianças que completaram 18 meses (n= 194); [c] Óbito ou transferência; HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; ARV =Antirretroviral; AZT = Azidotimidina; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; n = Amostra; DP = Desvio Padrão; * qui-quadrado.

Tabela 2 **conclusão**

Características clínicas de crianças expostas ao HIV acompanhadas por um serviço de atenção secundária de Palmas, Tocantins, 2000-2018. (n= 214 crianças)

Variáveis	Palmas – TO (n=149)		Outros municípios (n=65)		*p**
	n	%	n	%	
Realização de sorologia anti-HIV após 18 meses [b]					0,290
Sim	28	21,1	19	31,1	
Não	29	21,8	13	21,3	
Sem informação	76	57,1	29	47,5	
Sororreversão [b]					0,131
Sim	23	17,3	12	19,7	
Não	5	3,8	7	11,5	
Sem informação	105	78,9	42	68,9	
Saída do Serviço de atenção secundária de Saúde [b]					0,644
Alta	67	50,4	29	47,5	
Outros Motivos [c]	29	21,8	17	27,9	
Sem informação	37	27,8	15	24,6	

[a] Significativo pelo Teste do qui-quadrado, a 5% de significância; [b] Dados referentes a crianças que completaram 18 meses (n= 194); [c] Óbito ou transferência; HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; ARV =Antirretroviral; AZT = Azidotimidina; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; n = Amostra; DP = Desvio Padrão; * qui-quadrado.

ram as distribuições estaduais e nacionais.[1,11]

O manejo da prevenção da TV-HIV é influenciado por fatores sociodemográficos já que podem favorecer ou não a adesão ao tratamento antirretroviral, a profilaxia adequada e o monitoramento da CV-HIV – fatores de proteção para a criança.[2,12,13] Estudos apontam que aspectos como alto número de filhos, baixa escolaridade e raça/cor parda ou preta podem ser marcadores de vulnerabilidade acentuada no que se refere a qualidade da atenção pré-natal e parto e acesso a informações e serviços de saúde influenciando negativamente a adesão ao acompanhamento da criança exposta ao vírus.[13,14,15]

A maioria das gestantes informaram estarem solteiras, porém 56,3% informaram serem casadas ou estarem em união estável. A depender da qualidade da relação e da aceitação da sorologia, ter um companheiro pode ser um facilitador na continuidade dos cuidados da criança.[14] Pensando no apoio advindo das relações afetivas, em um estudo realizado por Faria *et al.*[16] em Porto Alegre – RS, foi encontrado o apoio emocional como variável associada a CV-HIV indetectável na gestação. As gestantes com maior apoio emocional tiveram 2,55 mais chances de aderirem ao tratamento. Os autores[16] destacam que o apoio emocional, como um aspecto do apoio social, é importante facilitador de adesão ao tratamento em gestantes, pois envolve disponibilidade de escuta, atenção, informação e apoio à ansiedade frente ao medo da infecção do bebê e da revelação do diagnóstico para a família.

No presente estudo a maioria das gestantes foi diagnosticada durante o pré-natal, iniciou o acompanhamento no serviço de referência apenas no terceiro trimestre da gestação e algumas não possuíam informações de admissão no serviço. Com esses resultados e considerando a recomendação quanto a triagem de HIV no primeiro e terceiro trimestre de gestação,[17] questiona-se a fragilidade na oferta e realização da sorologia anti-HIV no primeiro trimestre da gestação e a falta de adesão ou início tardio do pré-natal na Atenção Primária, que deveria ser a norteadora do cuidado nesses casos, além de evidenciar a fragilidade do acompanhamento nos serviços de saúde da região analisada.

Além disso, ao considerar que 44,1% tiveram diagnóstico antes da gestação, questiona-se o motivo da diferença temporal entre o conhecimento da sorologia e a admissão no serviço de atenção secundária, considerando que para muitas, se deu apenas no terceiro trimestre de gestação, logo entende-se como uma perda de oportunidade para prevenção da TV-HIV.

Estudos apontam que gestantes que são acompanhadas adequadamente e aderem ao pré-natal tendem a apresentar maior adesão à terapia antir-

retroviral, principalmente por manifestarem maior preocupação com a saúde do recém-nascido, e por terem maior acesso a atividades educativas ofertados pelos serviços de saúde e de cuidado dos profissionais.[16,18] Ações de saúde que orientem sobre os benefícios da TARV e discutam sobre o seu impacto na saúde da criança são imprescindíveis na manutenção do acompanhamento tanto durante a gestação, quanto após o nascimento da criança, como destacado pelo Ministério da Saúde.[2]

Ao se analisarem os fatores de risco para soroconversão da infecção pelo HIV em nascidos vivos, Faria *et al*.[16] encontraram associação significativa entre o aleitamento materno e a não utilização de antirretrovirais durante a gestação com a TV-HIV, sendo que todas as mães de crianças vivendo com HIV possuíam, no momento do parto, CV-HIV detectável e elevada, representando um risco maior de transmissão vertical. No presente estudo não foram encontrados registros suficientes nos prontuários, que pudessem evidenciar a prática do aleitamento materno e as medidas profiláticas ofertadas a gestante. Porém, observou-se que a maioria das mulheres utilizou terapia antirretroviral na gestação e durante o nascimento, fator considerável, uma vez que a literatura aponta associação entre a terapia durante a gestação e durante o trabalho de parto e parto com sororreversão em crianças.[4]

De acordo com protocolo específico,[2] o risco de TV-HIV é determinado pela CV-HIV materna, pela não utilização da terapia antirretroviral durante a gestação e pela relação entre o tempo de terapia antirretroviral efetiva e o nascimento. Ressalta-se ainda que as mulheres com CV-HIV elevada e que não fazem acompanhamento adequado têm indicação de cesariana, o que aumenta as chances de complicações cirúrgicas, risco de infecção e tempo maior de internação hospitalar.[19]

Em relação a notificação compulsória, o esperado é que o número de notificações realizadas durante o pré-natal, conduzido pela Atenção Primária, seja superior às realizadas no serviço de atenção secundária e na maternidade, pois isso aponta para esforços de captação precoce de gestantes e possibilidade de início oportuno das medidas de prevenção adequadas. O contrário, pode sugerir fragilidade na qualidade da assistência pré-natal, falhas na capacitação e no reconhecimento pelos profissionais de saúde da importância da notificação compulsória.[7] Neste estudo, apesar de mais da metade dos casos terem sido notificados, os resultados ainda não foram satisfatórios, já que 19,1% das gestantes que fizeram acompanhamento no serviço de referência não foram notificadas no SINAN.

A notificação da criança exposta, por sua vez, deve ser feita na maternidade logo após o nascimento.[3] A maioria das crianças residentes na capital do Tocantins e em outros municípios foram notificadas; no entanto, as informações de 40% dos residentes de outros municípios estavam ausentes e foi identificado que 7,7% não foram notificadas. Tal subnotificação é importante, podendo sugerir falta de acesso às notificações de crianças residentes em outros municípios pela área técnica de Palmas – TO, além de mostrar a ocorrência de subnotificação nos municípios do interior, expondo tais pacientes a maior risco de TV-HIV.

O protocolo ressalta que a alta da maternidade deve ser acompanhada de consulta agendada em serviço de atenção secundária para seguimento das crianças, não ultrapassando quinze dias a partir do nascimento e, em caso de não comparecimento, é necessário contatar a mãe por meio de busca ativa.[3] O acompanhamento da criança no SPA/HIV deve ser mensal nos primeiros seis meses e no mínimo bimestral a partir de um ano até os dezoito meses de vida. A primeira CV deve ser coletada duas semanas após o término da profilaxia (AZT) e a segunda após seis semanas.[3]

No presente estudo as crianças realizaram a primeira consulta no serviço em até 30 dias. As crianças de outros municípios foram admitidas mais tardiamente no SPA-HIV, em relação às residentes na capital, visto que 29,2% chegaram ao serviço em até 120 dias após o nascimento. Macedo e colaboradores (2013)[20] apontam que a entrada precoce no serviço pode estar relacionada à preocupação dos cuidadores com a saúde do recém-nascido, porém não significa maior adesão ao acompanhamento da criança, visto que esta depende de fatores sociais e econômicos, da relação profissional-paciente e da compreensão do cuidador acerca da importância do acompanhamento.

Em relação à utilização de profilaxia pela mãe e pela criança, este estudo corrobora com achados de outros estudos[21,22] nos quais a maioria das mães e crianças fizeram o uso. Por outro lado, dados de pacientes que não receberam AZT, de mães que não utilizaram profilaxia na gestação ou de prontuários com informações ausentes, representam risco de transmissão vertical não documentada, perdas de seguimento e de subnotificação nos municípios atendidos pelo SPA-HIV.

Neste contexto, destaca-se a importância da referência e contra referência entre maternidade, atenção primária e atenção secundária – parceiros na busca ativa dos casos, uma estratégia utilizada em saúde pública que envolve um cuidado diferenciado

dos profissionais de saúde com o paciente. Respeitando-se os princípios éticos, pode-se fortalecer o vínculo com as pessoas vivendo com HIV, diminuindo a taxa de abandono e minimizando perdas de seguimento, que interferem na sororreversão.[20]

Mais da metade de crianças da capital (58,4%) e de outros municípios (50,8%) realizaram mais de dois exames de CV-HIV. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos,[13] indicando a realização da quantidade de exames preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde.[3] No entanto, 37,7% e 31,6% de crianças residentes em Palmas – TO e em outros municípios, respectivamente, não realizaram a quantidade mínima de exames de CV-HIV, implicando no acompanhamento e encerramento dos casos. Ressalta-se que a distância entre o SPA-HIV e o município de residência pode ser uma problemática existente na realização dos exames, no prazo e no acompanhamento adequado das crianças.

Observou-se escassos registros sobre a realização de sorologia para HIV, sobre a sororreversão e sobre a saída do SPA-HIV nos prontuários, tanto das crianças residentes na capital, quanto do interior. Supõe-se que isso ocorra por conta de o fechamento do diagnóstico ser realizado apenas com os exames de CV-HIV e por conta de que o protocolo ministerial recomenda a realização da sorologia ao final de 18 meses apenas a fim de documentação do caso,[3] ou seja, não institui como obrigatório para fechamento de diagnóstico. Em relação a saída do serviço, não há como assegurar que a alta ocorreu com a realização ou não de sorologia, pois as informações de alta não são devidamente qualificadas ocorrendo especificação apenas em casos de óbito e de transferência.

Ressalta-se que os campos antecedentes epidemiológicos da mãe, investigação da criança exposta ao HIV e evolução do caso estão presentes apenas na ficha de notificação física[7] o que não torna esses campos obrigatórios para encerramento do caso no SINAN, tornando a obtenção de informações pouco objetiva e demandando que os profissionais busquem dados em documentos internos do serviço de saúde, em outros sistemas de informação ou diretamente com as diretorias de vigilância epidemiológica.

Em geral, a partir da análise descritiva dos dados, pode-se afirmar que as medidas de prevenção a TV-HIV instituídas no protocolo do Ministério da Saúde foram seguidas na maioria dos casos atendidos pelo SPA-HIV, no entanto, fragilidades importantes foram encontradas na atenção ofertada a criança e a gestante e que poderiam contribuir para novos casos de transmissão vertical do HIV, isto é, possível fragilidade na oferta e realização da sorologia anti-HIV no primeiro trimestre da gestação e a falta de adesão ou início tardio do pré-natal na Atenção Primária; considerável diferença temporal entre o conhecimento da sorologia e a admissão no serviço de atenção secundária; admissão tardia das crianças de outros municípios no SPA-HIV em relação aquelas que residiam na capital; escassez de registros sobre a realização de sorologia para HIV, sobre a sororreversão, aleitamento materno e sobre a saída do SPA-HIV nos prontuários, tanto das crianças residentes na capital, quanto do interior.

Diante dos resultados, com o intuito de melhorar a comunicação entre os níveis de atenção, sugere-se a criação de um grupo técnico com reuniões periódicas para discussão de casos entre representantes da Maternidade, equipes de Atenção Primária de referência, serviços de atenção secundária e área técnica de vigilância epidemiológica da capital e de outros municípios. Além disso, verifica-se a importância de i) captação precoce das gestantes vivendo com HIV para o pré-natal e para o acompanhamento no SPA-HIV; ii) busca ativa dos casos principalmente de residentes em municípios do interior promovendo diálogos ativos entre gestores dos municípios parceiros e iii) do investimento em capacitação dos profissionais sobre o uso da informação em saúde e sobre a importância de manter atualizados os registros clínicos dos pacientes para vigilância e investigação dos casos.

As limitações deste estudo incluem a obtenção de informações por fontes de dados secundárias, que como observado neste e em outros estudos são frágeis e nem sempre são preenchidas adequadamente. No entanto, observa-se potencialidades, já que é o primeiro estudo no estado do Tocantins que avalia e discorre sobre o acompanhamento de crianças expostas e gestantes vivendo com HIV/Aids. Além disso tem-se uma amostra composta por 100% dos indivíduos atendidos no SPA/HIV, com um recorte temporal de 18 anos.

Contribuição dos autores

Vasconcelos, CSS e Gratão, LHA foram responsáveis pela concepção e delineamento do trabalho; aquisição, análise e interpretação dos dados, e elaboração do conteúdo intelectual. Santos, AFBS foi responsável pela aquisição, análise e interpretação dos dados. Pereira, RJ foi responsável pela elaboração do conteúdo intelectual. Todas as autoras aprovaram a versão final do trabalho.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV e Aids. Brasília, DF; 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67064/boletim_hivaids_2019.pdf?file=1&type=node&id=67064&force=1
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF; 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57801/miolo_pcdt_tv_08_2019.pdf?file=1&type=node&id=57801&force=1
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília, DF; 2018. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64833/pcdt_infantil_04_2019_web.pdf?file=1&type=node&id=64833&force=1
4. Oliveira KWK, Oliveira SK, Barranco ABS, Hoffmann T, Duarte CS, Nazário RF, Marcon CEM, Schuelter-Trevisol F. Transmissão vertical do HIV na Região Sul de Santa Catarina, 2005-2015: análise dos fatores de risco para soroconversão em nascidos vivos. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2018; 18 (3): 471-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]. Brasília, DF; 2019. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf
6. Lima DJM, Chagas ACMA, Mendes IC, Oriá MOB, Aquino PS, Pinheiro AKB. Completude e consistência dos dados de gestantes HIV positivas notificadas. Rev Enferm UERJ. 2014; 22 (3): 321-6.
7. Meirelles MQB, Lopes AKB, Lima KC. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. Rev Panam Salud Publica. 2016; 40 (6): 427-34.
8. Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html
9. Bick MA, Ferreira T, Sampaio CO, Padoin SMM, Paula CC. Perfil de gestantes infectadas e crianças expostas ao HIV atendidas em serviço especializado do sul do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2018; 18 (4): 803-13.
10. UNPA (Fundo de População das Nações Unidas). Fecundidade e Dinâmica da População Brasileira. Brasília, DF; 2018. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sumario_executivo_br_0.pdf
11. Tocantins. Secretaria do Planejamento e Orçamento. Indicadores socioeconômicos do Estado do Tocantins. 2017. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/349157/
12. Souza HCS, Mota MR, Alves AR, Lima FD, Chaves SN, Dantas ERA, Abdelmur SBM, Mota APVS. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. Rev Bras Enferm. 2019; 72 (5): 1361-9.
13. Galvão MTG, Cunha GHC, Freitas JG, Gir E, Reis RK. Condições sociodemográfica, materna e clínica de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana. Rev Rene. 2014; 15 (1): 78-88.
14. Torres RR, Ferreira LC, Santos TC, Santos AP, Oliveira VPG. Adesão da genitora vivendo com HIV/Aids no acompanhamento da sororreversão do filho. J Health Connections. 2017; 1 (1): 19-32.
15. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública. 2017; 33 (1): 1-17.
16. Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: Preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal. Psic Teor e Pesq. 2014; 30 (2): 197-203.
17. Brasil. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/20200101/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf
18. Carvalho MO, Figueiredo MN, Rolemberg AS, Silva JRS, Soares AF. Sororreversão de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana. Braz J Hea Rev. 2019; 2 (4): 3265-82.
19. OMS (Organização Mundial da Saúde). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS, 2015 [citado 11 nov. 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
20. Macedo MR, Frauches DO, Macedo LR, Macedo CR. Crianças expostas à transmissão vertical do HIV: seguimento incompleto e sua possível implicação no desfecho. Rev Bras Pesq Saúde. 2013; 15 (2): 73-80.
21. Burg MR, Andreazza M, Silva SR, Oliveira MMT, Santos S, Raffo N. Acompanhamento de crianças expostas ao HIV materno no município de Canoas/RS. Rev Enferm UFSM. 2017; 7 (2): 248-61.
22. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MF, Tavares LL, Silva LCF, Moreira-Silva SF, Saraceni V. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. Cad Saúde Pública. 2016; 32 (9): 1-10.

Recebido em 14 de Maio de 2020

Versão final apresentada em 16 de Novembro de 2020

Aprovado em 3 de Dezembro de 2020

Revista de APS
https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index

O rastreamento da reincidência de intento suicida como estratégia de vigilância em saúde no município de Palmas/TO

Tracking recurrence of suicidal attempt as health surveillance strategy in the city of Palmas /TO.

Elizangela Cunha Lopes; Marta Maria Malheiros Alves.

RESUMO:

Objetivos: Conhecer a realidade quanto ao rastreamento/acompanhamento dos casos notificados em 2018, de usuários reincidentes em intento suicida em Palmas/TO, a fim de propor estratégias de intervenções e ou criação de fluxos. **Método**: Foi um estudo quantitativo, descritivo, utilizando o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), estratificados pelo TABWIN, analisados e consolidados com Excel 2010. **Resultados**: Foram analisadas 163 fichas, correspondente a 44,5% dos casos notificados, dessas, 78,5% são mulheres, pardas 73%, solteiras 64,4%, estudantes 38%, com ensino médio completo 25,8%, com 46,6 % dos casos enviados aos territórios de saúde acompanhados pelo Nasf/AB. **Conclusão**: Foi identificado o perfil dos reincidentes em tentativas de suicídio no município em 2018, perpassando pela realidade do rastreamento/monitoramento destes, constatando fragilidades no preenchimento das fichas de notificação, demonstrando que o foco deve ser a discussão entre os setores da RAVS e a linha do cuidado, a fim de propor melhoria na troca de informações para maior efetividade no atendimento.
PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Vigilância epidemiológica. Saúde pública**.**

ABSTRACT:
Objectives: To get to know the reality regarding the tracking / monitoring of cases notified in 2018 of recurrent users of suicide attempt in Palmas / TO, in order to propose intervention strategies and / or flow creation. **Method**: It was a quantitative, descriptive study, using the database of the Notifiable Diseases Information System (SINAN), stratified by TABWIN, analyzed and consolidated with Excel 2010. **Results**: 163 files were analyzed, corresponding to 44.5% of the reported cases, of these, 78.5% are women, 73% brown, 64.4% single, 38% students, 25.8% complete high school. Where, 46.6% of cases sent to health territories were followed up by Nasf / AB. **Conclusion**: The profile of repeat offenders in suicide attempts in the municipality in 2018 was identified, going through the reality of their tracking / monitoring, showing weaknesses in filling out the notification forms, demonstrating that the focus should be the discussion between the RAVS sectors and the line of care, in order to propose

.

improvement in the exchange of information for greater effectiveness in care.
KEYWORDS: Suicide. Epidemiological monitoring. Public health.

INTRODUÇÃO

O tema suicídio tem se tornado cada vez mais emergente nos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de se conhecer mais sobre este fenômeno complexo que atinge a sociedade. As tentativas de suicídio devem ser vistas como sinalizador de um sofrimento multifacetado, exigindo dos órgãos de saúde maior empenho na linha de cuidado para o enfrentamento deste agravo à saúde, os serviços de saúde precisam ser acolhedores para que os usuários enxerguem neles um sentimento de esperança para o momento de tal sofrimento[1].

Também conhecido como autoextermínio, o suicídio é definido como o ato do sujeito sentenciado contra a própria vida, "cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal"[2]. É importante frisar que o suicídio não é algo novo, de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)[2], este fenômeno que hoje é considerado um problema de saúde pública, esteve sempre presente em todas as culturas da humanidade, perpassando por diferentes ciclos de vida, englobando uma série de fatores como os socioambientais, econômicos, psicológicos e genéticos, dentre outros, a complexidade desses fatores justifica a necessidade do sistema de saúde manter organizada uma rede específica de atendimento para essa população a fim de prevenir o suicídio[2].

Visando maior acompanhamento e direcionamento dessa demanda, o Ministério da Saúde (MS) em 2006, instituiu o sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) no Brasil, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356[3], como estratégia de enfrentamento deste agravo à saúde e em 2014, por meio da Portaria MS/GM nº 1.271[4], essa portaria coloca as tentativa de suicídio na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, e a partir de então devem ser notificadas imediatamente, no prazo de até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido para as secretarias municipais de Saúde pelo profissional que prestar o primeiro atendimento, para tanto, tem se como um dos objetos de trabalho desse sistema, a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, por meio da qual pode se monitorar os casos notificados e pensar em ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas vítimas de

violência[4].

Para que o ato de suicídio não se concretize é fundamental que se intervenha nas crises de tentativas de maneira efetiva, para tanto é necessário que se conheçam os riscos e identifique se sua fase é aguda ou crônica. Neste sentido, Parente[5] salienta que risco agudo e crônico apresentam algumas características clínicas distintas como: a história pregressa de ideação, psicopatologias e fatores socioeconômicos dentre outros, podendo estas, servirem de parâmetros para identificar a situação da crise suicida. Outro ponto importante enfatizado por essa autora é a capacidade que o profissional vai ter para levantar e contextualizar elementos que sejam fatores de risco e/ou de proteção da crise, isso poderá possibilitar um manejo mais adequado daquela situação[5].

No tocante aos riscos, a ABP, orienta que após avaliar detalhes da história do sujeito, é possível atribuir um grau ao risco da crise, indicando se ele é alto, médio ou baixo e que isso poderá ser utilizado no manejo de fatores predisponentes da crise, lembrando que as fases ou grau da crise podem mudar rapidamente, e não é possível definir com exatidão, portanto, é necessário que o profissional tenha clareza que este risco é estimado[2].

Estudos epidemiológicos evidenciam que o suicídio tem ceifado vidas de forma alarmante e crescente, neste viés, a ABP, salienta que no Brasil, entre "2000 e 2012 houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes por suicídio, sendo observado um aumento de mais de 30% no público jovem"[2].

Além do aumento na quantidade de óbitos, há uma preocupação também com o aumento das reincidências, que de acordo com o dicionário é o ato de insistir em algo, no caso das tentativas de suicídio, configura-se pela insistência em atentar contra a própria vida. Em relação à temática, enxerga-se no rastreamento dos casos reincidentes em tentativas de suicídio, uma forma de monitorar os casos, acompanhando os caminhos que o usuário percorre na Rede de Atenção e Vigilância em saúde (RAVS). Tal estratégia já foi apontada por Rodrigues[6], para a autora, o monitoramento pode subsidiar a implementação de ações para controle dos agravos, bem como definir as prioridades nos serviços de saúde, e chama atenção para a questão da intencionalidade, onde os notificadores devem se atentar quanto à qualidade da informação prestada, diferindo uma lesão ou intoxicação acidental da intencional, pois a falta de clareza da intencionalidade pode culminar na subnotificação da violência autoprovocada[6].

O rastreamento da violência autoprovocada já é uma realidade prevista pela Portaria MS/GM Nº 1.876 de 2006[7], que instituiu no Brasil as diretrizes para a prevenção do suicídio no país, que dentre outras providências, permitiu organizar uma linha de cuidados integrais em todos os níveis de atenção à saúde e identificar a prevalência de determinantes e condicionantes das tentativas e dos suicídios[7].

Uma variável muito importante para direcionar as ações de intervenção nos casos de intento suicida, é identificar se a vítima dessa violência possui algum tipo de transtorno mental, pois de acordo com estudos recentes, o índice de intento suicida relacionado a esse problema de saúde é uma característica constante, como enfatiza Botti et al.[8] "Estima-se que, 90% dos pacientes que cometem suicídio apresentam transtorno psiquiátrico diagnosticável, sendo portanto, os problemas de saúde mental os preditores mais importantes das tentativas de suicídio"(p.1290). Segundo esses autores temos na subnotificação dos casos outro grande problema que permeia as tentativas de suicídio, para eles a falta ou o baixo número de notificações dificultam um diagnóstico da realidade, essa constatação se deu por meio da análise de uma amostra combinada de 109.377 indivíduos que realizaram uma ou mais tentativas de suicídio durante o período estudado[8].

Diante da realidade descrita no parágrafo anterior, enxerga-se no rastreamento das tentativas de suicídio, a possibilidade de transformação no que tange ao desfecho dos casos, pois acredita-se que mantendo um acompanhamento sistemático, os profissionais de saúde poderão conhecer fatores de proteção e de risco para as vítimas dessa violência e assim direcionar o atendimento de acordo com a necessidade de cada usuário.

A nível de Brasil, o boletim epidemiológico de n°30 do Ministério da Saúde (MS)[9] sobre o suicídio, refere que 33, 1% dos casos de intento suicida foram de caráter repetitivo, enquanto que em Palmas, de acordo grupo condutor causas externas os dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), mostraram que o número de reincidência em 2017 foi de 41,7%.

Diante da realidade citada em relação à reincidência de suicídio em Palmas/TO, percebe-se a importância de estudos como este, pois podem servir de direcionamento para os serviços de saúde, intervirem de forma efetiva nos problemas de saúde identificados, possibilitando atendimento às vítimas de tentativa de suicídio em tempo oportuno. Vale lembrar que o serviço de saúde municipal de Palmas/TO está estruturado

por meio da RAVS na Portaria inst nº 518/semus/gab, de 14 de junho de 2016, que dentre outras determinações, "resolve Instituir a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS) como forma de organização do sistema municipal de saúde"[10].

É importante salientar que a vítima de tentativa de suicídio, precisará contar com apoio de uma rede estruturada para enfrentar as realidades que o levaram a atentar contra sua vida. Neste sentido, Botega[11], aponta dois pontos essenciais a serem considerados: "a capacitação de profissionais de saúde para avaliar e manejar o risco de suicídio e o acompanhamento de pacientes que tentaram o suicídio, desde o momento em que são atendidos em um serviço de emergência médica" (p.299).

Isto nos mostra a importância do acompanhamento/monitoramento sistemático dos casos de intento suicida pela rede de atenção e vigilância em saúde, onde hajam critérios preestabelecidos para o atendimento de pessoas que tentaram suicídio. Acredita-se que, seja uma forma de contribuir para que o usuário consiga lidar com as circunstâncias pós-tentativa, e possa controlar seus impulsos até a superação do pensamento suicida.

A partir das referências citadas e por considerar importante planejar as ações estratégicas para o enfrentamento do número crescente de reincidência em tentativas de suicídio em Palmas/TO, foi realizado este estudo, a fim de contribuir para a reorganização e ou manutenção das ações, podendo vir a subsidiar as tomadas de decisões.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

A ideia de traçar um perfil das pessoas reincidentes, foi o ponto de partida na busca de tentar compreender melhor a realidade que envolve este fenômeno crescente que são as tentativas de suicídio no município de Palmas/TO. Para tanto foram levantadas as informações de doze variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, utilizada pela RAVS.

Dentre os desafios que a temática trouxe, optou-se nesta por aprofundar o conhecimento acerca das ações de acompanhamento/monitoramento da reincidência de suicídio no município, onde buscou-se identificar questões que possam levar a fragmentação no rastreamento dessa violência pelos profissionais da RAVS da cidade de Palmas/TO, pois acredita-se que a fragmentação da vigilância em saúde deste agravo, dificulte o tratamento e interfere negativamente no planejamento das ações de intervenção para com a violência.

Para a coleta dos dados, foi utilizados o banco de dados do SINAN, por meio da ferramenta de tabulação TABWIN e as planilhas de monitoramento de intento suicida, compartilhadas com os territórios de saúde pela coordenação técnica das causas externas que integra a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS) de Palmas/TO, para consolidação e análise dos dados, foi utilizado o programa Office Excel 2010 da Microsoft.

É importante lembrar que as referidas planilhas foram instituídas após ser realizada uma pactuação entre a coordenação das causas externas e a coordenação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf/AB) e só passaram a ser compartilhadas após o envio de um documento interno em maio de 2018, para ciência dos profissionais dos oito territórios de saúde do município de Palmas/TO.

Foi um estudo de campo realizado com o olhar da pesquisa descritiva, que segundo Vieira[12], tem como objetivo, conhecer e interpretar a realidade, expondo as características de um determinado fenômeno, procurando descrevê-las, classificá-las e interpretá-las. Desta forma a pesquisa levou em conta além das informações relacionadas às variáveis, as divergências encontradas no preenchimento das fichas que estão descritas na análise dos resultados.

Esta pesquisa só foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas(FESP), CAAE: 11883719.6.0000.9187, respeitando os aspectos éticos regulamentados pela Resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde (CNS)[13] e as complementares que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos[13].

RESULTADOS

Os dados levantados neste estudo são produtos de uma análise descritiva das características sociodemográficas referentes a pessoas vítimas reincidentes em tentativa de suicídio ocorridas no ano de 2018 e trazem tanto convergências como divergências das literaturas estudadas como podemos conferir na tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis analisadas na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada dos casos de pessoas reincidentes e residentes em Palmas/TO no ano de 2018

(n=163)	FA (n)	FR (%)
Sexo		
Feminino	128	78,5
Masculino	35	21,5

Continuação

(n=163)	FA (n)	FR (%)
Ciclos de vida		
Adolescente (10 a 19 anos)	64	39,3
Jovem (20 a 24 anos)	29	17,8
Adulto (25 a 59 anos)	68	41,7
Idoso	02	1,2
Escolaridade		
EF Incompleto	30	18,4
EF completo	10	6,1
EM incompleto	26	16,0
EM completo	42	25,8
ES Incompleto	19	11,7
ES completo	10	6,1
Ignorado/em branco	26	16,0
Ocupação		
Assistente Administrativo	03	1,8
Cabo da Polícia Militar	03	1,8
Desempregado Crônico	02	2,0
Dona de Casa	08	4,9
Empregada Doméstica	03	1,8
Estudante	62	38,0
Soldado da Polícia Militar	03	1,8
Ignorado/Não se Aplica/em branco	56	34,4
Outros	23	13,5
Raça/Cor		
Branca	34	29,9
Preta	02	1,2
Parda	119	73
Indígena	01	0,6
Amarela	06	3,7
Ignorada/em branco	01	0,6
Situação conjugal		
União/Casado (a)	29	17,8
Solteiro (a)	105	64,4
Separado (a)	13	8,0
Viúva	01	0,6
Ignorado/Não se Aplica/em branco	15	9,2
Usuários com transtorno/deficiência		
Sim	53	32,5
Não	96	58,9
Ignorado/em branco	14	8,6
Tipos de deficiência/transtorno		
Deficiência Mental	01	1,9
Deficiência Visual	01	1,9

Continuação

(n=163)	FA (n)	FR (%)
Deficiência Auditiva	01	1,9
Transtorno Mental	31	58,5
Transtorno Comportamental	19	35,8
Mais de um transtorno/deficiência	18	33,9
Meios de agressão		
Arma de fogo	01	0,6
Enforcamento	14	8,6
Envenenamento/intoxicação	121	74,2
Objeto contundente	05	3,1
Objeto perfuro cortante	21	12,9
Pulou da ponte/barranco	02	1,2
Outros meios	04	26,2
Estava sob uso de álcool		
Sim	21	12,9
Não	116	71,2
Ignorado/em branco	37	22,0
Orientação sexual		
Bissexual	02	1,2
Heterossexual	119	73,0
Homossexual	06	3,7
Ignorado/em branco	20	12,3
Identidade de gênero		
Mulher transgênero	05	3,1
Ignorado	25	15,3
Não se aplica/em branco	133	81,6

Fonte: SINAN, (atualizado em 17/12/2019)

Dentre as variáveis analisadas nas fichas de reincidências ocorridas no ano de 2018, algumas chamam muita atenção, como a variável sexo, onde se percebe o grande percentual de mulheres notificadas como reincidentes em tentativas de suicídio, 78,5% , contra 21,5% de homens notificados, a idade chama a atenção pelo fato do público adulto está tecnicamente empatado com os adolescentes, 41,7% , contra 39,3% respectivamente.

Na variável escolaridade o destaque foi para o público do ensino médio completo, que nesta pesquisa o total foi de 25,8%, seguido do fundamental incompleto com 18,4% , já na variável ocupação, a maior parte dos casos notificados se autodeclararam estudantes 38% , nesta variável chamou a atenção o fato de uma grande parte está preenchido como ignorados/não se aplica 34,4% .

Sobre o campo raça/cor, a categoria parda, foi a mais declarada pelas pessoas reincidentes em tentativas de suicídio, chegando a 73% neste estudo, outro número também expressivo foi o de solteiros na variável situação conjugal, que representa 64,4% dos casos notificados em 2018.

Em relação a variável transtorno/deficiência, 58,9% dos casos negaram possuir algum tipo e 32,5% relataram que sim, sendo que entre os casos notificados como positivo o transtorno mental foi citado em 58,5% dos casos, seguido do transtorno comportamental com 35,8% dos usuários relataram possuir mais de um tipo de transtorno.

Quanto aos meios de agressão, o destaque foi para envenenamento/intoxicação que corresponde a 74,2% dos casos notificados como reincidentes no ano pesquisado. já na variável sob uso de álcool, a grande maioria, 71,2 % negaram ter feito uso da substância e na questão identidade de gênero 81,6% estava preenchido o campo não se aplica e 15% como ignorado.

Na tabela 2 segue a distribuição dos casos notificados como reincidentes em tentativas de suicídio no ano de 2018 por territórios de saúde por meio da planilha eletrônica que foi encaminhada ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) de cada território para ciência das equipes de saúde.

Lembrando que há uma expressiva diferença entre o número dos casos notificados e dos enviados aos NASF-AB, em grande parte essa diferença ocorreu porque os casos só começaram a ser enviados em maio de 2018, após pactuação da coordenação técnica das causas externas com a coordenação dos NASFs.

A tabela 2 traz informação referente a planilha compartilhada com os territórios de saúde, nela observamos que em apenas três dos oito territórios de saúde do município de Palmas/TO, mais de 50% dos usuários enviados foram acompanhados pelos respetivos territórios.

Tabela 2 - Usuários acompanhados por meio de planilha compartilhada com o território de saúde de sua residência.

	Notificados	**Enviados**		**Acompanhados**	
Território	(n)	FA(n)	FR(%)	FA(n)	FR(%)
Kanela	32	21	65,6	12	57,1
Apinajé	17	14	82,4	8	57,1
Xambioá	21	17	81	0	0

Continuação

	Notificados	Enviados		Acompanhados	
Krahô	19	15	78,9	3	20
Karajá	17	5	29,4	0	0
Javaé	12	8	66,7	7	87,5
Xerente	14	6	42,9	1	16,7
Pankararu	3	2	66,7	1	50

Fonte: Planilhas Excel, compartilhada entre Vigilância e Estratégia Saúde da Família (ESF) (2018)

A tabela 2 nos mostra que 46,6 % dos casos enviados aos territórios de saúde foram acompanhadas pelo Nasf/AB.

DISCUSSÃO

O intuito deste trabalho foi conhecer a realidade quanto ao rastreamento/acompanhamento dos casos notificados no ano de 2018 de usuários residentes e reincidentes em intento suicida na cidade de Palmas/TO, a fim de propor estratégias de intervenções e ou criação de fluxos, para tanto, foi necessário realizar levantamento dos casos de reincidência, identificar se estes usuários estavam sendo acompanhados pela RAVS, descrever as características epidemiológicas dos casos de recidiva de intento suicida e verificar se há ligação entre os casos de reincidência de suicídio e transtorno ou deficiência mental pré-existentes.

Para selecionar os participantes dessa pesquisa, utilizou-se as fichas de notificação das violências, que são analisadas pela coordenação técnica das causas externas da vigilância em saúde do município de Palmas/TO, salienta-se, que, para identificar a reincidência é necessário que esteja preenchido o campo 53 da ficha de notificação, onde é perguntado se ocorreram outras vezes. As notificações de violência autoprovocada viabiliza aos profissionais de saúde identificar algumas características das vítimas de violência, isso nos possibilita conhecer o perfil desses usuários.

Em 2018, de acordo com o SINAN, a vigilância em saúde do município recebeu a notificação de 366 casos de tentativas de suicídio de pessoas residentes em Palmas - TO, destes, 163 são reincidentes, o que corresponde a 44, 5% dos casos notificados, esta informação já demonstra o aumento considerável de casos em relação ao ano de 2017 que foi de 41,7%.

É importante ressaltar que, dos 163 usuários identificados como reincidentes, 25 deles ocorreram antes da pactuação do compartilhamento das planilhas entre área técnica e Atenção Básica e 03 usuários não foi possível localizar o endereço, pois não

constava na ficha de notificação e nem foram encontrados via cartão SUS nos sistemas, assim sendo houve uma diferença de 28 usuários que não vão constar na tabela de análise.

No que se refere a divergências, os dados desta pesquisa diferiram de algumas literaturas estudada em relação a transtornos ou deficiências mentais como Botti et al.[8], onde relatam que 90% dos pacientes vítimas de suicídio apresentaram transtorno psiquiátrico diagnosticável em seu estudo. Nos casos de tentativas ocorridos em Palmas no ano de 2018, constatou-se de acordo com as fichas de notificações, que a maioria dos casos negavam possuir esse diagnóstico, no entanto, os dados de Palmas convergem com os dados apresentados no boletim epidemiológico do MS de n°30[9], onde os usuários que apresentavam transtornos/deficiências somaram 20%, contra 56,1% que não apresentavam.

Na variável faixa etária dos reincidentes em suicídio, o resultado também difere da média nacional de tentativas de suicídio apontada na literatura pesquisada, enquanto que em palmas o destaque foi para o adulto (25 a 59 anos) com 41,7%, o boletim epidemiológico de n°30 do MS[9], que a maioria das vítimas de tentativas de suicídio 74,4% estão entre 10 e 39 anos de idade, lembrando que o recorte de idade utilizado neste estudo foi o da ficha de notificação de violência.

Outra variável divergente foi a escolaridade, enquanto que em Palmas, tanto no estudo realizado por Fernandes, Ferreira e Castro[1], como nesta pesquisa, a escolaridade autodeclarado pela maioria das vítimas de reincidência em suicídio foi o ensino médio completo, enquanto que a nível de Brasil de acordo com o boletim epidemiológico do MS de n°30[9] a escolaridade destacada como maioria entre as tentativas de autoextermínio foi ensino fundamental completo/incompleto.

Sobre o estado civil das vítimas de reincidentes em tentativas de suicídio, os solteiros são maioria 64,4%, contra 17,8% de casados ou em união estável, esta variável já tinha destaque para solteiros no estudo realizado por Fernandes, Ferreira e Castro[1], no boletim epidemiológico do MS de n°30[9] esta variável não foi analisada entre as tentativas de suicídio.

As variáveis tipos de transtorno/deficiência, meios de agressão, uso de álcool, orientação sexual e identidade de gênero também não aparecem no boletim epidemiológico do MS de n°30[9], no entanto, no estudo realizado por Fernandes, Ferreira

e Castro[1] com as tentativas de suicídio entre os anos de 2010 e 2014, essas variáveis aparecem e três delas coincidem com o resultado deste estudo, que foi realizado com os reincidentes em tentativas de suicídio no ano de 2018, sendo elas, meio de agressão mais utilizado envenenamento/intoxicação com 74,2%, a negativa para uso de álcool com 71,2% e identidade de gênero com 81,6% dos casos. Quanto às variáveis uso de álcool e identidade de gênero, fica o questionamento quanto à clareza das informações prestadas, por se tratar de questões que envolvem certo grau de preconceito em nossa sociedade e por ser um estudo quantitativo, não se sabe como elas foram colhidas pelo profissional notificador, podendo interferir diretamente neste resultado.

As duas variáveis restantes das cincos citadas no parágrafo anterior, divergem do estudo de Fernandes, Ferreira e Castro[1], onde o transtorno comportamental apareceu em maioria com 55,84% dos casos e no quesito orientação sexual 94,5% estavam em branco. Já neste estudo, o transtorno prevalente entre as vítimas de tentativas de suicídio foi o transtorno mental com 58,49% dos que declararam possuir um diagnóstico pré-existente e no quesito orientação sexual a maioria se autodeclararam heterosexxual, com 73% do total dos casos notificados.

Outras convergências como, a variável raça/cor e sexo também coincidem com o estudo realizado por Fernandes, Ferreira e Castro[1], onde a maioria dos casos de tentativas de suicídios são mulheres que se auto declararam da cor parda.

O campo raça/cor nos remete a discussões muito presentes em nosso dia a dia, como a exclusão social e o resgate de perdas históricas de determinados grupos sociais por meio de ações afirmativas como as cotas raciais, o intuito não é focar no mérito dessa questão, mas pensar, porque esses recortes raciais estão presentes em instrumento de coleta de dados como as fichas de notificação de violência. Para Muniz[14], há um paradoxo no que tange essa temática, pois, ao mesmo tempo que ganha relevância, essa questão na maioria das vezes é utilizada sem profundidade, podendo ser compreendida com uma variável independente, apenas para efeito quantitativos, desvalorizando a complexidade de um processo que é multifatorial, ao invés de caracterizar a importância da construção das relações raciais.

Vale lembrar que o campo raça/cor é um indicador pactuado a nível nacional, instituído pela Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017[15], sendo ele um dado epidemiológico importante para subsidiar ações com grupos populacionais específicos,

seguindo critérios étnico raciais[14].

Na questão sexo, o feminino aparece disparado como a maioria das vítimas reincidentes em suicídio com 78,5 %, contra 21,5 % de homens, indo de encontro ao que foi apresentado no boletim epidemiológico do MS de n°30[9], onde os casos de tentativa de suicídio foram de 69,0% contra 31,0% entre mulheres e homens respectivamente.

Na variável ocupação, dois números chama a atenção, 38% se autodeclararam estudantes e 34, 4% estavam como ignorados/não se aplica, o que dificulta análise da situação econômica dessas pessoas, que podem até mesmo estarem desempregadas.

A questão do envio dos casos notificados e enviados para o território de saúde (Tabela 2) demonstra que a maioria deles não tem conseguido acompanhar efetivamente seus usuários, ou pelo menos não compartilharam essa informação com a área técnica responsável por este agravo na vigilância.

Algumas evidências encontradas neste estudo servem para demonstrar o grau de dificuldades que os profissionais de saúde encontram para intervir nas tentativas de suicídio, o leque de complexidade que envolve essa questão dificulta a identificação do risco, se é agudo (imediato) ou crônico (variável de tempo), segundo Botega[10], o gerenciamento dessas crises exige manejo criterioso, onde o bom senso e o discernimento estejam intrínsecos no cotidiano dos atendimentos, visto que o profissional se ver muitas vezes sozinho ao tomar as providências que julgar necessárias para o momento.

CONCLUSÃO

Este estudo foi muito importante para conhecer um pouco melhor o perfil das pessoas vítimas e reincidentes em tentativas de suicídio no município de Palmas/TO no ano de 2018, possibilitando conhecer a realidade quanto ao processo de rastreamento/monitoramento dos casos, identificar fragilidades no preenchimento das fichas de notificação de violências como no caso das questões voltads para a situação econômica e escolaridade das pessoas, que neste estudo tem maioria autodeclarada como estudantes com ensino médio concluído. Considera-se importante para uma intervenção saber se estes estudantes estão em busca de inserirem-se no mercado de trabalho no primeiro emprego, ou não estão buscando trabalho ainda, ou perderam o emprego e estão desempregados, porque essas particularidades são importantes

construções da vida da pessoa e pode interferir diretamente na sua qualidade e ou projeto de vida.

Assim como os campos sexo, raça/cor e estado civil que numericamente tiveram grandes discrepâncias nos resultados, gerando uma inquietação com tamanha diferença. Acredita-se que só com intervenção direta em cada caso seria possível compreender melhor porque mulheres, solteiras que se autodeclararam parda foram à maioria entre as vítimas reincidentes em tentativas de suicídio em 2018.

Ao me deparar com cada variável que o profissional abordada no momento de preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, pude perceber a importância de obter dados preenchidos com clareza, sendo de suma importância também que o profissional tenha conhecimento suficiente para esclarecer cada ponto da ficha, tirando as dúvidas dos usuários no momento do preenchimento desta, para que as informações de fato contribuam para um direcionamento e acompanhamento efetivo dentro da rede de atendimento.

Dentre os cinco objetivos específicos desta pesquisa não foi possível concretizar o quinto, que foi de propor a reestruturação e ou construção de fluxos e protocolos de monitoramento para os casos das reincidências em tentativas de suicídio na cidade de Palmas/TO, isto ocorreu pelo fato de não ter conseguido discutir essa temática em tempo hábil com a RAVS devido a mudanças na gestão e dos responsáveis pela área técnica que cuida deste agravo, e agora no atual cenário de pandemia está inviável essa articulação.

O projeto desta pesquisa previu duas hipóteses, a primeira era de que houvesse fragmentação no rastreamento e no acompanhamento dos casos reincidentes em intento suicida na cidade de Palmas/TO e que isso dificultasse o enfrentamento dessa violência, a primeira impressão é que essa hipótese se confirma quando olhamos os dados contidos na tabela 2, no entanto é necessário chamar a atenção para a fragilidade que este dado tem quando pensamos na rotatividade de profissionais que existe nos Nasf/AB, onde em sua maioria são compostos por residentes e ou bolsistas, que nem sempre tomam conhecimento dos fluxos estabelecidos, o que pode ter contribuído para o não compartilhamento da informação com a área técnica, demonstrando a necessidade de manter de forma habitual educação permanente (EP) e capacitações com as equipes.

A segunda hipótese era de que o rastreamento efetivo dos reincidentes em intento suicida na cidade de Palmas/TO pela RAVS fosse um mecanismo potente para o

levantamento de informações que possam subsidiar a formulação de estratégias de intervenção voltadas ao cessamento desse agravo à saúde, apesar de acreditar nessa hipótese, não foi possível confirmá-la com esse estudo, visto que as informações adquiridas não foram suficientes ou adequadas para responder a essa hipótese, o que não é de todo ruim, visto que a questão que ela levanta pode subsidiar uma pesquisa específica para essa demanda.

Conclui-se que o foco deve ser a discussão entre os setores da RAVS e a linha do cuidado, a fim de propor melhoria na troca de informações para maior efetividade no atendimento dos usuários reincidentes em tentativas de suicídio no município de Palmas/TO.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes DAA, Ferreira NS, Castro JG D. Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas/TO, de 2010 a 2014. Tempus Actas de Saúde Coletiva. [periódicos na Internet] v. 10, n. 4, p. 09-23. 2016. [acesso 23 jan 2020]; Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881035/20161-portug.pdf

2. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir.Brasília, 2014. [acesso em: 11 nov 2019]; Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>.

3. Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Diário Oficial da União [acesso em 21 set 2019]; Disponível em: https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva.

4. Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União [acesso em 26 dez 2019]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%201.271%2C%20DE%206,anexo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso 26 dez. 2019.

5. Parente BMFS. O julgamento clínico do risco de suicídio. 2012. 101 f. Tese [Doutorado em Psicologia Clínica] – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2012. [cesso em 03 jan 2020]; Disponível em: https://www.google.com/search?q=PARENTE%2C+B.+M.+F.+S.+O+julgamento+cl%C3%ADnico+do+risco+de+suic%C3%ADdio.+2012.+101+f.+Tese+(Doutorado+em+Ps

icologia+Cl%C3%ADnica)+%E2%80%93+Instituto+de+Psicologia+da+Universidade+de+Bras%C3%ADlia%2C+Bras%C3%ADlia%2C+2012.&rlz=1C1CHNY_pt-BRBR909BR909&oq=PARENTE%2C+B.+M.+F.+S.+O+julgamento+cl%C3%ADnico+do+risco+de+suic%C3%ADdio.+2012.+101+f.+Tese+(Doutorado+em+Psicologia+Cl%C3%ADnica)+%E2%80%93+Instituto+de+Psicologia+da+Universidade+de+Bras%C3%ADlia%2C+Bras%C3%ADlia%2C+2012.&aqs=chrome..69i57.3332j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8.

6. Rodrigues KFB. Caracterização da violência autoprovocada em Campos dos Goytacazes/RJ: Uma análise no campo da política pública de saúde mental. 2018. 109 f. Dissertação [Mestrado em Políticas Sociais] – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Rio de Janeiro, 2018. [acesso em 14 fev 2020]; Disponível em : https://www.google.com/search?q=CARACTERIZA%C3%87%C3%83O+DA+VIOL%C3%8ANCIA+AUTOPROVOCADA+EM+CAMPOS+DOS+GOYTACAZES%2FRJ%3A+UMA+AN%C3%81LISE+NO+CAMPO+DA+POL%C3%8DTICA+P%C3%9ABLICA+DE+S%C3%81UDE+MENTAL&rlz=1C1CHNY_pt-BRBR909BR909&oq=CARACTERIZA%C3%87%C3%83O+DA+VIOL%C3%8ANCIA+AUTOPROVOCADA+EM+CAMPOS+DOS+GOYTACAZES%2FRJ%3A+UMA+AN%C3%81LISE+NO+CAMPO+DA+POL%C3%8DTICA+P%C3%9ABLICA+DE+S%C3%81UDE+MENTAL&aqs=chrome..69i57j69i60.5102j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8.

7. BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União [acesso em 13 out 2019]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html.

8. Botti NCL. et al. Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais. Rev enferm UFPE on line 2018. [periódicos na Internet], v. 12, n. 5, p.1289-1295. [acesso 17 fev 2020]; Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230596.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber agir e prevenir. 2017. [internet].Boletim Epidemiológico. [acesso em 07 dez 2019]; Disponível em: http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf.

10. Palmas. Portaria Inst nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS) como forma de organização do sistema municipal de saúde. Diário Oficial do Município de Palmas. [acesso em 07 de jan 2020]; Disponivel em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/119243720/dom-pmw-normal-28-06-2016-pg-12

11. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Artmed Editora, 2015.

12. Vieira VA. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing.

Revista da FAE. [periódicos na Internet].2002 v. 5, n. 1, p, 61-70. [acesso em 25 jan 2020]; Disponível em : https://www.google.com/search?q=VIEIRA%2C+V.+A.+As+tipologias%2C+varia%C3%A7%C3%B5es+e+caracter%C3%ADsticas+da+pesquisa+de+marketing.+Revista+da+FAE.+Curitiba%2C+v.+5%2C+n.+1%2C+p%2C+61-70.+2002.&rlz=1C1CHNY_pt-BRBR909BR909&oq=VIEIRA%2C+V.+A.+As+tipologias%2C+varia%C3%A7%C3%B5es+e+caracter%C3%ADsticas+da+pesquisa+de+marketing.+Revista+da+FAE.+Curitiba%2C+v.+5%2C+n.+1%2C+p%2C+61-70.+2002.&aqs=chrome..69i57.3159j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8.

13. BRASIL. Resolução n° 466, 2012.Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2012. [acesso 14 de dez 2018]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

14. Muniz JO. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. Revista de Sociologia e Política [periódicos na Internet]. 2010; v 18, n. 36: 277-291.[acesso em 17 mai 2020]; Disponivel em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=SOBRE+O+USO+DA+VARI%C3%81VEL+RA%C3%87A-COR+EM+ESTUDOS+QUANTITATIVO&btnG=.

15. BRASIL. Portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União [acesso em 12 jun 2020]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html

MONITORAMENTO DA FUNÇÃO NEURAL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA HANSENÍASE NO TERRITÓRIO APINAJÉ EM PALMAS – TOCANTINS

THE NEURAL FUNCTION MONITORING OF PATIENTS IN TREATMENT FOR LEPROSY IN THE TERRITORY APINAJÉ IN PALMAS - TOCANTINS

Gersimeyre Coelho de Carvalho dos Santos[1], Flávia Santos Medina[2]

RESUMO

Objetivos: Esse artigo visa avaliar o monitoramento da função neural dos pacientes em tratamento para hanseníase no território Apinajé em Palmas – TO. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, quantitativa e exploratória, em que foram analisados prontuários físicos e eletrônicos, bem como fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes a pacientes notificados para hanseníase entre período de janeiro de 2016 a junho de 2017 em quatro centros de saúde da comunidade pertencentes ao território Apinajé. **Resultados:** Há uma predominância da hanseníase no sexo feminino com 54,90% e a maioria dos pacientes possui idade entre 45 anos. A forma Multibacilar prevaleceu nesse estudo com 92,16% dos casos. O número de avaliações neurológica simplificada (ANS) obteve uma média geral de 1,72 ANS. Para o início do tratamento, o grau de incapacidade 1 obteve 48,04%, grau 0 atingiu 47,06%, grau 2 apresentou 2,94% e ausência de dados foi de 1,96%. Além disso, entre os pacientes registrados com hanseníase nesse período, 42,16% permanecem em tratamento, sendo que 11,76% dos casos não possuem nenhum dado registrado no prontuário físico e eletrônico. **Conclusão:** Conclui-se que os profissionais de saúde do território Apinajé necessitam de um maior aprimoramento do cuidado continuado dos pacientes com hanseníase, bem como a elaboração de estratégias para avaliação e acompanhamento adequado, garantindo melhores resultados na função neural dos pacientes em tratamento para hanseníase.

Descritores: Hanseníase; incapacidades; prevenção.

ABSTRACT

Objectives: This article aims to evaluate the neural function monitoring of patients undergoing treatment for leprosy in Apinajé territory in Palmas - TO. **Methodology:** This is a retrospective, quantitative and exploratory study, in which physical and electronic medical records were analyzed, as well as files of the Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referring to patients notified for leprosy between January 2016 and June 2017 in four community health centers belonging to the Apinajé territory. There is a predominance of female leprosy with 54.90% and the majority of patients are between 45 years of age. The Multibacillary form prevailed in this study with 92.16% of the cases. In addition, among patients registered with leprosy in this period, 42.16% remain in treatment, and 11.76% of the cases do not have any data recorded in the physical and electronic records. **Conclusion:** It is concluded that the health professionals of the Apinajé territory need a better improvement of the continued care of patients with leprosy, as well as the elaboration of strategies for evaluation and adequate follow-up, guaranteeing better results in the neural function of leprosy patients.

Keywords: Leprosy; disabilities; prevention

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, com tropismo, predominante, por pele e nervos periféricos. Pode ocasionar alterações sensitivas e tegumentares que acometem principalmente olhos, mãos e pés, e causam deformidades e incapacidades para o doente. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a hanseníase ainda apresenta-se como um problema de saúde pública. O Brasil persiste como uma área endêmica e está em segundo lugar em número de casos da doença no mundo, perdendo apenas para Índia [1 2 3].

A atual Estratégia Global para Hanseníase (2016-2020) baseia-se principalmente ao diagnóstico precoce dos novos casos, envolvendo os aspectos humanos e sociais que afetam o controle da doença. Além disso, prioriza o cuidado às crianças, mulheres e demais populações vulneráveis [4 5].

Para fins de tratamento, a OMS propôs classificação que divide os pacientes em paucibacilares (PB), com 1-5 lesões de pele e multibacilares (MB), com mais de cinco lesões. Os que são classificados como paucibacilares apresentam-se na forma clínica Indeterminada (HI) ou Tuberculoide (HT), já os casos Multibacilares (MB) dividem-se entre forma Dimorfa (HD) ou Vichorwiana (HV) [3] [6].

A hanseníase pode ocasionar reações ou estados reacionais, que são estados inflamatórios agudos ou subagudos, sendo uma resposta do sistema imunológico frente ao bacilo e podem desenvolver em qualquer paciente antes, durante ou depois do tratamento [7].

As reações são divididas em dois tipos: reações tipo I ou reversa e reação tipo II. As reações do tipo 1 podem gerar mais lesões na pele, que se caracterizam por novas manchas ou placas, infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, podendo vir com ou sem espessamento e dor nos nervos periféricos (neurite). Já a reação do tipo 2 manifesta-se geralmente por Eritema Nodoso Hansênico (ENH), aparecem nódulos subcutâneos dolorosos, que são acompanhados ou não por febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite) [6] [7].

O monitoramento da função neural dos pacientes com hanseníase é importante para prevenir deformidades e incapacidades. O Ministério da Saúde recomenda que esse monitoramento, obtido por meio da avaliação neurológica simplificada (ANS), deve ser realizados a cada três meses durante o tratamento, se não houver queixas, bem como no acompanhamento de pacientes que realizam descompressão neural. Em caso de neurites e reações hansênicas deve ser realizado em menor periodicidade [8] [9].

Nesse sentido, a ANS monitora a força muscular, a sensibilidade, a visão e o estado dos nervos periféricos do paciente, como também nos mostra lesões cutâneas ou tróficas. Para mensurar as incapacidades físicas decorrentes da hanseníase são utilizados o Grau de Incapacidade Física (GI) e o Escore OMP (olhos, mãos e pés) [9] [10].

O Grau de Incapacidade tem como objetivo verificar a precocidade do diagnóstico e comparar o GI no início e no final do tratamento medicamentoso. A partir da avaliação neurológica de olhos, mãos e pés, o seu resultado é

expresso em valores que variam de 0 a 2. Sendo 0 quando não se tem nenhum problema com olhos, mãos e pés (OMP), o Grau 1 já apresenta diminuição ou perda da sensibilidade na córnea, região plantar e palmar, ou diminuição da força muscular dos olhos, mãos e pés e grau 2 já se tem um quadro de incapacidade física instalada na forma de lagoftalmo, ectrópio, triquíase, acuidade visual diminuída (< que 0,1 na escala de Snellen), úlceras tróficas e lesões traumáticas nas mãos e pés, devido à diminuição de sensibilidade, garras, pé equino, mão caída, entre outros. Cada mão, pé e olhos recebe um grau separado para determinar o GI do paciente, considerando-se o maior grau encontrado na avaliação [8].

A soma olhos, mãos e pés (OMP) utilizam da mesma classificação de incapacidades, mas seu valor final não é o maior valor do grau encontrado em cada parte do corpo, mas sim, da soma do grau encontrado em cada parte do corpo avaliada, sendo assim o Escore (OMP) varia de 0 a12 [1 8].

O estado do Tocantins é um estado com maior endemicidade na região Norte, registrando em 2016 um total de 1.351 casos novos de hanseníase, com uma taxa geral de 88,13 novos casos por 100 mil habitantes. Além disso, o mesmo apresentou um aumento na taxa de casos novos por 100 mil habitantes em menores de 15 anos em 2016, com 21,67%, bem como um aumento no percentual de incapacidade grau II ao diagnóstico com 7,3% no mesmo ano [11 12 13 14].

Palmas é uma região hiperedêmica apresentando números elevados de casos novos de hanseníase. De 2001 a 2016 Palmas notificou 613 casos novos de hanseníase, equivalente a 23,2% de todos os casos descobertos nos últimos 16 anos. Em 2016 o município teve um coeficiente de detecção da doença de 219 casos novos por 100/000 mil habitantes [15 16 17].

Em março de 2016 a Secretaria de Saúde de Palmas, com a colaboração da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS, instituiu o Projeto “Palmas Livre da Hanseníase”, no âmbito do SUS, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde da Atenção Primária para o atendimento dos pacientes com hanseníase. O projeto foi elaborado para que se intensifique o combate da doença no município e realize por meio de educação permanente capacitações teórico e prática para os profissionais de saúde [18 19].

Devido a alta endemicidade da hanseníase em Palmas e ao considerável aumento do número de pacientes com incapacidade física instalada, bem como a necessidade já evidenciada pela literatura da importância de monitorar a função neural dos pacientes que realizam tratamento para hanseníase, houve o interesse de avaliar como esse monitoramento está ocorrendo nos centros de saúde do Território Apinajé, uma vez que essa análise não é realizada. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é avaliar o monitoramento da função neural dos pacientes em tratamento para hanseníase realizado pelos profissionais de saúde do território Apinajé em Palmas – Tocantins.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, quantitativa, exploratória, com base em dados secundários realizada nos centros de saúde da comunidade do território Apinajé em Palmas-TO.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Palmas-TO, a partir do ano de 2016, instituiu a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Esta organizou o sistema municipal de saúde de Palmas na lógica de base territorial para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Palmas conta com 8 Territórios de Saúde, 33 Centros de Saúde da Comunidade para atendimentos da Atenção Primária em Saúde e 13 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) . O território Apinajé é composto por 04 centros de saúde da comunidade (508 norte, 406 norte, 210 sul e 108 sul), que compreendem 12 equipes de Saúde da Família e 02 equipes de NASF.

Os objetos de estudo foram os prontuários físicos e eletrônicos (E-SUS), ANS registradas no sistema NotificaSUS e fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes a todos os pacientes notificados para hanseníase no período de janeiro de 2016 a junho de 2017. O NotificaSUS é um sistema implantado pela SEMUS de Palmas em janeiro de 2016, no qual os profissionais de saúde realizam a notificação dos agravos de notificação compulsória e registram as avaliações neurológicas simplificadas dos pacientes de hanseníase, bem como outros documentos relacionados aos agravos. A coleta de dados foi realizada no período de novembro a janeiro de 2018.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes notificados para hanseníase no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 que realizaram tratamento nos Centros de Saúde do território Apinajé. Foram excluídos da pesquisa todos os pacientes que tiveram tratamentos interrompidos por decisão médica ou por abandono.

As variáveis analisadas foram: sexo, idade, data do início do tratamento, data final do tratamento, número de avaliações neurológicas realizadas no NotificaSUS e Prontuário Físico, classificação operacional, Grau de incapacidade no início do tratamento e na alta, soma Olhos, Mãos e Pés no início do tratamento e na alta, ocorrência de reações hansênicas e tipo de reação hansênica.

Os dados coletados foram organizados em planilhas e analisados em Excel.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA e obteve aprovação sob parecer N°2.354.903. Da mesma forma foi aprovado pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) para cumprir pactuação e responsabilização mútua. Os princípios éticos foram respeitados em todas as etapas da investigação conforme Resolução CNS nº 466/12 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

3. RESULTADOS

Participaram desse estudo 102 pacientes, com predomínio do sexo feminino (54,90%) e com média de idade de 45 anos, mínima de 8 e máxima 85 anos. A classificação operacional mais encontrada foi a forma Multibacilar (MB) (92,16%), conforme tabela 1.

Com relação à presença de reações hansênicas, a pesquisa identificou que a maioria dos pacientes em tratamento não teve reação (85,29%). Os que apresentaram reação foram do tipo 1.

Tabela 1 – Perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento para hanseníase nos Centros de Saúde do Território Apinajé, Palmas-TO.

Variáveis	%
Sexo	
Feminino	54,90%
Masculino	45,10%
Classificação operacional	
Paucibacilar	7,84%
Multibacilar	92,16%
Reação hansênica	
Sim	14,71%
Não	85,29%
Tipo de alta	
Cura	31,37%
Sem alta	68,63%

Na coleta de dados encontrou-se que a data de início do tratamento que constava na notificação estava diferente dos dados registrados pelo centro de saúde referente a 25 pacientes. Bem como foi verificado que referente 5 pacientes a classificação operacional registrada no centro de saúde divergia do registro da notificação.

A Tabela 2 apresenta a média de avaliações neurológicas simplificadas que foram registradas no NotificaSUS e Prontuário Físico. No NotificaSUS foram registrados para todos os pacientes em média 1,72 ANS, de modo que para os pacientes classificados como MB registraram-se em média 1,76 e para os PB 1,25 ANS. Os pacientes que tiveram alta por cura tiveram em média 2,44 ANS registradas no NotificaSUS.

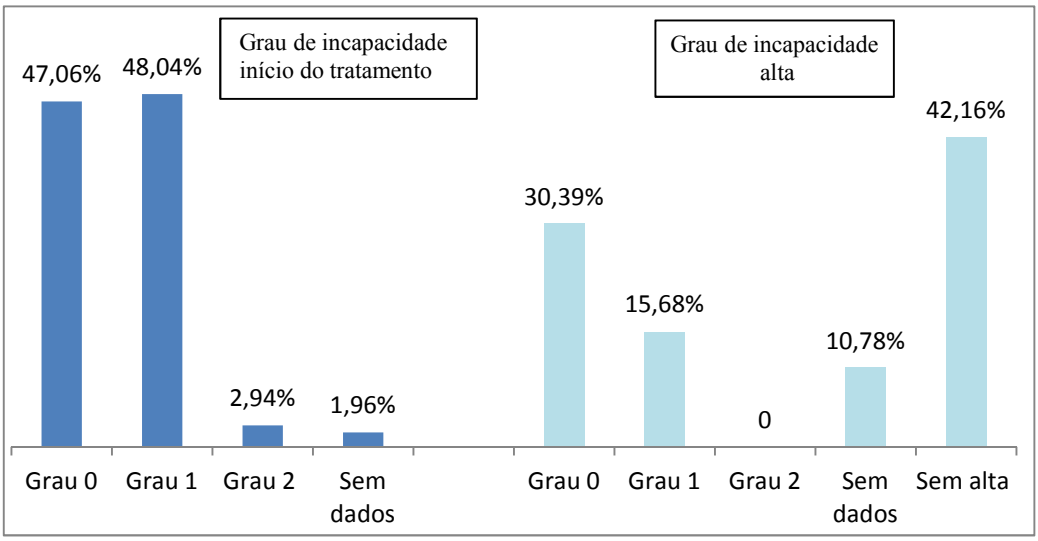
No prontuário físico encontrou-se 2,19 ANS registradas em média. Para os MB registraram-se em média 2,21 ANS e para os PB registraram-se 1,88. Os pacientes que tiveram alta por cura tiveram em média 2,75 ANS registradas em prontuário físico.

Tabela 2 - Média das avaliações neurológicas simplificadas registradas no NotificaSUS e Prontuário Físico, realizadas nos pacientes em tratamento para hanseníase nos Centros de Saúde do Território Apinajé, Palmas-TO.

Variáveis	Média
ANS registradas no Notificasus	
Todos os pacientes	1,72
Multibacilares	1,76
Paucibacilares	1,25
Pacientes com alta por cura	2,44
ANS registradas no Prontuário Físico	
Todos os pacientes	2,19
Multibacilares	2,21
Paucibacilares	1,88
Pacientes com alta por cura	2,75

É possível observar, conforme o Gráfico 1, que os pacientes apresentaram predominantemente para o inicio do tratamento grau de incapacidade 1 (48,04%) e grau 0 com (47,06%). Somente 2,94% apresentou grau 2. Entretanto, 1,96% dos pacientes não tiveram registro do grau de incapacidade no início do tratamento. No final do tratamento o grau de incapacidade 0 prevaleceu com 30,39%, seguido pelo grau 1 com 15,64%. Não foram encontrados registros do grau de incapacidade para 10,78% dos pacientes que já haviam finalizado o tratamento.

Gráfico 1 – Grau de incapacidade no início e na alta do tratamento dos pacientes em tratamento para hanseníase nos Centros de Saúde do Território Apinajé, Palmas-TO.



Ressalta-se que nos prontuários de 21 pacientes o grau de incapacidade no início do tratamento estava com valor diferente do informado no SINAN.

A Tabela 3 demonstra a soma dos olhos, mãos e pés (OMP). No início do tratamento 40,20% dos pacientes apresentaram soma 0, porém 10,78% não tinham esse registro nos prontuários. Na alta 31,37% apresentaram soma 0, 12,75% sem registro, entretanto 41,18% não havia recebido alta.

Tabela 3 - Soma olhos, mãos e pés (OMP)

Grau de incapacidade	Escore OMP												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sem dados	Sem alta
Inicio do tratamento (%)	40,20	12,75	23,53	3,92	5,88	-	0,98	-	0,98	-	0,98	10,78	-
Alta do tratamento (%)	31,37	3,92	7,84	1,96	0,98	-	-	-	-	-	-	12,75	41,18

Na coleta de dados observaram-se várias inconsistências referentes aos dados registrados no SINAN e os que eram informados nos prontuários. Foram excluídos da pesquisa três pacientes, pois um teve o tratamento interrompido por erro no diagnóstico e dois abandonaram o tratamento, no entanto, dois estavam no SINAN sem alta. Outro paciente estava em tratamento no centro de saúde, mas não constava notificação no SINAN.

4. DISCUSSÃO

O predomínio de mulheres com hanseníase presente neste estudo diverge dos dados nacionais que demonstram a doença mais frequente no sexo masculino. O MS em (2018) demonstrou que no período de 2012 a 2016, 84.447 casos novos da doença ocorreram no sexo masculino, o que corresponde a 55,6% do total de todos os casos [20]. Porém, Bastos [19] (2017) observou um aumento de casos da doença em mulheres no município de Palmas no ano de 2016 (52,4%).

Embora o presente estudo tenha mostrado mais casos na idade adulta, e isso vem sendo confirmados em outros trabalhos, contudo, a OMS (2015) mostrou que 8,5% do total de casos notificados no mundo, ocorreram em menores de 15 anos, e o Brasil no ano de (2016), 6,9% dos casos ocorreram na faixa etária de 0 a 14 anos [21].

A forma Multibacilar (MB) para a maioria dos pacientes (92,16%) foi superior a média nacional em 2016, que constatou 72,3% dos casos diagnosticados que apresentaram essa mesma forma [11]. Esse dado demonstra o alto índice para se desenvolver incapacidade física e faz um alerta para subnotificação de casos e uma provável transmissão ativa da doença como apresenta Monteiro (2015), que comprova em seu trabalho o crescente número de casos multibacilares no estado do Tocantins [22].

Um aspecto importante encontrado na coleta de dados foi o fato da classificação operacional que constava nos prontuários divergir dos registros no SINAN referente a cinco pacientes. O diagnóstico da hanseníase é determinado pela classificação operacional dos casos e esta toma por base o número de lesões na pele classificando como multibacilar ou paucibacilar. A classificação operacional é de suma importância para direcionar o esquema de tratamento para cada paciente, a fim de evitar possíveis complicações, conforme relata Penha [23] (2015) e Duarte [24] (2014).

As reações do tipo 1 foram as únicas encontradas nos prontuários estudados, da mesma forma como encontrado nos estudos de Silva [25] (2016) que encontrou 43,58% dos pacientes com reação do tipo 1 e Teixeira [26] (2010) identificou 75,1% dos pacientes estudados apresentaram o mesmo tipo de reação principalmente em casos multibacilar. Bastos [19] (2017) , afirma que o tipo de reação mais encontrada em seu estudo no município de Palmas foi do tipo 1 e a cada 9 pessoas em tratamento para hanseníase, uma apresentou reação desse tipo. Assim, a ocorrência de reação tipo 1 foi significativa, pois elevou em 184% no ano de 2016 em comparação ao período de 2001 a 2005.

Em relação a avaliação de incapacidade, os dados demonstraram que quase a metade dos pacientes apresentaram por ocasião do diagnostico grau 1 de incapacidade física. Esse valor foi superior ao revelado no estudo de Bastos [19](2017), em que demonstra que no momento do diagnóstico 32,1% das pessoas no município de Palmas apresentaram grau 1 de incapacidade e aos

dados do Ministério da Saúde para o ano de (2016) [11] em que 33% dos novos casos de hanseníase foram diagnosticados com alguma incapacidade física, sendo que 25,1% apresentou grau 1. Iniciar o tratamento com incapacidade física instalada demonstra que o diagnóstico não tem sido precoce e aumenta a probabilidade para sequelas permanentes.

Evidenciou-se no estudo que o escore OMP muitas vezes não foram preenchido pelos profissionais de saúde. De acordo com Neves [8] (2015) o mesmo é recomendado como avaliação clínica quantitativa da evolução funcional e sensitiva do paciente com hanseníase e importante para mostrar as incapacidades isoladamente e demonstrar a efetividade dos programas de controle da doença.

Encontrou-se no estudo um número reduzido de ANS realizadas para cada paciente e a forma de registros das mesmas pelos profissionais de saúde são principalmente pelo Prontuário Físico. O Ministério da Saúde recomenda que a avaliação neurológica simplificada deve ser realizada a cada três meses durante o tratamento, se não houver queixas, bem como no acompanhamento de pacientes que realizam descompressão neural e em caso de neurites e reações hansênicas deve ser realizado em menor periodicidade [6]. Portanto, o paciente que faz tratamento para a forma multibacilar deverá realizar no mínimo quatro ANS durante o tratamento. Se apresentar neurites e reações esse número será mais elevado.

Resalta-se que é de fundamental importância essa prática de monitoramento da função neural da pessoa com hanseníase, pois se não realizada poderão surgir incapacidade físicas como lagoftalmo, ectrópio, triquíase, acuidade visual diminuída (< que 0,1 na escala de Snellen), úlceras tróficas e lesões traumáticas nas mãos e pés, garras, pé equino, mão caída [8].

O Plano Municipal de Saúde de Palmas demonstra a importância do E-SUS para um melhor trabalho dentro das unidades básicas de saúde de Palmas. O Prontuário Eletrônico (E-SUS) foi implantado pela 1º vez em Palmas no ano de 2014 em uma unidade de saúde e no ano de 2016 ocorreu a implantação do sistema em toda a rede de saúde. Constitui-se como uma ferramenta utilizada no município para que o serviço tenha mais rapidez e qualidade das informações prestadas pelos profissionais de saúde sobre consultas ou outros procedimentos realizados pelos mesmos [27]. Além desse

sistema, o NotificaSUS deveria conter o registro de todas as notificações de hanseníase e ANS realizadas a partir de 2016.

No entanto, constatou-se que a desorganização e a falta de uma padronização dos registros, seja ele no prontuário físico ou eletrônico do paciente com hanseníase, acontecem em todos os centros de saúde estudados. Os profissionais não se organizam para mantê-los com todas as informações e dados atualizados, que são fundamentais para a conduta e acompanhamento adequado dos pacientes.

5. CONCLUSÃO

Evidenciou-se com o estudo que apesar das unidades básicas de saúde possuírem prontuário eletrônico e sistemas para monitorar o tratamento de hanseníase, os profissionais de saúde não preenchem os mesmos como recomendado. Bem como não realizam as avaliações neurológicas da forma padronizada pelo MS.

Demonstrou-se que a hanseníase ainda é um problema de saúde no território Apinajé em Palmas, uma vez que o diagnóstico não está sendo realizado precocemente (48% já inicia o tratamento com incapacidade) e que o monitoramento da função neural não está sendo realizado adequadamente.

Percebe-se que o cuidado aos pacientes com hanseníase no território Apinajé ainda precisa ser intensificado por todos que prestam assistência a essas pessoas, uma vez que, ofertando um melhor cuidado com sua saúde, o doente poderá ter um melhor acompanhamento do seu tratamento, e com isso, os resultados aqui observados possam ser mudados e que outras pesquisas possam acrescentar nas mudanças para esse problema identificado.

Sugere-se que a ESF junto com equipe NASF, com o apoio da gestão municipal, crie formas de avaliar e reavaliar o serviço, de maneira contínua, garantindo assim melhores resultados no acompanhamento dos pacientes em tratamento para hanseníase nos CSC do território Apinajé.

6. REFERÊNCIAS

1. Girão OA Neta, Arruda GMMS, Carvalho MMB, Gadelha RRM. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na estratégia saúde da família. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza. 2017, abr./jun., 30(2): 239-248.
DOI: 10.5020/18061230.2017.p239.

2. LOPES, V.A.S.; RANGEL, E.M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma analise do Perfil Socioeconômico de usuários em tratamento irregular. Saúde Debate, RJ, v. 38, n. 103, p. 817-829, out-dez 2014

3. Borges DPL, Reis ACM, Avila VGFC, Barbosa MS, Ternes YMF,Santiago SB, Santos RS. Hanseníase: imunopatogenia e aspectos terapêuticos. Saúde & Ciência em ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. 2016
Agosto-Dezembro , v.3, n.01. ISSN: 2447

4. Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf

5. Brandsma JW, Van BWH. WAO desability grading:. Operacional definitions. Lepr Rev, 74, 366-373,2003.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, Brasília, 2016.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

8. Neves TV et al. Grau de incapacidade física e escore olhos-mãos-e-pés em pacientes hansênicos pós-alta. Rev. APS, 2015, jul/set.,18(3): 335 – 340. p 337.

9. Guimarães LS. Incapacidade física em pessoas afetadas pela hanseníase: estudo pós–alta. Instituto de Ciências Biológicas, Belém. 2013. Acesso em:< http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/4134/1/Dissertacao_IncapacidadeFisicaPessoas.pdf>.

10. Finez MA, Salotti SRA. Identificação do grau de incapacidade em pacientes portadores de hanseníase através da Avaliação Neurológica Simplificada. Curso de enfermagem da universidade Paulista Bauru, São Paulo. 2011, 29(3): 171-5.

11. PORTAL DA SAÚDE SUS. Situação Epidemiológica – Dados. Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseniase/11298-situacao-epidemiologica-dados>.

12. Brasil. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2001-2016 http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Indicadores-epidemiol--gicos-e-operacionais-de-hansen--ase.%20Brasil,%202001-.pdf.

13. Brasil. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Percentual de grau de incapacidade 2 entre os casos novos avaliados de hanseníase, estados, Regiões, Brasil, 2001 a 2016. http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Percentual-de-grau-de-incapacidade-2-entre-os-casos-novos-avaliados-.pdf.

14. Brasil. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Taxa de Detecção de hanseníase em menores de 15 anos Estados e regiões, Brasil, 1994 a 2016. http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Taxa-de-detec----o-dos- casos-novos-de-hansen--ase-em-menores-de-15-anos-199-.pdf

15. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Portaria INST n°518/SEMUS/GABI de 14 de junho de 2016. “Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS- Palmas). Diário Oficial do Município de Palmas. 2016 junho. 28; p.12. fesp.palmas.to.gov.br/.../PORTARIA%20Nº%20518%2C%20INSTITUI%20A%20RE

16. Vigilânciaia em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de Doenças Transmissíveis Não Vetoriais. Área Técnica da Hanseníase. Boletim Epidemiológico da Hanseníase. Ano I. n. 1 Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Diretoria de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de Doenças Transmissíveis Não vetoriais. Área Técnica da hanseníase. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

17. Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS colabora com Brasil para livrar país da hanseníase. 10 de agosto de 2017. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5474:opas- oms-colabora-com-brasil-para-livrar-pais-da-hanseniase&Itemid=812

18. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Portaria Conjunta SEMUS/FESP nº 257 de 23 de março de 2016.Institui o Projeto “Palmas Livre da Hanseníase”, no âmbito da gestão municipal do SUS. Diário Oficial do Município de Palmas. 2016 mar. 24; Ano VII. Nº 1.469, p. 34. http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/1469-24-3-2016-19-9-39.pdf

19. Bastos WM. Características Sociodemográficas e Epidemiológicas da Hanseníase do município de Palmas – Tocantins. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador: W.M Bastos, 2017.

20. Portal Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico- Secretaria de Vigilância em Saúde, v.49; nº4; 2018. ISSN 2358-9450

21. Leano HAM, Araújo MFA, Rodrigues RN, Bueno IC, Lana FCF. Indicadores relacionados a incapacidade física e diagnóstico de hanseníase. Ver. Rene,Belo Horizonte. 2017; nov-dez; 18(6): 832-9. DOI: 10.15253/2175-67832017000600018.

22. Monteiro MJSD, Santos GM, Barreto MTS, Silva RVS, Jesus RLR, Silva HJN. Perfil epidemiológico de casos de hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul. 2017., out./dez., v. 15, n. 54, p. 21-28. DOI: 10.13037/ras.vol15n54.4766.

23. Penha A AG , Oliveira JLO, Soares JL , Natalia NF, Rocha RPB, Viana MC . Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase segundo enfermeiros da atenção primária à saúde. Caderno de Cultura e Ciência, Cariri. 2015, dez., v.14, n.2 , pg:1-8. ISSN 1980 – 5861.

24. Duarte IMCS. Hanseníase: a implicação da educação em saúde para o autocuidado. Enfermagem na Atenção a Saúde, Natal, 2014, pg 80. CDU: 616-002.73.

25. Silva MI, Anjos QS, Leal I. Reações Hansênicas Tipo I Diagnosticados no Período de 2010 na Unidade Básica de Saúde da Família Albert Sabin no município de Rolim de Moura – Roraima. Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva, Faculdade São Paulo, v.1, n.2, p. 29-44, 2016, ISSN: 2448 – 394X.

26. Teixeira MAG, Silveira VM, França ER. Caracteristicas epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 43(3): 287-292, mai-jun, 2010.

27. Palmas. Plano Municipal de Saúde. 2014/2017 – 2º revisão. Disponível em:http://www.palmas.to.gov.br/media/doc/arquivoservico/Plano_Anual_de_Sa%C3%BAde_2014_-_2017__2%C2%AA_Revis%C3%A3o.pdf

28. Monteiro LD et al. Tendências da Hanseníase no Tocantins, um Estado hiperedêmico do Norte do Brasil. Cad. De Saúde Pública, RJ. 2015, 31 (5),971-980.

Revista de Patologia do Tocantins
ISSN: 2446-6492
Qualis capes: B4 - Plataforma Sucupira

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

A Revista de Patologia do Tocantins é um periódico científico eletrônico de periodicidade trimestral, possuindo avaliação por revisores em pares e colaboradores brasileiros e internacionais. Os autores devem se cadastrar e submeter seus trabalhos através do sistema eletrônico da revista com seu login e senha, criada no momento do cadastro. O autor alimenta os dados referentes ao trabalho submetido e aos dados pessoais dos autores. Dentre os dados dos autores: Pré-nome; nome do meio; sobrenome; instituição; País; E- mail; Resumo da Biografia (Ex.: formação, departamento, área, especialidade). Tipos de documentos que o autor deve inserir durante a submissão (passo-a-passo)

* Página de Rosto do trabalho a ser publicado, conforme normas estabelecidas;
* Texto do artigo ou trabalho a ser publicado, conforme normas estabelecidas;
* Autorização do comitê de ética para pesquisa com seres humanos;
* Termo de consentimento livre e esclarecido para relatos de caso.

1. Tipos de artigos aceitos pela revista

A revista aceita contribuições inéditas, nos idiomas português, inglês ou espanhol de acordo com os tipos abaixo indicados. Por ser um periódico com avaliação duplo cega por pares, qualquer tipo de contribuição deve ser apresentada com: Página de rosto separada, contendo: título do trabalho (em português ou espanhol e em inglês), nome(s) do(s) autor(es), titulação e vínculo institucional, instituição(ões) do(s) autor(es) - Nome completo da

Instituição, Cidade, Estado, País -; dados do autor para correspondência – nome, endereço postal e e-mail -, local onde foi desenvolvido o estudo, fonte de financiamento e bolsas concedidas (se houver), indicação de eventual apresentação do trabalho em eventos, conflito de interesse (se houver). A Folha de Rosto deve ser enviada em um arquivo separado do artigo. Ressalta se que os artigos não devem conter dados de autoria nas propriedades do documento, nem em seu conteúdo. Devem ser iniciadas pelo título, seguido do conteúdo, expresso de acordo com o tipo da publicação.

a) Carta ao Editor: máximo 2 páginas de mil palavras (incluindo referências), com até três autores, sem ilustrações, e Página de rosto (separada da Carta ao Editor). A carta ao editor constitui uma oportunidade e um meio pelo qual um leitor poderá expressar uma opinião em favor ou contra um artigo publicado, em conformidade com aspectos éticos a serem julgados pelo corpo editorial da revista, de forma que seja prevenido qualquer teor de ataque ou injúria moral aos autores do artigo comentado.

b) Artigos Originais: trabalhos resultantes de pesquisa ou experiências no campo do ensino em saúde com no máximo 20 páginas, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas. Sua estrutura deve conter: Página de rosto (separada do Artigo) e Artigo com título em português ou espanhol e em inglês, resumo, palavras-chave, abstract, key-words, introdução, objetivos, método, resultados, discussão, conclusão e referências. É importante ressaltar que o(s) nome(s), titulação e instituição do (s) autor (es) deverão ser inseridos apenas na folha de rosto, pois as avaliações por revisores em pares são feitas de modo cego. Em suma, os dados de autoria não devem aparecer nas propriedades dos arquivos enviados na submissão.

c) Relato de caso: destinados à publicação de casos especiais, que contribuam com algum caráter de originalidade ou contemplem um relato pouco frequente na prática clínica. O texto deve ser estruturado em: introdução, descrição do caso e discussão em até 10 páginas, incluindo as referencias.

d) Revisão de literatura: devem abordar um tema de alta relevância e ser realizados por pesquisadores de grupos de pesquisa com reconhecida experiência na área. A revisão deve ser preferencialmente sistemática e seguir a estrutura prevista para os artigos originais, podendo a sessão resultados

estar unida com a sessão discussão; ou ainda ser estruturado de forma narrativa (introdução, desenvolvimento, comentários e referências). Limite de 15 páginas.

e) Comunicações breves: Artigos originais, porém mais curtos, abordando campos de interesse para a revista, com resultados preliminares ou de relevância imediata, devem ter até 1.500 palavras. Incluir no máximo, uma tabela ou figura, além de, no máximo, 15 referências.

2. Formatação

- Página de rosto:

A página de rosto deve conter:

a) Título do trabalho e versão em inglês;
b) Nome completo dos autores, titulação e vínculo institucional, nome da Instituição por extenso, cidade e país da instituição;
c) Local em que foi desenvolvido o estudo;
d) Endereços postal e eletrônico do autor correspondente;
e) Indicação de órgão financiador do estudo, se for o caso, e de bolsas concedidas;
f) Indicação de eventual conflito de interesse.

Obs.: O autor correspondente deverá assegurar que as seguintes informações sejam providenciadas para cada autor, durante o processo de submissão:

* Endereço completo, incluindo o país, instituição, telefone e email. É de responsabilidade do autor correspondente assegurar que cada autor abra uma conta de usuário no sistema de submissão, com informações atualizadas;
* Detalhes dos agradecimentos;
* Uma afirmação indicando se a aprovação do trabalho por um Comitê de Ética foi necessária e recebida, com o número do processo ou código, bem como o Comitê que expediu o parecer. Todo o trabalho envolvendo pesquisa em seres humanos deve estar de acordo com a Declaração de Helsinki;
* Detalhes de todo e qualquer possibilidade de conflito de interesse. O conflito de interesse se caracteriza, quando um julgamento relacionado a um interesse primário, e genuinamente de interesse comum (por exemplo, a validade do

estudo), pode ser influenciado por interesses secundários de âmbito particular (por exemplo, ganhos financeiros, favorecimentos nas inter-relações pessoais ou rivalidade profissional).

- Manuscritos:

* Título e identificação: O título deve ser preciso e conciso, em negrito e centralizado, fonte Arial, tamanho 12, maiúscula, logo abaixo deve constar a versão em inglês, não devendo ultrapassar o número máximo de 18 palavras independente do idioma.

* Resumo: O resumo deverá conter no máximo 300 palavras, não devendo conter parágrafos e citações de autores e datas. Os resumos deverão ser estruturados, os resumos de artigos originais deverão mencionar o objetivo, método, resultados e conclusões. No relato de experiência deverá conter contextualização, descrição da experiência e considerações finais. Nas demais modalidades deverá conter introdução, desenvolvimento e considerações finais.

* Palavras-chave: As palavras-chave devem ser de três a cinco para fins de indexação do trabalho, separadas por ponto e vírgula, pesquisadas nos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde.

* Abstract e key-words: O resumo em inglês deverá ser apresentado logo após o resumo em português, seguindo as mesmas normas apontadas anteriormente. A versão em inglês do resumo deve ser fiel à versão em português. As key-words devem ser de três a cinco para fins de indexação do trabalho, separadas por ponto e vírgula, pesquisadas nos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, bem como no Mesh (Medical Subject Headings, da U.S. National Library of Medicine), sendo semelhantes e em igual número às palavras-chave em português. Não usar tradutores eletrônicos.

* Introdução: Deve ser objetiva e conter breve revisão da literatura relatando o contexto e a situação atual dos conhecimentos sobre o tema e apresentação do problema, a lacuna do conhecimento, destacando sua relevância. Devem ser pertinentes e alinhadas ao(s) objetivo(s) do manuscrito, os quais devem estar explicitado(s) ao final desta seção.

* Método (Artigos Originais): O método deve ser descrito de forma clara devendo conter: delineamento do estudo, critérios de inclusão, processo de

seleção, amostragem e alocação dos participantes, procedimentos e instrumentos de coleta, critérios de mensuração do desfecho, bem como métodos de análise dos dados de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência a existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes, após a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

* Relatos de caso: Nos casos de relatos de caso deve-se descrever detalhadamente a história.

* Resultados (Artigos originais): Apresentar os resultados em sequência lógica, de forma sintética e concisa. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos no artigo. Apresentar tabelas ou figuras de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística, se houver, evitando repetir no texto os dados ilustrados.

* Discussão: A discussão deve conter a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e a comparação dos achados com a literatura, comentando e explicando as diferenças encontradas. Deve incluir a avaliação dos autores sobre as limitações do estudo e sobre os seus principais desdobramentos com indicação para novas pesquisas na área. Deve explicitar a contribuição do estudo para a prática e a pesquisa relacionadas à área de conhecimento abordada. Os trabalhos de natureza qualitativa podem juntar as partes resultados e discussão ou mesmo ter nomeações diferentes das partes, sem fugir da estrutura lógica de artigos científicos.

* Conclusões: Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos da pesquisa, bem como, indicar caminhos para continuidade do estudo.

* Referências: Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (norma Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus. Exemplos.

Numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A lista de referências ao final do trabalho deve ser numerada e apresentada na

mesma ordem em que as citações aparecem no texto. Todas as referências citadas no corpo do texto devem constar na lista de referências e vice-versa.
Evitar número excessivo de referências e as de difícil acesso, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes (5 anos).
Modelos para todos os tipos de citações de artigos, livros, sítios eletrônicos, entre outros, segundo o padrão Vancouver.
*Informações presentes no site da revista:
https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/about/submissions

ANÁLISE DO PERFIL DOS DADOS CLÍNICOS NAS NOTIFICAÇÕES DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM HUMANOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO.

ANALYSIS OF CLINICAL DATA PROFILE ON NOTIFICATIONS OF VISCERAL LEISHMANIOSIS IN HUMANS IN PALMAS - TO.

ANÁLISIS DEL PERFIL DE DATOS CLÍNICOS SOBRE NOTIFICACIONES DE LEISHMANIOSIS VISCERAL EN HUMANOS EN PALMAS - TO.

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Ícaro Gonçalves Santos[1], Julio Gomes Bigeli[2], Nabia Souza Gomes[3]

[1]Residência em Saúde Coletiva, Especialização multiprofissional em saúde, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas -FESP e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas- SUPAVS, Palmas, Brasil.

[2]Biólogo, Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, Palmas, Brasil.

[3]Biomédica, Secretaria Municipal de Saúde, Palmas, Brasil.

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

A Leishmaniose Visceral (LV) é um dos agravos de grande importância na saúde pública com relevantes aspectos clínicos e epidemiológicos. A LV é uma doença crônica e sistêmica que pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos, quando não tratada. A LV é considerada um agravo de notificação compulsória. O preenchimento da notificação deve ser realizado mediante a avaliação do quadro clínico do paciente e identificação do caso suspeito, com a presença de febre e esplenomegalia. Outro fator que deve ser observado é o exame de HIV nos pacientes positivos para LV devido à relação entre o HIV e a Leishmaniose, somada aos critérios de grupo de risco do tratamento de LV apontados pelo Ministério da Saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar os critérios de notificação dos casos humanos suspeitos de leishmaniose visceral de pacientes residentes de Palmas, bem como avaliar e contrapor os indicadores municipais de exame de HIV para o tratamento de LV entre os anos de 2016 e 2018. Foi observado que há um grande volume de notificações que não se encaixam no critério do quadro clínico suspeito. Nenhum dos três anos estudados alcançou 100% de teste de HIV conforme a meta.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral; HIV; quadro clínico.

ABSTRACT

Visceral Leishmaniasis (VL) is one of the most important diseases in public health with relevant clinical and epidemiological aspects. VL is a chronic and systemic disease that can evolve to death in more than 90% of cases, when left untreated. VL is considered a condition of mandatory notification. The notification must be completed by assessing the patient's clinical condition and

identifying the suspected case, with the presence of fever and splenomegaly. Another factor that should be noted is the HIV test in patients positive for VL due to the relationship between HIV and Leishmaniasis, added to the risk group criteria for VL treatment pointed out by the Ministry of Health. The objective of this study was to analyze the notification criteria for suspected human cases of visceral leishmaniasis in patients residing in Palmas, as well as evaluating and opposing municipal indicators of HIV testing for the treatment of VL between the years 2016 and 2018. It was observed that there is a large volume of notifications that do not fit the criterion of the suspicious clinical picture. None of the three years studied achieved 100% HIV testing according to the target.
Keywords: *Leishmaniasis visceral; VIH; cuadro clínico.*

RESUMEN

La leishmaniasis visceral (LV) es una de las enfermedades más importantes en la salud pública con aspectos clínicos y epidemiológicos relevantes. La LV es una enfermedad crónica y sistémica que puede progresar hasta la muerte en más del 90% de los casos, si no se trata. LV se considera una condición de notificación obligatoria. La notificación debe completarse evaluando el estado clínico del paciente e identificando el caso sospechoso, con presencia de fiebre y esplenomegalia. Otro factor que debe tenerse en cuenta es la prueba de VIH en pacientes positivos para LV debido a la relación entre el VIH y la leishmaniasis, agregada a los criterios de grupo de riesgo para el tratamiento de VL señalados por el Ministerio de Salud. El objetivo de este estudio fue analizar el Criterios de notificación para casos humanos sospechosos de leishmaniasis visceral en pacientes que residen en Palmas, así como evaluar y oponerse a los indicadores municipales de pruebas de VIH para el tratamiento de LV entre los años 2016 y 2018. Se observó que hay un gran volumen de notificaciones que no se ajustan al criterio del cuadro clínico sospechoso. Ninguno de los tres años estudiados logró el 100% de las pruebas de VIH de acuerdo con el objetivo.
Descriptores*:. Visceral leishmaniasis; VIH; clinical condition*

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral - LV é considerada como uma das seis endemias mais prioritárias do planeta. É um agravo de grande importância na saúde pública com relevantes aspectos clínicos e epidemiológicos. Conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS, no mundo existem 350 milhões de pessoas expostas ao risco das infecções das leishmanioses, sendo presentes em 76 países do globo (WHO, 2018).

A princípio, o ciclo das leishmanioses estava ligado aos ecótopos silvestres e rurais, sendo os principais reservatórios naturais: as raposas, marsupiais e roedores. Com o passar dos anos e o crescimento desordenado das cidades houve a urbanização desses agravos. Nesse processo de mudança de ambiente, os cães domésticos se tornaram os mais importantes reservatórios em meio urbano. (BASANO; CAMARGO, 2004; RUFINO, 2011). Diversos estudos indicam que o processo de urbanização do ciclo das leishmanioses está relacionado à expansão urbana desordenada (CHAVES, 2008; NIEVES, 2014).

A transmissão da leishmaniose é inicialmente vetorial com o ciclo zoonótico e quando acomete o homem passa a ser identificada como antropozoonose. Os vetores hospedeiros responsáveis pela transmissão são as fêmeas dos flebotomíneos, insetos invertebrados da família Psychodidae e subfamília Phlebotominae. No Brasil, a espécie mais comum é a *Lutzomyia longipalpis*. (BASANO; CAMARGO, 2004; BRASIL, 2014).

Popularmente conhecida como calazar, a LV é uma doença crônica e sistêmica que pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos, quando não tratada (BRASIL, 2017). É uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania*. Existem no

mundo diversas espécies de protozoários. No Brasil, a principal é a *Leishmania infantum* (SILVA et al., 2007; WHO, 2010).

Nas Américas, a leishmaniose visceral é endêmica em 12 países, sendo o Brasil responsável por volta de 96% dos casos registrados (OPAS, 2018). Apesar da alta disseminação, as leishmanioses fazem parte das doenças tropicais negligenciadas - DTNs e, no caso da LV, apresentam grandes taxas de letalidade, afetando, principalmente, as populações mais vulneráveis socioeconomicamente (DIAS et al, 2013).

Devido à sua magnitude, potencial de disseminação e transcendência de alta severidade no Brasil, a LV é um agravo de notificação compulsória conforme definido pela Portaria de Consolidação n° 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

O preenchimento da notificação de LV deve ser realizado mediante a avaliação do quadro clínico do paciente e identificação do caso suspeito. Conforme o Ministério da Saúde, os sintomas clássicos preconizados como critério de casos suspeitos são febre e esplenomegalia (aumento do baço), associada ou não à hepatomegalia (aumento do fígado) (BRASIL, 2014).

O paciente acometido pela leishmaniose visceral também pode apresentar sintomas associados ao caso suspeito, como fraqueza, edema, emagrecimento, tosse e/ou diarréia, palidez, quadro infeccioso, fenômenos hemorrágicos, aumento do fígado e icterícia (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Outro fator que deve ser levado em consideração quando se fala da leishmaniose visceral, é a coinfecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Há diversas pesquisas que estudam a relação desses dois agravos, tendo em vista que compartilham semelhantes mecanismos imunopatológicos. Essa coinfecção também favorece a maior replicação do protozoário *leishmania* no organismo (LINDOSO et al., 2014; JÚNIOR et al., 2016).

A *Leishmania*-HIV é uma coinfecção determinada pela associação entre o protozoário *Leishmania spp*. com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e é considerada como uma doença emergente de alta gravidade por diversas partes do planeta (BRASIL, 2015).

Tendo em vista a relação entre o HIV e a Leishmaniose, somada aos critérios do grupo de risco do tratamento de LV apontados pelo Ministério da Saúde, é de extrema relevância a necessidade de observação desse fator antes do tratamento. Desta forma, a Secretaria de Saúde do município de Palmas pactuou em uma das metas de saúde a realização do teste rápido para HIV em 100% dos casos positivos, reforçando a importância desse indicador como direcionamento do tratamento adequado (PALMAS, 2017).

Atualmente, a capital do Tocantins detém o status de município endêmico para Leishmaniose Visceral, conforme os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, os quais levam em consideração o quantitativo e a crescente de casos positivos durante os anos (BRASIL, 2017).

Diante dessa realidade, são imprescindíveis pesquisas técnico-científicas que ofereçam suporte para investigar, identificar e planejar ações voltadas à contenção, mitigação dos casos e riscos e prevenção desse agravo à nível municipal.

Compreendendo o atual cenário municipal dos casos da LV e entendendo a importância da epidemiologia no diagnóstico situacional, o presente trabalho tem como proposta analisar os critérios de notificação dos casos humanos suspeitos de leishmaniose visceral, bem como avaliar e contrapor os indicadores municipais de exames de HIV para o tratamento de LV.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa observacional analítica, utilizando um estudo de coorte retrospectivo, conforme descreve Vieira e Hossne (2015). O estudo foi desenvolvido no município de Palmas, referente aos dados do período que compreende os anos de 2016 a 2018.

Palmas foi fundada em 20 de maio de 1989 e localiza-se na região central do Brasil sob as coordenadas geográficas 10º12'46" de latitude Sul, 48º21'37" de longitude Oeste (SEPLAN, 2012). Detém uma área de 2.219 km² com população de 299.127 pessoas (IBGE, 2018).

Este projeto de pesquisa foi apreciado e analisado pelo CEP CEULP/ULBRA, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 (BRASIL, 2012), gerando o protocolo CAAE 19090019.2.0000.9187. Foram coletadas as notificações para Leishmaniose Visceral do município de Palmas no período que compreende os anos 2016 a 2018, levando em consideração todas as que entram no critério de inclusão, mesmo as que não estiveram com todos os campos 100% preenchidos.

As únicas informações necessárias dessa coleta de dados foram as existentes no quadro clínico preenchido nas notificações. O filtro utilizado para a captação de dados foi "Ano > 2016 a 2018", "Tipo de entrada> caso novo", "município de residência> Palmas" e "Classificação final> confirmado e descartado".

Utilizou-se como variáveis o município de notificação, unidade de saúde notificadora, data de notificação, manifestações clínicas, diagnóstico parasitológico, diagnóstico imunológico, classificação final, critério de confirmação, exame de HIV em casos positivos de LV e medicamento utilizado nos casos de coinfecção.

Os dados advindos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN foram tabulados no Tabwin versão 3.5 e através de planilhas do Excel 2016. A fim de obedecer aos critérios de estratificação epidemiológica proposto pelo Ministério da Saúde para casos de LV humana, as notificações foram estratificadas em triênio (BRASIL, 2017). Assim, realizou-se o levantamento do quadro clínico das notificações. Além disso, a identificação da realização de exames de HIV de casos positivos de LV foi processada através do campo de coinfecção (nº34) da ficha de notificação do SINAN. Todos os dados desse estudo foram trabalhados e apresentados por meio de medidas de posição e dispersão. Para a análise do coeficiente de incidência foram utilizados os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os três anos estudados, Palmas apresentou 79 casos positivos de Leishmaniose Visceral, sendo 15 no ano de 2016, 30 em 2017 e 34 em 2018, totalizando uma média de 26,33 casos.

Mesmo possuindo uma média alta, Palmas já apresentou valores maiores: entre 2002 a 2013, a média foi de 37,6 casos, conforme apontado por Silva et al (2017).

O coeficiente de incidência é utilizado para ações de vigilância epidemiológica e ambiental da LV, analisando a frequência de casos da doença conforme as variações populacionais, geográficas e temporais (BRASIL, 2018).

Nos anos estudados, Palmas apresentou valores menores que o do Estado do Tocantins, porém maiores que os da região norte e do Brasil no geral (Gráfico 01).

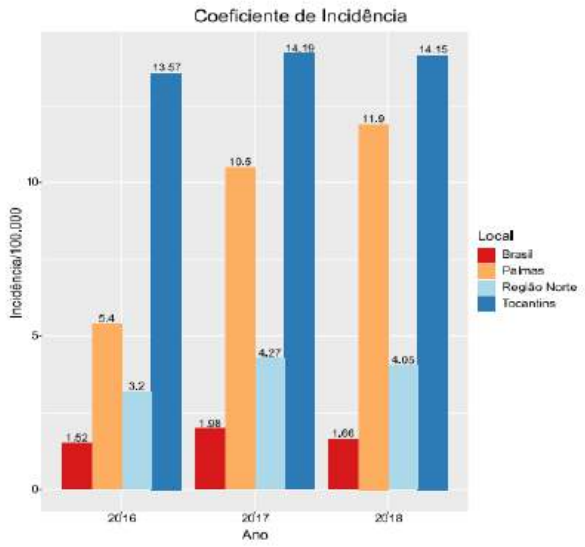


Gráfico 1 - Comparativo de Coeficiente de incidência. Produção própria. Fonte: BRASIL, 2019.

O valor de coeficiente de incidência pode variar de ano para ano. Além do crescimento da população nos municípios, o número de casos positivos tende a mudar por diversos fatores, como adaptação do vetor aos novos ambientes urbanos, variação genética, sazonalidade, mudança climática e ambiental, investimento em educação e saúde, ações de controle, desnutrição, moradia e saneamento (GONTIJO; MELO, 2004; BRASIL, 2014)

Essa alteração nos valores de incidência a cada ano pode ser observada em diversos estudos por todo o país, inclusive alguns com grande discrepância entre os valores.

A exemplo, no estudo de Silva et al. (2017), foi possível observar que Palmas detém um histórico de valores de coeficiente de incidência altos. Nos anos de 2002 e 2003 a autora registrou 34,3 e 57,6, respectivamente. Porém os casos foram diminuindo com o passar dos anos, chegando ao mínimo de 7,84 em 2013.

No município de Codó- MA, Silva et al. (2016), entre 2007 e 2011 encontrou valores mínimo de 26,25 (2011) e máximo de 47,68 (2009).

No entanto os resultados atuais de Palmas apresentam uma menor discrepância, assim como em Natal- RN, com mínimo de aproximadamente 0,90 e o máximo aproximadamente de 4,2 (BARBOSA, 2016). Outro estudo com essas características foi em Fortaleza-CE, em que Rodrigues et al (2017) encontrou valores entre 5,09 a 10,19 entre os anos de 2009 a 2013.

Em relação ao número de notificações no triênio estudado, foram incluídos no SINAN, 741 casos novos como suspeita de leishmaniose visceral em residentes de Palmas. O ano com maior número de notificações foi em 2018, com 274, em seguida o ano de 2017 com 245 e, por fim, 2016 com 222. A média entre esses anos foi de 247.

Das 741 notificações, 662 (89,34%) foram descartadas e 79 (10,66%) confirmadas. Nos três anos analisados foram encontrados valores de notificações descartadas acima de 87% (Tabela 01).

Tabela 1- Notificações de casos novos de LV em Palmas, TO.

N° de notificações por ano				
Ano	**2016**	**2017**	**2018**	**Total**
Notificações	222	245	274	741
casos confirmados	15	30	34	79
Descartados (%)	93,24	87,76	87,59	89,34
Confirmados (%)	6,76	12,24	12,41	10,66

Ainda em Palmas, Silva et al. (2017) também descreveu uma situação próxima à atual, em relação à porcentagem de notificações descartadas, sendo relatado 73,54% fichas descartadas e 26,46% confirmadas.

Assim como em Palmas, Alves e Fonseca (2018) em um levantamento na região leste de Minas Gerais, entre os anos de 2008 e 2015, identificou uma grande porcentagem de notificações descartadas (72,4%) em relação às confirmadas (27,6%).

Como observado em diversos levantamentos, é esperado que o número de notificações não seja o mesmo do de casos confirmados, tendo em vista que a rede de saúde deve notificar todo caso suspeito, conforme preconiza o protocolo do Ministério da saúde (BRASIL, 2014). Desta forma é possível que alguns pacientes que apresentem sintomas parecidos com os da Leishmaniose Visceral possam não ter a doença, e, consequentemente, esse casos sejam descartados.

No entanto, uma grande discrepância entre o número de notificações e de casos confirmados pode levantar diversas hipóteses, tanto da situação epidemiológica da exposição da população a outros agravos que apresentam sintomas semelhantes com a Leishmaniose, quanto em relação à rede de saúde no que concerne à qualidade da identificação do quadro clínico de caso suspeito da LV.

Existem exemplos de levantamentos em que a porcentagem de notificações descartadas não é tão distante das confirmadas. (DA SILVA, 2017; COSTA, 2018; CEARÁ, 2018)

Em Minas Gerais, Da Silva (2017) estratificou entre 2002 e 2013, 13.409 casos suspeitos de LV, sendo 51,5% descartados, 2,5% sem preenchimento da classificação final e 46% confirmados.

No banco de dados nacional correspondente aos anos de 2011 a 2015, Costa (2018), identificou 47.571 notificações, sendo 57,8% descartadas, 3,7% com classificação final ignorada ou em branco e 38,5% confirmadas.

Também existem exemplos em que o número de casos confirmados é maior que o de notificações descartadas, como no Estado do Ceará: entre 10.598 notificações levantadas nos anos de 2008 a 2018, 40,2% foram descartadas e 59,8% confirmadas (CEARÁ, 2018).

Uma das hipóteses para explicar esse volume de casos descartados é que, por Palmas ser considerado como município endêmico para a LV, há uma preocupação maior da rede de saúde em notificar os indivíduos.

De acordo com Contijo e Melo (2004), o diagnóstico clínico é complexo, pois existem sintomas como febre, hepatomegalia, dor abdominal, esplenomegalia, anemia, leucopenia, que são comuns a outras patologias, como esquistossomose, febre tifóide, doença de chagas, malária, entre outras.

Porém é necessário que os profissionais estejam atentos aos sintomas clássicos e aos detalhes preconizados no protocolo, a importância da anamnese e o exame físico nos pacientes (BRASIL, 2014).

De acordo com Silva et al. (1997) uma boa anamnese e o exame físico completo, somados aos dados epidemiológicos, são imprescindíveis para a definição de caso suspeito. É no exame físico que o profissional de saúde realiza a palpação do abdômen do paciente no intuito de identificar a alteração ou não do volume do baço ou do fígado.

Apesar de ser essencial para a definição de caso suspeito, esse procedimento de palpação abdominal do exame físico não é uma prática tão constante das equipes médicas (BRUSTOLONI, 2006).

Em relação ao olhar direcionado da rede de saúde na avaliação clínica dos sintomas suspeitos, dos 79 casos confirmados, 46 (58%) apresentaram febre somada à esplenomegalia.

Ao analisar o critério de casos suspeitos em relação ao quadro clínico, dentre as 741 notificações realizadas pela rede de saúde em Palmas, apenas 124 (17%) apresentaram no campo do quadro clínico a junção dos dois sintomas preconizados como quadro clássico (Gráfico 02).

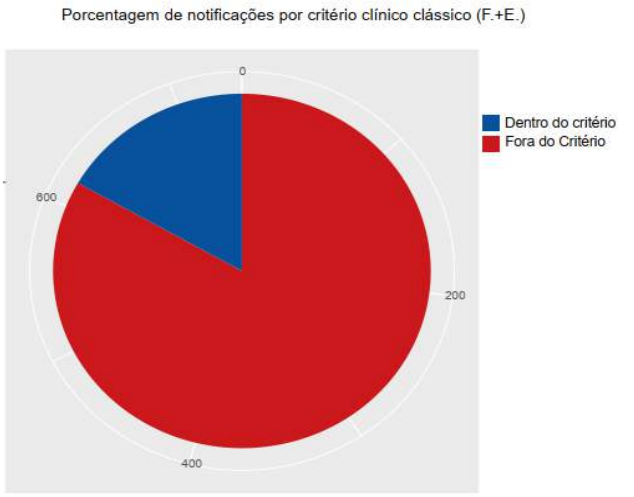


Gráfico 2- Porcentagem de notificações por critério clínico de 2016 a 2018 - Palmas, TO.

Dentre esses 124 casos com a junção de febre e esplenomegalia, 78 foram descartados, o que reforça a importância da investigação clínica e epidemiológica, tendo em vista que esses casos estavam dentro do critério de casos suspeitos.

O grande volume de fichas fora da definição de casos suspeitos gera super-notificação e, consequentemente, pode tornar moroso o processo de trabalho e investigação da equipe de vigilância desse agravo. Além de impactar no tempo de investigação dos pacientes possivelmente acometidos pela LV e no uso e análise de materiais laboratoriais específicos do agravo, também interfere na suspeita e investigação de outras patologias nos pacientes que estão fora desses critérios.

Corroborando, Costa (2018), ao estudar o sistema de vigilância da LV humana no Brasil entre os anos de 2011 e 2015, analisou a proporção do preenchimento das notificações e classificou como "ruim" a definição de caso suspeito informados como descartados no SinanNet, que não preenchiam a definição de caso e que foram submetidos ao diagnóstico parasitológico.

Além da falha da equipe da saúde na avaliação do quadro clínico suspeito da LV, muitas vezes pela complexidade de diagnóstico clínico já mencionado por Contijo e Melo (2004), podem também ocorrer erros humanos na digitação.

Diversos autores, nas mais variadas áreas de estudos e agravos, abordam a falha do preenchimento dos campos das notificações no SINAN por parte da equipe responsável (FURLAN, 2010; BARBOSA et al., 2015; FREITAS et al., 2017; COSTA, 2018).

Para Costa (2018), essas falhas das fichas, em especial do quadro clínico está relacionado, além de outros motivos, à resistência da equipe médica em preencher as notificações, delegando essa ação a outros funcionários que desconhecem a importância dos campos ou a sintomatologia do paciente.

Quanto à realidade de Palmas, os erros relacionados à falha da digitação são mitigados pela equipe de vigilância epidemiológica do município, uma vez que a mesma realiza a investigação do paciente com o intuito de fechar o caso com todos os campos preenchidos.

Entretanto, essa correção refere-se às falhas de digitação dos campos e não ao quadro clínico analisado pela equipe de saúde onde esse paciente foi atendido. Desta forma, é pertinente salientar que os sintomas informados pelo profissional de saúde continuam na ficha.

Observado que parte majoritária das fichas não apresentam a junção de febre e esplenomegalia, foram levantados os demais sintomas. Nesse sentido, ao estratificar individualmente a sintomatologia apresentada nas notificações, pode-se determinar os principais sintomas relatados, incluindo os casos descartados e confirmados.

O quadro clínico da leishmaniose visceral tem como diagnóstico clássico a febre e esplenomegalia. Porém como a avaliação clínica desse agravo é dinâmica, há estudos e documentos que orientam também outros sinais clínicos como definição de caso suspeito.

De acordo com a FUNED (2018), devem ser considerados como suspeitos de LV os pacientes

avaliados pelos profissionais médicos que apresentem febre de duração igual ou superior a 7 dias associado a um desses casos: 1- esplenomegalia; 2- hepatomegalia; 3- qualquer citopenia (anemia, leucopenia, plaquetopenia, ou pancitopenia), palidez e emagrecimento.

Ao considerar os dados de quadro clínico por classificação final, é possível compreender a diferença no volume de notificações descartadas em relação aos casos confirmados (Gráfico 03).

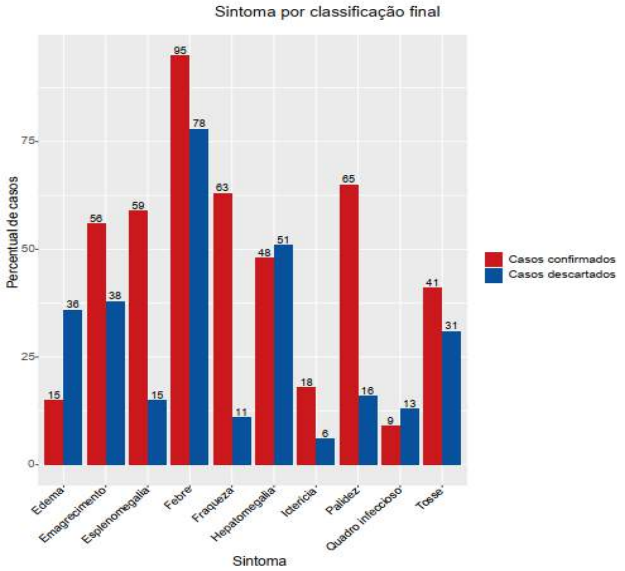


Gráfico 3- Porcentagem dos sintomas encontrados nas notificações de acordo com a classificação final de 2016 a 2018 - Palmas, TO.

De todos os anos estudados, foi observado que entre os casos confirmados cinco sintomas estiveram presentes em mais de 50% dos casos, foram eles: febre (95%), esplenomegalia (59%), fraqueza (63%), emagrecimento (56%) e palidez (65%), com adendo para hepatomegalia que esteve presente em 48% dos pacientes. Já entre os casos descartados, somente dois sintomas estiveram em mais de 50% das notificações, foram eles: Febre (78%) e hepatomegalia (51%), sendo que a esplenomegalia foi observada somente em 15% das notificações descartadas.

Os valores encontrados em Palmas no triênio foram próximos aos de Natal- RN, descritos por Barbosa (2016).

Ao estratificar por ano é possível observar a maior diferença entre os sintomas nos casos confirmados e nos descartados, em especial o de febre e o de esplenomegalia.

Em 2016 a febre esteve em 100% dos casos e a esplenomegalia em 46,7% nos casos confirmados. Nos descartados a febre foi frequente em 79,7% e a esplenomegalia em 25,1%.

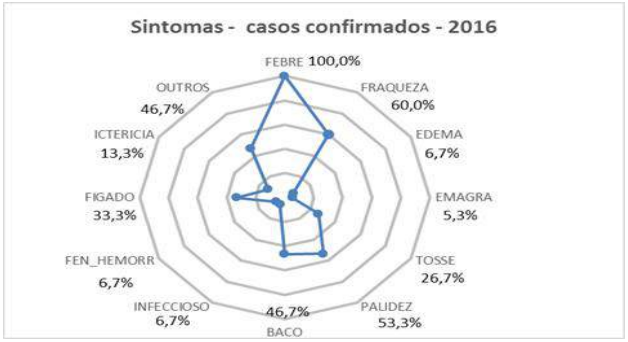


Gráfico 4- Porcentagem dos sintomas encontrados nos casos confirmados de 2016 - Palmas, TO.

Em 2017, a febre representou uma porcentagem de 90%, e a esplenomegalia 53,3% nos confirmados. Nos descartados foi de 79,5% em febre e 12,6% em esplenomegalia.

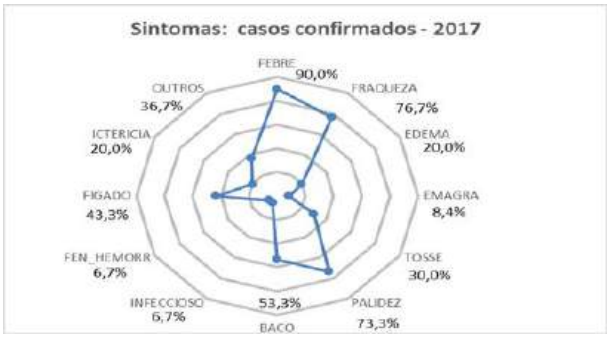


Gráfico 5- Porcentagem dos sintomas encontrados nos casos confirmados de 2017 - Palmas, TO.

Em comparação aos anos anteriores, 2018 teve mais relatos dos principais sintomas da leishmaniose visceral entre os casos confirmados: a febre esteve em 97,1% dos casos positivos, esplenomegalia com 70,6%, e hepatomegalia com 58,8%. Já nos descartados a febre foi informada em 74,2%, e a esplenomegalia em 8,8% (Gráfico 6)

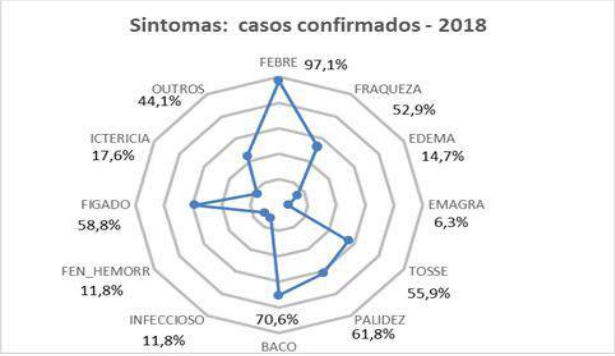


Gráfico 6 - Porcentagem dos sintomas encontrados nos casos confirmados de 2017 - Palmas, TO.

As porcentagens de 2018 de Palmas são próximos aos de Aracaju -SE (GÓES et al., 2014) e menores que as levantadas por SANTOS et al. (2018) no Estado de Sergipe, em que o autor encontrou resultados próximos a 100%.

Ao estratificar os sintomas das notificações realizadas nesses três anos de estudo, principalmente dos casos descartados, é possível levantar o questionamento sobre o porquê desses casos com esses quadros clínicos terem sido considerados como suspeitos para leishmaniose visceral.

Apesar de terem sido poucos casos, é importante mencionar alguns detalhes observados no momento do estudo das fichas de notificação. Foram identificadas oito fichas em que a equipe de saúde mencionou no campo "informações complementares" o contato dos usuários com cachorro com leishmaniose. No entanto, os pacientes só apresentavam dois sintomas, como febre e emagrecimento, febre e palidez, e um caso em que o paciente tinha somente emagrecimento e tosse, o que demonstra que a clínica suspeita de leishmaniose não foi considerada conforme preconiza o protocolo.

Porém houve um caso que mais chamou atenção, o qual a notificação foi preenchida com a informação complementar mencionando que o paciente tinha contato com cachorro com leishmaniose, contudo o paciente encontrava-se sadio, não apresentava nenhum sintoma e mesmo assim foi notificado.

Essas condições demonstram o quanto é importante que os profissionais da rede estejam preparados e alertas para o quadro clínico das doenças que são endêmicas da região, além de compreenderem o fluxo de procedimento necessário desses agravos.

Conforme Góes et al. (2014) é primordial que os profissionais da saúde estejam sempre atualizados, no intuito de identificarem precocemente os casos suspeitos e consequentemente realizarem o diagnóstico e tratamento do paciente em tempo oportuno.

Outro ponto abordado nessa pesquisa e que está diretamente relacionado ao fluxo de cuidado do paciente, é a necessidade da realização do teste de HIV em pacientes positivos para a LV.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a coinfecção *Leishmania*-HIV indica aspectos peculiares na apresentação clínica, no perfil de diagnóstico laboratorial e na resposta ao tratamento específico, por isso é essencial realizar a identificação dessa coinfecção antes do início do tratamento.

Dentre os 79 casos novos confirmados em Palmas, 15 (18,98%) tinham HIV, e desses, 04 foram a óbito, sendo 03 por leishmaniose (Tabela 2)

Tabela 2- Casos de coinfecção Leishmania-HIV e letalidade.

	Casos novos		
	2016	2017	2018
Coinfecção	4	5	6
Coinfecção (%)	26,7%	16,7%	17,6%
Óbitos por LV	0	1	2
Óbitos por outras causas	1	0	0
Letalidade (%)	25%	20%	33,3%

A porcentagem de coinfecção observada em Palmas está acima dos 3% encontrado em Codó- MA (SILVA et al., 2016); dos 5,08% do nordeste brasileiro entre os anos de 2007 a 2011; e equiparado aos 19,5% de Natal- RN (BARBOSA, 2016).

Em um estudo com os casos de leishmaniose no estado de Sergipe, Santos et al. (2018), relatou a coinfecção com HIV ocorrida em 4,5% dos pacientes e a letalidade desses casos de leishmania-HIV em 26,9%.

Já Alves e Fonseca (2018), relataram a detecção da coinfecção mais próxima da encontrada em Palmas, sendo 11,7% entre os pacientes estudados, e a letalidade de 14,3% entre esses casos.

De acordo com o Ministério da Saúde esse indicador de coinfecção está em uma crescente a nível nacional, tendo registro de aproximadamente 1% em 2001, em 2016 alcançou 10% e uma leve queda em 2017 com 8%. Além disso, o HIV/AIDS está entre os principais fatores associados ao maior risco de óbito em pacientes com LV. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017c).

Diante dessa preocupação em relação à letalidade em casos de coinfecção, a Secretaria de Saúde de Palmas pactuou em seu planejamento de metas de saúde a obrigatoriedade da realização de teste HIV em todos os casos confirmados de leishmaniose no município (PALMAS, 2017).

Porém, no período estudado foi observado que em nenhum dos três anos, dentre os casos confirmados, chegou-se à porcentagem de 100% de testes (Gráfico 7).

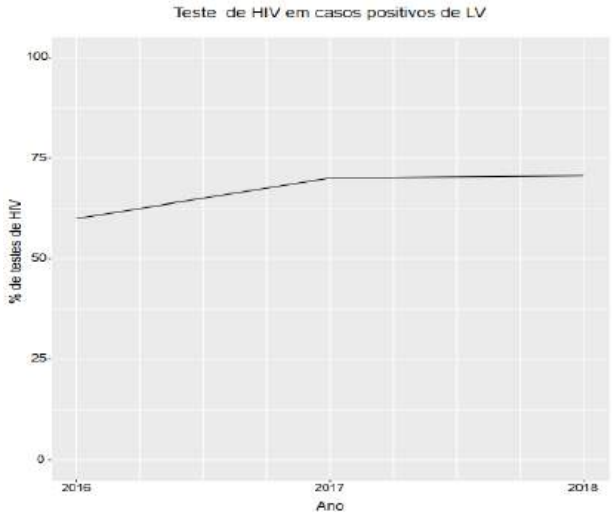


Figura 5 Gráfico 8- Porcentagem de coinfecção e uso de Anfotericina B lipossomal nos casos positivos nos anos 2016 a 2018 - Palmas, TO.

Esse teste deve ser sempre considerado, uma vez que a coinfecção *Leishmania*-HIV potencializa a atividade de ambas no organismo, tanto podendo comprometer o sistema imunológico, estimulando a replicação viral e desenvolvimento da AIDS, quanto também podendo acelerar o desenvolvimento dos protozoários da leishmaniose (SANTOS et al., 2018; BRASIL, 2015).

Além do quadro clínico do paciente com a coinfecção, o principal motivo do teste de HIV está relacionado à indicação terapêutica e ao monitoramento desse paciente em relação à resposta do tratamento.

Em casos detectados como positivos é recomendado pelo protocolo a utilização do medicamento anfotericina B lipossomal, devido ao menor potencial de toxicidade, a fim de evitar o número de letalidade em pacientes com a coinfecção. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Com a estratificação dos casos foi possível identificar que 80% dos 15 pacientes confirmados foram submetidos ao tratamento terapêutico com o medicamento anfotericina B lipossomal, conforme recomenda o protocolo (BRASIL, 2011). Verificou-se que o tratamento com esse medicamento foi realizado em 100% dos pacientes coinfectados apenas no ano de 2018 (Gráfico 08).

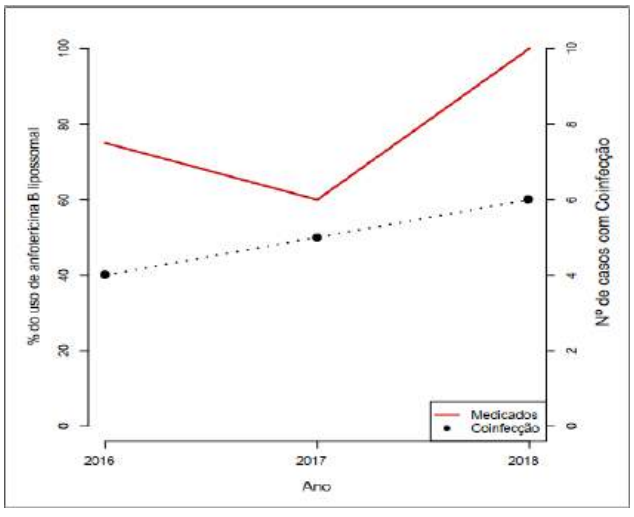


Gráfico 8- Porcentagem de coinfecção e uso de Anfotericina B lipossomal nos casos positivos nos anos 2016 a 2018 - Palmas, TO.

Outras pesquisas também relatam casos de coinfecção em que não foram 100% dos pacientes que fizeram uso da anfotericina B lipossomal (ALVES; FONSECA, 2018; LIMA, 2018)

No estudo de Alves e Fonseca (2018), os autores informaram o uso da anfotericina B lipossomal em 42,9% dos pacientes coinfectados. Já no Maranhão, entre os anos de 2007 a 2017, 88% dos pacientes fizeram o uso desse medicamento (LIMA, 2018).

Os casos de leishmaniose visceral em residentes de Palmas são diagnosticados e tratados tanto na atenção básica, quanto na ambulatorial e hospitalar, a depender da realidade do quadro clínico do paciente ou do fluxo de entrada na rede de saúde.

Essas possibilidades de entrada, diagnóstico e tratamento dos pacientes, podem interferir tanto no número de notificações com ou sem critério, quanto na indicação do tratamento. Suas causas podem ocorrer devido alguns fatores como: diferentes profissionais, monitoramentos, análise epidemiológica sobre o agravo, entre outras situações.

Diversos autores falam sobre essa rotatividade de profissionais tendo impacto negativo na continuação do trabalho, entendimento do agravo e preenchimento das notificações (CERQUEIRA et al., 2008; SANTOS;LACAZ, 2012; SILVA; MENDES, 2016).

Os hospitais públicos foram os responsáveis pela maior porcentagem de notificações. Das 741 fichas, 57% foram realizadas em hospitais. As demais foram distribuídas entre os centros de saúde da atenção básica com 26%, UPA Sul de Palmas com 12%, UPA Norte de Palmas com 2%, os hospitais privados com 2% e 1% em unidades notificadoras de outros tipos (laboratório, secretaria de saúde e outros locais fora do município).

Os hospitais foram as principais unidades notificadoras também no Estado de Sergipe, com 90,6% e o restante em Unidades Básicas de Saúde (SANTOS et al., 2018).

Ao analisar o critério de associação de febre e esplenomegalia estratificado pelas unidades notificadoras, identificou-se que todas as unidades ficaram abaixo de 26% de notificação dentro do critério de caso suspeito (Gráfico 09).

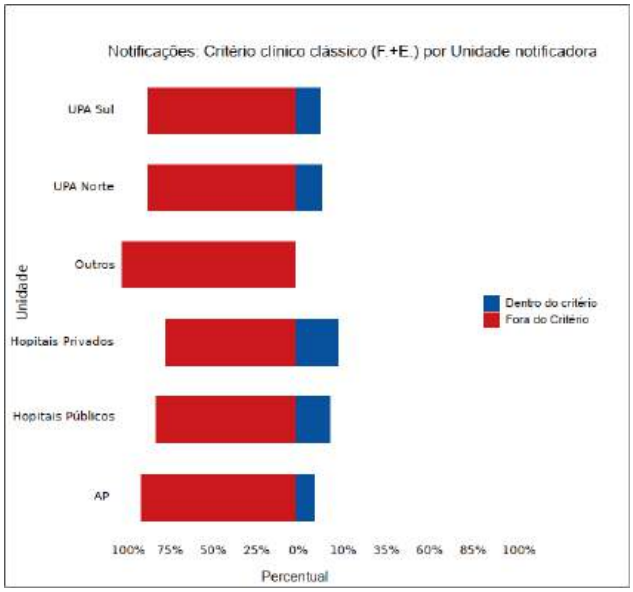


Gráfico 9 - Porcentagem de notificações de acordo com critério clínico por Unidade Notificadorade 2016 a 2018 - Palmas, TO.

Os hospitais públicos são os que mais notificam por conta da inversão do fluxo de entrada dos pacientes, tendo em vista que a população acometida pela leishmaniose visceral geralmente desconhece os sintomas e quando procuram atendimento já estão com sintomas avançados.

Corroborando, Lane (2016) observou em seu estudo que pacientes com quadros febris prolongados procuram diretamente as unidades de saúde de maior complexidade a fim de realizarem o diagnóstico.

É essencial que a população tenha conhecimento sobre o agravo, uma vez que possibilita o maior controle da doença e do quadro clínico das pessoas, já que permite a identificação e relação dos sintomas da leishmaniose com a procura de um atendimento precoce (BORGES, 2008; CASTRO et al, 2016).

CONCLUSÃO

Com esse estudo é possível evidenciar o perfil do quadro clínico dos casos notificados para Leishmaniose Visceral no município de Palmas, tanto na avaliação do critério de suspeita, quanto na identificação da coinfecção *Leishmania*-HIV e no procedimento terapêutico desses pacientes coinfectados. Foi observado que há super-notificação no município de Palmas, quando levado em consideração o alto número de notificações que não se encaixam no critério do quadro clínico suspeito desse agravo. Destaca-se, ainda, o número de casos com coinfecção *Leishmania*-HIV e a necessidade de teste de HIV nos casos positivos de leishmaniose, tendo em vista que nenhum dos três anos estudados alcançou 100% de teste, conforme a meta pactuada pela Secretaria de Saúde do Município. Verificou-se, também, que mais de 50% das notificações foram realizadas nos hospitais públicos, o que indica a necessidade de ampliar a educação e promoção de saúde sobre o agravo para a população, tendo em vista que grande parte desses pacientes diagnosticados e notificados nos hospitais procuram o serviço de saúde com o quadro de leishmaniose em estagio avançado por não conhecerem os sintomas iniciais e não buscarem a atenção básica. Além disso, é de extrema importância que os profissionais da rede de saúde municipal e estadual sejam constantemente atualizados e capacitados possibilitando, desta forma, o maior conhecimento sobre o agravo, sobre o fluxo de diagnóstico e atendimento desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALVES, W. A.; FONSECA, D. S. Leishmaniose visceral humana: Estudo do perfil clínico-epidemiológico na região leste de Minas Gerais, Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 2, p. 133-139, 2018.

BARBOSA, I.R. Leishmaniose Visceral Humana no Município de Natal-RN: Análise Clínico-Epidemiológica e Espacial. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p.89 -101, 2016.

BARBOSA, J.R; BARRADO J.C.S., ZARA A.L.D.S.A.; SIQUEIRA JÚNIOR, J.B. Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009. **Epidemiol Serv Saúde**. jan-mar;24(1):49-58, 2015.

BASANO, S. A.; CAMARGO, L. M. A. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. **Rev. bras. epidemiol**., São Paulo , v. 7, n. 3, p. 328-337, Sept. 2004 .

BORGES, B. K. A.; SILVA, J.A.; HADDAD, J.P.A.; MOREIRA, E.C.; MAGALHÃES, D.F.; RIBEIRO, L.M.L; FIÚZA, V.O.P. Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 777-784, Apr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 3/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. Ministério da Saúde, 1. ed., 120 p., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfecção Leishmania-HIV**. 1 ed. rev. e ampl. Brasília. 109 p, 2015.

BRASIL. **Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, set. 2017a.

BRASIL. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília; 13. Seção 1, p. 59. jun, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Caderno de indicadores**: Leishmaniose tegumentar e Leishmaniose Visceral. 31p. il.(Documento Técnico). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/LTA/Indicadores_Leishmanioses_2018.pdf.Acesso em 06 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose Visceral:** recomendações clínicas para redução da letalidade. 78 p. il.(Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose Visceral 2017c**. (Apresentação Técnico). Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/leishvisceral-17-novo-layout.pdf. Acesso em 06 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coeficiente de incidência de Leishmaniose Visceral**, por 100.000 habitantes. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas 1990 a 2018. (Documento Técnico). Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/14/LV-Coef-Incidencia.pdf._Acesso em 06 nov. 2019.

BRUSTOLINI, Yvone Maia. Leishmaniose visceral em crianças no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil: contribuição ao diagnóstico e ao tratamento. 2006. 137 f. **Tese** (Doutorado em Ciências Médicas)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

CASTRO, J.M.; RODIGUES, S.M.; TARSO, S.; COSTA, F.L.; RODRIGUES, A.C.P.; VIEIRA, L.D.F.; LIMAC, M.R.; BORJA-CABRERA,G.P. Conhecimento, percepções de indivíduos em relação à leishmaniose visceral humana como novas ferramentas de controle. **Ensaios e Ciência**: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 20, n. 2, p. 93-103, 2016.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Boletim epidemiológico**: leishmaniose visceral Ceará: 24 de out. 1-10p , 2018.

CERQUEIRA, A.B.; SALES, C.M.M.; LIMA, R.; ZORZAL, M.; VIEIRA, R.C.A.; BRIOSCHI, A.P.; MACIEL, E.L.N. Completude do sistema de informação de agravos de notificação compulsória de gestante HIV positivo entre 2001 e 2006, no Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2008.

CHAVES, L.F.; COHEN, J.M.; PASCUAL, M.; WILSON, M.L. Social exclusion modifies climate and deforestation impacts on a vector-borne disease. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 2, n. 2, 2008.

COSTA, J.N.G. **Avaliação do sistema de vigilância da Leishmaniose Visceral Humana no Brasil**, 2011 - 2015. [Dissertação]. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2018.

DA SILVA, T.A.M; COURA-VITAL, W.; BARBOSA, D.S; OIKO, C.S.F, MORAIS, M.H.F; TOURINHO, B.D.; DE MELO, D.P.O.; REIS, I.A.; CARNEIRO, M. Spatial and temporal trends of visceral leishmaniasis by mesoregion in a southeastern state of Brazil, 2002-2013. **PLoS Negl. Trop**. Dis.11(10): 1-20,2017

DIAS, L. C.; DESSOY, M.A.; GUIDO, R.V.C.; OLIVA, G.; ANDRICOPULO, A.D. Doenças tropicais negligenciadas: uma nova era de desafios e oportunidades. **Química Nova**, v. 36, n. 10, p. 1552-1556, 2013b.

FREITAS, B.H.B.M; CORTELA, D.C.B; FERREIRA, S.M.B. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. **Rev Saúde Pública**. 15:583-6, 2017.

FUNED, Fundação Ezequiel Dias. Instituto Octávio Magalhães – Lacen/Mg Divisão De Epidemiologia e Controle De Doenças. Execução do teste rápido imunocromatográfico OnSiteTM Leishmania IgG/IgM Combo para o imunodiagnóstico da leishmaniose visceral (LV). **Relatório Técnico**. Belo Horizonte. 6p. Fev. 2018.

FURLAN, M.B.G. Epidemia de leishmaniose visceral no Município de Campo Grande-MS, 2002 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 19(1): 15-24, 2010.

GÓES, M.A.O.; JERALDO, V.deL.S.; OLIVEIRA, A.S. Urbanização da leishmaniose visceral: aspectos clínicos e epidemiológicos em Aracaju, Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 119-126, 2014.

GONTIJO, C.M.F.; MELO, M.N. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 338-349, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Cidades/Tocantins/Palmas. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama . Acesso em 06 nov. 2018.

JÚNIOR L.G.C; RODRIGUES, L.C.B.; MACHADO, G.B.; FIGUEIREDO, E.T.; REIS, F.T.M.; MONTEIRO, M.L.G.R.; FAVALI, C.B.F.; LIMA, B.D. Coinfecção por Leishmaniose Visceral e Vírus da Imunodeficiência humana: Uma evolução clínica desfavorável. **Rev Patol Trop**. abr-jun; 42(2): 233-240, 2016

LANE, V.F.M. Análise epidemiológica da Leishmaniose visceral humana no Brasil: contribuição às políticas de controle.**Tese** (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade de Brasília. 158p. Brasília, 2016.

LIMA, U.R.S. Aspectos gerais da coinfecção leishmaniose Visceral / HIV no Maranhão. **Dissertação** (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCBS) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 98 f, 2018.

LINDOSO J.A.; COTA, G.F.; DA CRUZ, A.M.; GOTO, H.; MAIA-ELKHOURY, A.N.S.; ROMERO, G.A.S.; RABELLO, A. Visceral Leishmaniasis and HIV Coinfection in Latin America. **PLoS Negl Trop**. Dis 8: e3136, 2014.

NIEVES, E.; ORAÁ, L.; RONDÓN, Y.; SÁNCHEZ, M.; SÁNCHEZ, Y.; ROJAS, M.; RONDÓN, M.; RUJANO, M.; GONZÁLES, N.; CAZORLA, D. Effect of environmental disturbance on the population of sandflies and Leishmania transmission in an endemic area of Venezuela**. Journal of Tropical Medicine**,v. 2014, 2014.

OPAS, Organização Pan Americanada da Saúde. **Leishmaniases**: Informe epidemiológico das Americas. Fev. 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34857. Acessado em 28 out, 2018.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Anual de Saúde de Palmas:** Segunda revisão, 2017. Disponível em: http://www.palmas.to.gov.br/media/doc/arquivos ervico/Plano_Anual_de_Sa%C3%BAde_2014_-_2017__2%C2%AA_Revis%C3%A3o.pdf. Acesso em 06 nov. 2018.

RODRIGUES, A.C. M; MELO, A.C.F.; JÚNIOR, A.D.; FRANCO, S.O., RONDON, F.; & BEVILAQUA, C.M. Epidemiologia da leishmaniose visceral no município de Fortaleza, Ceará. **Pesq. Vet. Bras**., Rio de Janeiro , v. 37, n. 10, p. 1119-1124, Oct. 2017.

RUFINO, A. R. A relação entre o desmatamento e a incidência de leishmaniose no município de Mesquita-RJ. **Geomal**, v. 2, p. 245-262, 2011.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A.C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1143-1150, 2012 .

SANTOS, M.A.; RODRIGUES, S.L.C; NASCIMENTO, A.L.F.; RODRIGUES, J.S.; GÓES, M.A.O. Leishmaniose Visceral: Características clínico-epidemiológicas de casos e óbitos no estado de Sergipe. **Rev. epidemiol. controle infecç**, p. 428-434, 2018.

SEPLAN. **Atlas do Tocantins**: subsídios ao planejamento da gestão territorial. 6. ed. Palmas: Secretaria do Planejamento e da Modernização da Gestão Pública, 80 p. 2012.

SILVA, A.R.da; VIANA, G.M.C.; VARONIL, C.; PIRES, B.; NASCIMENTO, M.D.S.D.; COSTA, J.M.L. Leishmaniose visceral (calazar) na Ilha de São Luís, Maranhão, Brasil: evolução e perspectivas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 30, n. 5, p. 359-368, Oct. 1997.

SILVA, E.A.; ANDREOTTI, R.; HONER, M.R. Comportamento de Lutzomyialongipalpis, vetor principal da leishmaniose visceral americana, em Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**., Uberaba , v. 40, n. 4, p. 420-425, Aug. 2007.

SILVA, K. B. M. S.; CASTRO, J. G. D.; CALABRESE, K.; SEIBERT, C. S.; NASCIMENTO, G. N.da; MARIANO, S. M. B.; FIGUEIREDO, B. N. S.; SANTOS, M. G dos. Análise espacial da leishmaniose visceral no município de Palmas, Tocantins, Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 25, n. 13, p. 18-29,Set,2017.

SILVA, L.B.; AQUINO; D.M.C; BEZERRA, J.M.T.; MELO, M.N.; LEONARDO, F.S.; GUIMARÃES E SILVA, A.S.; PINHEIRO, V.C.S. Fatores associados à leishmaniose visceral na área endêmica de Codó, estado do Maranhão, Brasil. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, 2016.

SILVA, L. S.; MENDES, D. R. G. Completude do sistema de informação de agravos de notificação de dengue em Valparaíso de Goiás, 2012-2015. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 105-116, 2016.

VIEIRA S,; HOSSNE WS. **Metodologia científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

WHO, World Health Organization.**Control of the leishmaniases**.Report of a Meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases. Geneva: World Health Organization; 2010. (WHO Technical Report Series, 949).

WHO, World Health Organization. **Weekly epidemiological Record**. n. 40, 2018, 93, 521–540 Disponível em: http://www.who.int/wer/en/. Acessado em 28 out. 2018.

PERFIL DA MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, NO PERÍODO DE 2011 A 2017

PROFILE OF MORTALITY PREMATURE FROM NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS-TO IN THE PERIOD 2011 TO 2017

PERFIL DE MORTALIDAD PREMATURA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL MUNICIPIO DE PALMAS-TO EN EL PERÍODO 2011 A 2017

Jéssica Campos da Silva[1]*, Andreza Domingos da Silva[2], Karolyne Botelho Marques Silva[3]

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico da mortalidade prematura pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), na série cronológica de 2011 a 2017. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Selecionou-se os óbitos ocorridos na população com faixa etária entre 30 a 69 anos, associados a Diabetes mellitus (DM), Doenças Respiratórias Crônicas (DRC), Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) e neoplasias, no período referido acima, em usuários residentes do município de Palmas - TO. A coleta ocorreu em setembro de 2019, por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a nível municipal. **Resultados:** Ocorreram 1.531 óbitos no período avaliado. A principal causa de morte foram as DAC, seguido das neoplasias, DM e DRC, com maior ocorrência no sexo masculino, na população de cor parda, com escolaridade de 1 a 7 anos de estudo e na faixa etária de 60 a 69 anos. A taxa de mortalidade apresentou oscilação mínima de 178,5% e máxima de 225,2%. Os territórios de saúde que mais registraram mortes foram o Kanela, Xerente e Karajá. **Conclusão:** O estudo permitiu a identificação epidemiológica da mortalidade prematura pelas quatros principais DCNT. Porém, apresenta limitações decorrentes do preenchimento inadequado dos dados contidos na declaração de óbito

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis, Mortalidade prematura, Perfil de saúde.

[1] Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), Palmas-TO.
*Email:jesscamposs@outlook.com
[2] Secretaria Municipal de Palmas (SEMUS), Palmas-TO.
[3] Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), Palmas-TO.

SUBMETIDO EM: XX/2019 | ACEITO EM: XX/2019 | PUBLICADO EM: XX/2019

ABSTRACT

Objective: To identify the epidemiological profile of premature mortality from the four main Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), in the chronological series from 2011 to 2017. **Methods:**Cross-sectional, descriptive, retrospective study with a quantitative approach. The deaths that occurred in the population, aged between 30 a 69 years, associated with Diabetes mellitus (DM), Chronic Respiratory Diseases (CKD), Diseases of the Circulatory System (CAD) and neoplasms, in the period mentioned above, were selected in users residents of the municipality of Palmas - TO. The collection took place in September 2019, through the Mortality Information System (SIM) at the municipal level. **Results:**There were 1,531 deaths, the main cause of death being CAD, followed by neoplasms, DM and CKD. Being higher in males, in the brown colored population, in schooling from 1 to 7 years of study and in the age group from 60 to 69 years. The mortality rate fluctuated, with a minimum of 178.5% and a maximum of 225.2%. The health territories that recorded the most deaths were Kanela, Xerente and Karajá. **Conclusion:** The study allowed the epidemiological identification of premature mortality by the four main NCDs. However, it has limitations resulting from the inadequate filling of the data contained in the death certificate.

Key words: Chronic non-communicable diseases, Premature mortality, Health profile.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico de la mortalidad prematura de las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), en las series cronológicas de 2011 a 2017. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo. Las muertes que ocurrieron en la población, con edades comprendidas entre 30 y 69 años, asociadas con Diabetes mellitus (DM), Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC), Enfermedades del Sistema Circulatorio (CAD) y neoplasias, en el período mencionado anteriormente, fueron seleccionadas en los usuarios. residentes del municipio de Palmas - TO. La recolección tuvo lugar en septiembre de 2019, a través del Sistema de Información de Mortalidad (SIM) a nivel municipal. **Resultados:** Hubo 1,531 muertes, la principal causa de muerte fue CAD, seguido de neoplasias, DM y ERC. Ser más alto en los hombres, en la población de color marrón, en la escuela de 1 a 7 años de estudio y en el grupo de edad de 60 a 69 años. La tasa de mortalidad fluctuó, con un mínimo de 178.5% y un máximo de 225.2%. Los territorios de salud que registraron más muertes fueron Kanela, Xerente y Karajá. **Conclusión:** El estudio permitió la identificación epidemiológica de la mortalidad prematura por las cuatro ENT principales. Sin embargo, tiene limitaciones derivadas del llenado inadecuado de los datos contenidos en el certificado de defunción.

Palabras clave: Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Mortalidad Prematura, Perfil de Salud.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) caracterizam-se como doenças multifatoriais e o seu desenvolvimento está atrelado ao conjunto de condicionantes e determinantes de saúde, associado à exposição aos fatores de risco. Em relação as quatros doenças crônicas de maior magnitude mundial (neoplasias, doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças respiratórias crônicas), todas apresentam fatores de riscos comum individuais/comportamentais e o adoecimento

se dará por longa exposição ao decorrer da vida. Vale ressaltar que são fatores modificáveis, sendo eles: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e o álcool (WHO, 2009).

A mortalidade por DCNT se expressa de forma mais predominante nos países em desenvolvimento e representam um terço dos óbitos em pessoas com menos de 60 anos, sendo que nos países desenvolvidos os óbitos prematuros (30 a 69 anos), ocorre em menos de 13% dos casos (WHO, 2013). Estas condições são as principais causas de mortalidade no mundo (WHO, 2009) e tem ocasionado um elevado número de mortalidade prematura, com cerca de 15 milhões de óbitos em 2016 (OPAS, 2017).

Consequentemente, há perda de qualidade de vida com alto grau de limitações no desenvolvimento de atividades, sejam de lazer ou trabalho, gerando impactos econômicos para a família e sociedade, contribuindo para o aumento da pobreza e agravamento das iniquidades (BRASIL, 2011).

Conforme Malta, DC et al. (2006), o primeiro estudo de carga de doença realizado com financiamento do Ministério da Saúde, em 2002, para ter conhecimento mais próximo do peso das doenças mais prevalentes no Brasil, demonstrou que as DCNT têm a maior representatividade em proporções nos anos de vida perdidos por morte prematura (59%), por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (66,3%).

Não diferentemente do exposto no cenário mundial, no Brasil, as doenças crônicas representam um grave problema de saúde pública e afetam os indivíduos de diferentes camadas sociais (BRASIL, 2011). Aliado a isso, a tripla transição demográfica, epidemiológica e nutricional, ocorrida no país acrescido à urbanização e ao crescimento socioeconômico aumentam o risco de desenvolvimento das doenças crônicas na população (SCHMIDT, MI et al., 2011).

Assim, em 2015, o conjunto das quatros principais DCNT chegaram a representar 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos (BRASIL, 2016). Um estudo realizado por Alves, CG e Neto LMO (2014), em todas as unidades federativas do Brasil com o objetivo de avaliar a tendência da mortalidade prematura por DCNT entre os anos de 2000 a 2011 demonstrou que as doenças do aparelho circulatório (DAC) foram as principais causas de óbitos (1.787.322), seguido das neoplasias (1.186.121), das doenças respiratórias crônicas (DRC) (453.472) e *Diabetes mellitus* (DM) (236.311).

No mesmo estudo, ao analisar a tendência isolada do estado do Tocantins relativa ao sexo masculino, percebeu-se o aumento no risco de mortalidade prematura por neoplasias, tendência estacionária para DM, diminuição na mortalidade pelas DAC e tendência estacionária para as DRC. Com relação ao sexo feminino, a tendência demonstrou-se estacionária para as DRC, DM e neoplasias, com diminuição na tendência por DAC (ALVES CG e NETO LMO, 2014).

Entretanto, quando se realiza busca em bases científicas para avaliar a mortalidade prematura no estado do Tocantins e em Palmas, percebe-se que ainda há escassez no assunto. Assim, desconhece-se na comunidade acadêmica o perfil da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, tanto no estado quanto no município. Neste sentido, esta pesquisa tem como

objetivo identificar o perfil epidemiológico da mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT, na série cronológica de 2011 a 2017, para contribuir no planejamento das políticas públicas e nas intervenções de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, a fim de reduzir a mortalidade por estas condições.

MÉTODOS

O estudo tratou-se de uma pesquisa transversal descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa, tendo como critério de seleção os óbitos ocorridos na população com faixa etária entre 30 a 69 anos, preconizada pelo Ministério da Saúde para o cálculo da taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Assim, os óbitos selecionados apresentaram obrigatoriamente mortalidade associada a estas condições, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): *Diabetes mellitus* (E10 – E14), doenças respiratórias crônicas (J30 – J98), doenças do aparelho circulatório (I00 – I99) e neoplasias (C00 – C97), ocorridos durante o período de 2011 a 2017, em usuários residentes do município de Palmas - TO.

Os dados foram coletados em setembro de 2019, por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a nível municipal, que utiliza as informações contidas na Declaração de Óbito (DO) para sua alimentação. A tabulação foi realizada utilizando o programa Tab para Windows – TabWin, versão 3.5.

Para a identificação dos aspectos epidemiológicos relativos à mortalidade prematura pelas principais DCNT e mapeamento dos óbitos por territórios de saúde, foram utilizadas as variáveis: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, informações relativas ao endereço, data e a causa básica do óbito.

Todas as variáveis que não estavam preenchidas ou preenchidas de forma a não permitir a sua identificação foram definidas e categorizadas como não identificado. No sentido de verificar a inferência estatística entre os óbitos ocorridos e as variáveis sociodemográficas, realizou-se o teste qui-quadrado adotando o percentual de 5% de significância.

A fim de minimizar inconsistências relacionadas ao endereço do usuário e, consequentemente, qualificar o banco, procedeu-se a busca destas informações no sistema de informação em saúde e-SUS AB, bem como utilizou-se a ferramenta Google Maps para mapear a ocorrência do óbito e associá-lo a um território de saúde.

Segundo a Portaria Institucional n° 518 de 14 de junho de 2016, que institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas - TO (RAVS/PALMAS), os territórios estão divididos em oito macrorregiões: Apinajé, Kanela, Javaé, Xambioá, Xerente, Karajá, Pankararu e Krahô.

Para as estimativas de óbitos esperados para os anos de 2018 e 2019 por neoplasias e DAC, utilizou-se suavização espacial para calcular matematicamente o modelo de estimativa de ocorrência. Por fim, para o cálculo da taxa de mortalidade prematura pelo conjunto destas doenças

crônicas seguiu-se a nota informativa disponibilizada pelo Ministério da Saúde, em seu sítio eletrônico (BRASIL, 2018).

No denominador da fórmula, utilizou-se as projeções da população de 2011 a 2015, na faixa etária de 30 a 69 anos de usuários residentes em Palmas - TO, disponível no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS) (BRASIL, 2015). Entretanto, para os anos subsequentes (2016 e 2017), devido a indisponibilidade da informação necessária sobre a população estudada, calculou-se a projeção a partir do método aritmético.

Após a finalização destas etapas, recorreu-se aos softwares Microsoft Word e Excel, versão 2016, para a construção de gráficos, tabelas e cálculo do teste qui-quadrado.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) de Palmas -TO, sendo aprovado pelo número do parecer 3.415.523.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na série histórica analisada, a princípio, foram registrados, no município de Palmas - TO, 1.511 óbitos relativos à mortalidade prematura pelo conjunto das principais DCNT. Entretanto, após a realização de investigações, algumas causas básicas foram alteradas e, consequentemente, a DO. Assim, o estudo analisou 1.531 óbitos que compreenderam as neoplasias, DAC, DRC e DM (Tabela1).

Tabela 1: Caracterização dos óbitos de usuários residentes no município de Palmas - TO, pelas quatros principais DCNT, 2011-2017, Palmas - TO, 2020.

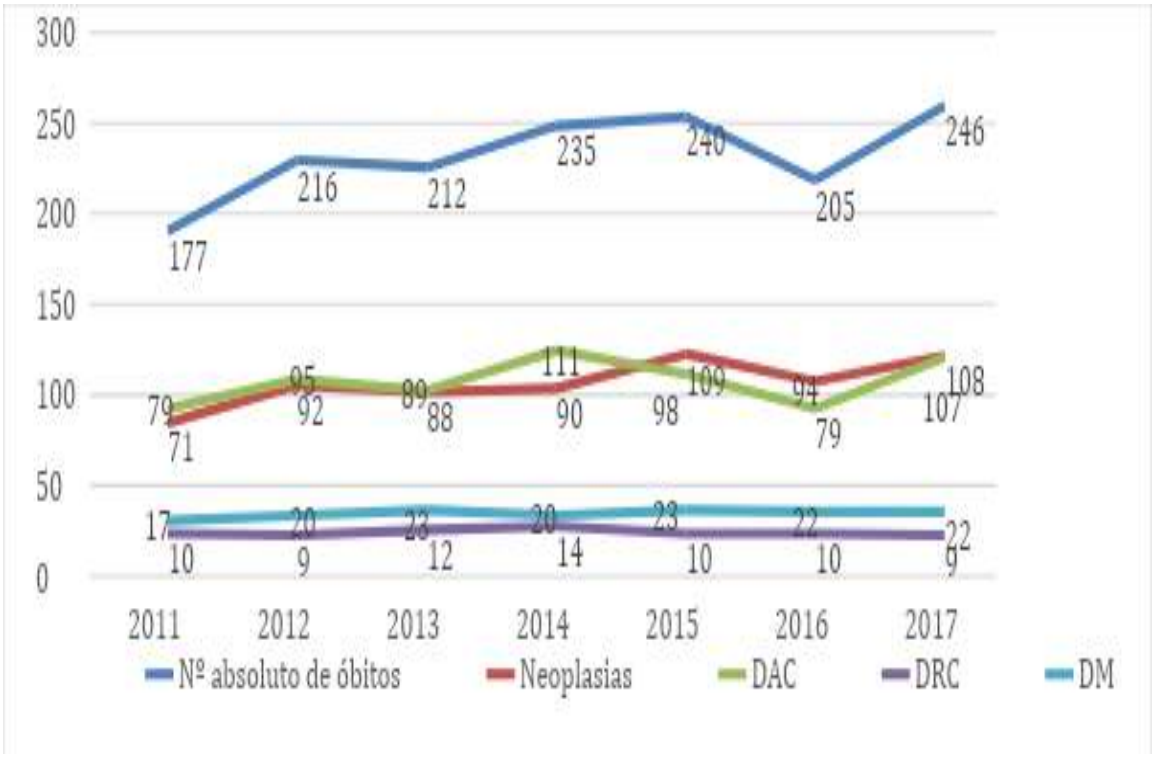
Doença crônica não transmissível	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Neoplasias	652	42,6%
DAC	658	43%
DRC	74	4,8%
DM	147	9,6%
Total	**1.531**	**100%**

Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

Observou-se que a principal causa de morte entre as DCNT foram as DAC (43%), seguido pelas neoplasias (42,6%), as DM (9,6%) e, por fim, as DCR (4,8%). Assim, o município segue a tendência de mortalidade por doenças crônicas a nível nacional e estadual, na qual as DAC são as principais causas de morte, e, logo em seguida, estão as neoplasias dentro do conjunto das DCNT com maior magnitude. Entretanto, diverge destas tendências quanto aos óbitos por DCR e DM, pois, como observado em Palmas - TO, ocorreram mais óbitos por DM do que por DRC (ALVES CG e NETO

LMO, 2014; BRASIL, 2011). No gráfico 1, analisou-se a distribuição destes óbitos ao longo dos anos correspondentes da série histórica.

Gráfico 1: Número absoluto de óbitos pelas quatro principais DCNT, de usuários residentes do município de Palmas - TO, 2011-2017, Palmas -TO, 2020.



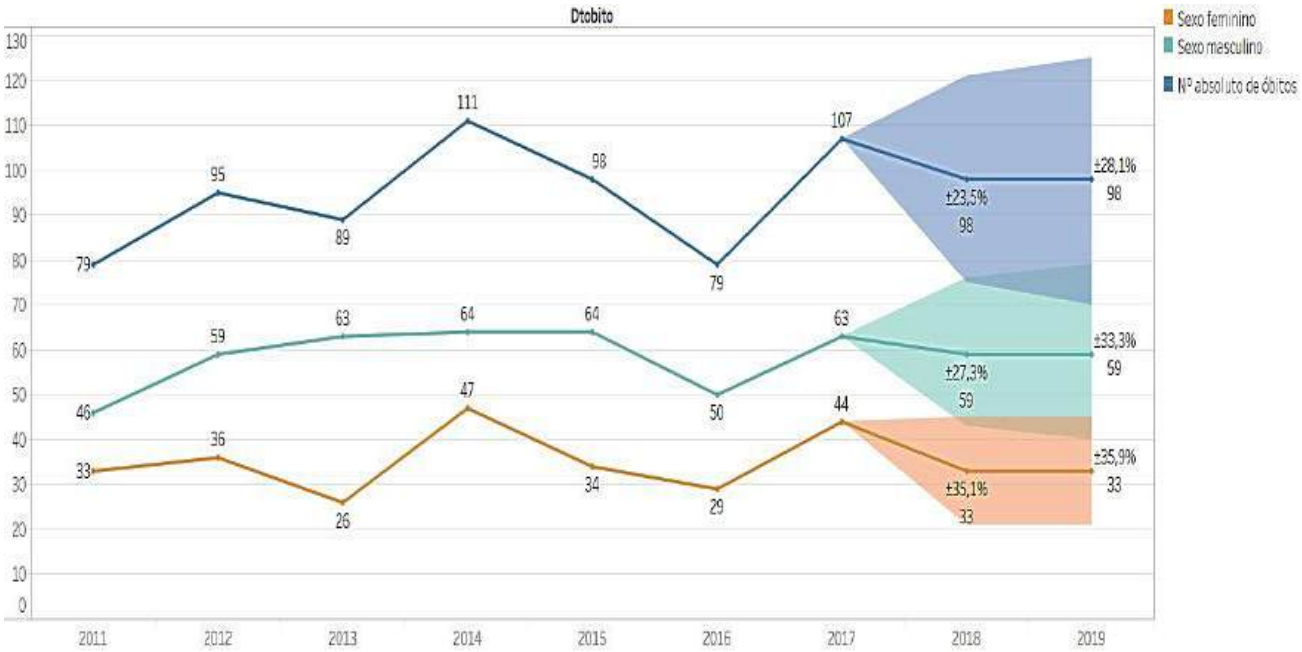
Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

Apesar das DAC representarem o maior quantitativo de óbitos, percebeu-se que nos anos de 2016 e 2017 as neoplasias ocasionaram mais mortes, contrariando os padrões observados no país e no estado do Tocantins. Os gráficos 2 e 3 descrevem a previsão dos óbitos esperados por estas condições de forma geral e por sexo, para os anos de 2018 e 2019 (Gráficos 2 e 3). Por meio destes, evidenciou-se que o evento acontecerá novamente nos anos subsequentes ao último ano analisado por esta pesquisa.

Gráfico 2: Óbitos estimados por neoplasias de usuários residentes do município de Palmas - TO, 2018-2019.

Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

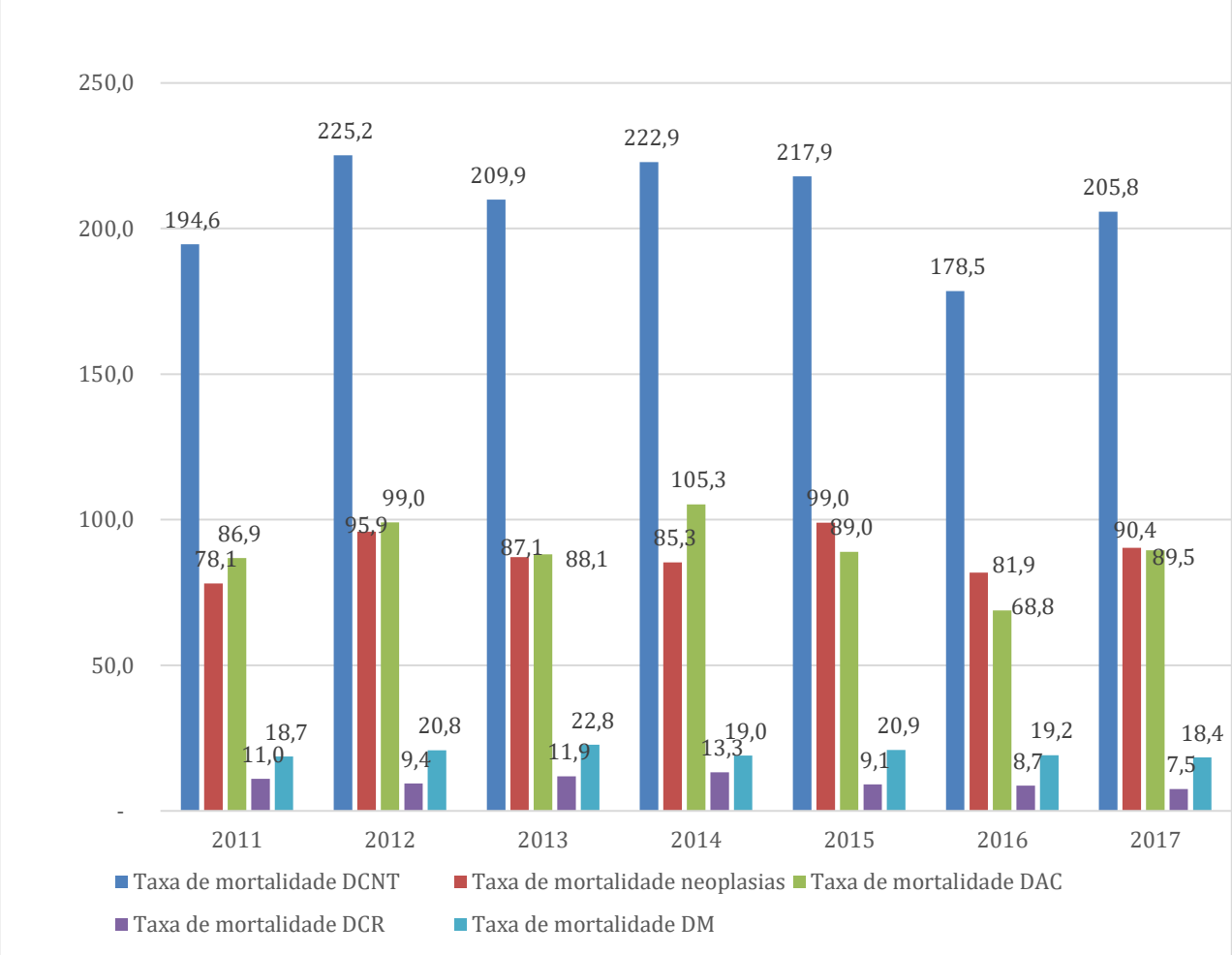
Gráfico 3: Óbitos estimados por DAC de usuários residentes do município de Palmas - TO, 2018-2019.



Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019.

Em 2011, por meio do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o Brasil pactuou a meta de redução da taxa de mortalidade em 2% ao ano (BRASIL, 2011). E em 2012, na Assembleia Mundial de Saúde estabeleceu-se a meta global de redução da mortalidade em 25% entre os anos de 2015 a 2025 (WHO, 2012). Como é possível observar no gráfico 4.

Gráfico 4: Taxa geral de mortalidade prematura pelo conjunto das quatros principais e distribuídas segundo os grupos de doenças, Palmas - TO, 2011-2017.



Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

A partir da análise do comportamento da taxa de mortalidade prematura pelas DCNT em Palmas - TO, observou-se que esta apresenta oscilação, com o mínimo percentual de 178,5% (2016) e o máximo de 225,2% (2012) (Gráfico 4). Nesta perspectiva, é notória a dificuldade de o município alcançar, em anos subsequentes, a meta de redução em 2% ao ano, podendo interferir no alcance do Brasil na meta global de redução em 25% até 2025. Conforme observado na tabela 2.

Tabela 2: Oscilação da taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT no município de Palmas -TO, 2011-2017.

Ano	Taxa	Oscilação
2011	194.6%	-
2012	.2%	(+)30,7%
2013	209.9%	(-)15,3
2014	222.9%	(+)13
2015	217.9%	(-)5%
2016	178.5%	(-)39,4%
2017	205.8%	(+)27,2%

Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

Conforme a Organização Mundial de Saúde, as DCNTS têm maior interferência na vida de pessoas de baixa renda, pois essa população encontra-se em situação de vulnerabilidade em virtude do menor acesso às ações e serviços de saúde, estando, portanto, mais exposta aos fatores de risco que acarretam o desenvolvimento destas doenças (WHO, 2012).

Segundo os dados do último censo, realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Palmas-TO possuía 228.332 habitantes, apresentando uma distribuição equilibrada entre ambos os sexos, sendo 49,4% do sexo masculino e 50,6% do sexo feminino, com uma população predominantemente urbana, sendo que apenas 2,9% desta residia, na zona rural (IBGE, 2010).

Para Kran Fe Ferreira FPM (2006) apesar da capital do Estado do Tocantins ter sido planejada, seu povoamento não aconteceu de forma ordenada, pois concentrou os terrenos urbanos mais valorizados na posse de grupos dominantes político-economicamente. Assim, o modelo adotado para a ocupação da cidade acabou formando vazios urbanos. Nos primeiros anos de povoamento da cidade, um número incerto de pessoas migrantes se instalou nas periferias, antes mesmo da ocupação do Plano Diretor Básico. Isto decorreu do poder de compra e acesso às terras, resultando na criação de bairros fora Plano, sendo eles: Taquaralto, Jardins Aureny's (região sul) e as quadras ARNOS 31, 32 e 33 (região norte). Estas ocupações se deram principalmente por meio de invasões de terrenos, sendo que a maioria da população de baixa renda foi empurrada para a expansão sul da cidade.

Visualiza-se que os três territórios com maior quantitativo geral de óbitos, foram: Kanela (15,67%), Xerente (15,15%) e Karajá (14,95%). Juntos, estes territórios totalizam 45,77% do total de óbitos. O território Kanela está localizado na região norte de Palmas e a sua abrangência engloba as quadras citadas acima, ARNOS 31, 32 e 33. Os territórios Xerente e Karajá estão situados na região sul e

assistem às populações dos Jardins Aureny's, Taquaralto e outras. Apesar dos três territórios de saúde possuírem demandas diferentes, ambos apresentam, em comum, aspectos da vulnerabilidade socioeconômica, instalados no ato de constituição dessas regiões (Tabela 3).

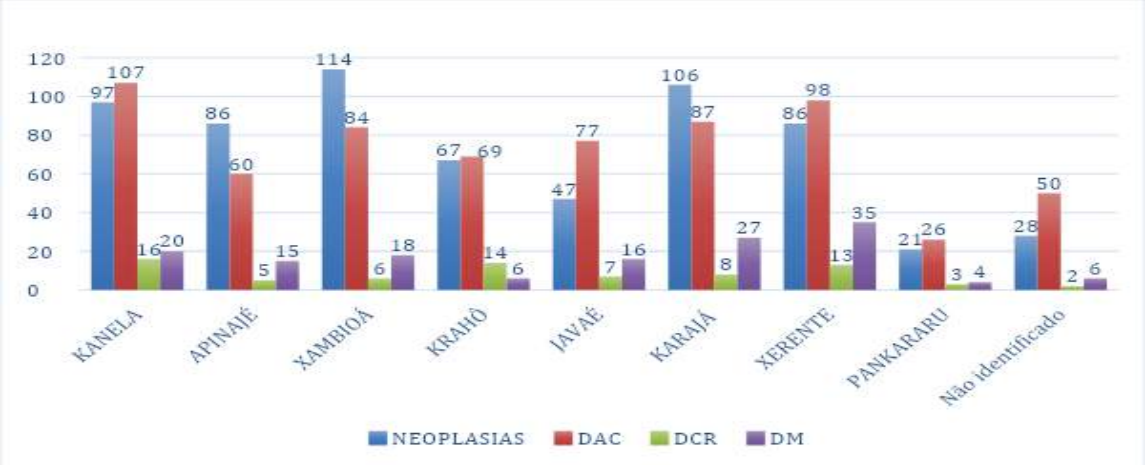
Tabela 3: Distribuição dos óbitos por território de saúde, pelo conjunto das quatro principais DCNT no munícipio de Palmas -TO, 2011-2017.

Território de Saúde	Frequência absoluta	Frequência relativa
Kanela	240	15,67%
Apinajé	166	10,84%
Xambioá	222	14,50%
Krahô	156	10,19%
Javaé	147	9,60%
Karajá	228	14,95%
Xerente	232	15,15%
Pankararu	54	3,52%
Não identificado	86	5,61%

Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

Observou-se que as DAC foram as condições que ocasionaram mais mortes, em cinco dos oitos territórios analisados: Kanela (107), Krahô (69), Javaé (77), Xerente (98) e Pankararu (26), enquanto nos outros três, foram as neoplasias: Apinajé (80), Xambioá (114) e Karajá (106). Os territórios que mais apresentaram óbitos relativos a DM foram: Kanela (20), Xambioá (18), Karajá (27) e Xerente (35). Os demais variaram entre 4 e 16 (Gráfico 5).

Gráfico 5: Distribuição dos óbitos prematuros pelas quatro principais DCNT, por território de saúde no munícipio de Palmas -TO, 2011-2017.



Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

Sob as DRC os territórios com maiores quantitativos de óbitos foram: Kanela (16), Krahô (14) e Xerente (13). Nos outros, os óbitos oscilaram entre 3 e 8. Algumas situações merecem ser ressaltadas: no território Krahô, o número de óbitos por DRC (14) superou os óbitos por DM (6). O território Pankararu está localizado na zona rural do município; este apresentou o menor número de óbitos prematuros por DCNT (Gráfico 5). Embora, estas questões sejam ressaltadas, o presente estudo não encontra razões para tais eventos. Portanto, se faz necessário mais estudos para explicar tais fenômenos.

A quantidade de óbitos que não foi possível associar a algum território de saúde devido ao preenchimento inadequado das informações denominados não identificado foi superior aos óbitos ocorridos no território Pankararu. Se o preenchimento estivesse correto, a distribuição destes óbitos pelos territórios poderia ter sido alterada e, consequentemente, a classificação em relação ao quantitativo dos mesmos. Segundo Mendonça FM, et al. (2010), as informações sobre a mortalidade são fundamentais para estudos, sejam demográficos e/ou epidemiológicos, e auxiliam na gestão e planejamento de ações em saúde, portanto, precisam ser fidedignas, acessíveis e tempestivas. Entretanto, o SIM apesar de ser a maior referência sobre a mortalidade no país, enfrenta desafios para qualificar seus dados em virtude do preenchimento inadequado da DO.

Sobre as questões epidemiológicas e a mortalidade prematura por DNCT, a tabela 4 demonstra que ocorreram mais óbitos em pessoas do sexo masculino (53,43%), apesar de Palmas - TO possuir ainda que, discretamente, mais pessoas do sexo feminino (IBGE, 2010). Entretanto, estudos apontam que as mulheres usam mais os serviços de saúde, uma vez que apresentam maior percepção acerca dos sinais e sintomas das doenças (TRAVASSOS C e MARTINS M, 2004; BARROS MBA, et.al, 2006, Malta DC, et al., 2017) (Tabela 4).

Tabela 4: Perfil sociodemográfico dos óbitos pelas quatros principais DCNT no município de Palmas – TO, 2011-2017.

Variável	FA	FR (%)	X^2	p-valor
Sexo			7,2011757	0,007286
Feminino	713	46,57%		
Masculino	818	53,43%		
Raça/Cor			2075,0634	<0,0001
Branca	492	32,14%		
Preta	117	7,64%		
Amarela	7	0,46%		
Parda	808	52,77%		

Indígena	1	0,07%		
Não identificado	106	6,92%		
Escolaridade			505,77008	<0,0001
Analfabeto	224	14,63%		
De 1 a 7 anos de estudo.	647	42,25%		
De 8 a 11 anos de estudo	288	18,81%		
Mais de 12 anos de estudo	149	9,73%		
Não identificado	223	14,56%		
Faixa etária			367,83475	<0,0001
30 a 39 anos	140	9,14%		
40 a 49 anos	281	18,35%		
50 a 59 anos	477	31,15%		
60 a 69 anos	633	41,34%		

Legenda: FA= frequência absoluta; FR= frequência relativa; X^2= qui-quadrado; p= valor de significância.

Fonte: SILVA JC, et al., 202; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro de 2019

Com relação à raça/cor a categoria não identificado (106), apresentou valor bem maior do que amarela (7) e etnia indígena (6). Sobretudo, os óbitos foram predominantemente na cor parda (52,77%) (Tabela 4). Um estudo realizado por Barros MBA, et al., (2006), sobre as desigualdades sociais na prevalência das doenças crônicas no Brasil, demonstrou que, entre as 12 doenças analisadas, sete eram mais prevalentes em pessoas que se auto- referiram pardas. Assim, pôde-se constatar que os grupos étnicos e raciais como negros, indígenas e quilombolas; populações menos privilegiadas, apresentam aumento desproporcional na carga das doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

No que tange ao nível de escolaridade, é importante destacar que o total de óbitos que se enquadram em não identificado (233), superaram os óbitos de usuários com mais de 12 anos de estudo (149) (Tabela 4). Nesta variável, os óbitos acometeram mais pessoas com baixo grau de instrução (647) de 1 a 7 anos de estudo, que seria o ensino fundamental incompleto. Segundo Malta DC, et al., (2017), no Brasil, grande parte das doenças crônicas apresentam gradiente social que cresce em direção às populações mais vulneráveis. E em seu estudo sobre a DCNT e a utilização dos serviços de saúde, demonstrou na variável escolaridade, que pessoas que estudaram menos e

possuíam DCNT, obtiveram maior prevalência de internação e consulta médicas nos últimos 12 meses, bem como, maior prevalência de deixar de realizar atividades por motivo de saúde.

Em relação à variável faixa etária, verificou-se que as DCNT causam mais mortes em pessoas com idade entre 60 e 69 anos (41,3%) (Tabela 4). No Brasil, o número de pessoas com mais de 65 anos está aumentando e poderá alcançar, em 2050, o percentual de 19%, superando o número de pessoas jovens no país. A expectativa de vida deverá ser superior a 81 anos em 2050, enquanto, em 1950, era de apenas 46 anos. Associado ao aumento de idosos também existe o aumento das DCNT porque estas afetam mais essa faixa etária. No Brasil 79,1% das pessoas com 65 anos ou mais relataram ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas, 31,3% têm essas doenças e 5,9% tem três ou mais dessas condições de saúde. Portanto, a tendência é que o brasileiro, a cada ano, seja mais acometido pelas DCNT e que também aumente a taxa de morbimortalidade por estas causas. Desta forma, as políticas públicas de saúde devem considerar a transição na faixa etária, caso contrário, a eficiência das ações ficará comprometidas (BRITO F, 2007; MENDES EV, 2012).

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a identificação das principais características epidemiológicas da mortalidade prematura pelo conjunto das quatros DCNT de maior magnitude. Embora, apresente limitações decorrentes do preenchimento inadequado das informações contidas no documento padrão de alimentação do SIM. Espera-se que esta análise possa subsidiar o município tanto na construção quanto na consolidação das ações e programas de saúde de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, possibilitando, a longo prazo, a redução do adoecimento por estas condições bem como da mortalidade. Tendo como barreiras, as iniquidades em saúde que distanciam a população dos serviços de saúde e o agravamento da pobreza gerados por estas doenças.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, CG, NETO, LMO. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 3, Rio de Janeiro, 2015.
2. ANTUNES, JLF, CARDOSO, MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, p. 565-576, Brasília, 2015.
3. BRASIL 2015, IN: Acesso a informação. Brasil: sítio DATASUS. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/ Acesso em: 19 de novembro, 2019.
4. BRASIL 2016, IN: Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/noticias/-sobre-a-vigilancia-de-dcnt Acesso em: 10 de setembro, 2018.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 1708, de 16 de março de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da

Saúde. Coordenação Geral de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Nota Informativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
8. BRITO F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2007. 28p.
9. IBGE 2010, IN: Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: sítio IBGE. Disponível em: https://ibge.gov.br/ Acesso em: 19 de novembro, 2019.
10. KRAN, F, FERREIRA, F P M. Qualidade de vida na cidade de Palmas-TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. Ambiente & Sociedade, v. 9, n. 2, p. 123-141, 2006.
11. MALTA DC, et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 15, n. 3, p. 47-65, Brasília, 2006.
12. MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
13. MENDONÇA FM, et al. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 27, n. 2, p. 285-295, 2010.
14. OPAS, 2017 In: Governos devem intensificar esforços para o combate às doenças crônicas não-transmissíveis, alerta OMS. Brasil: Organização Pan Americana de Saúde. Disponível em:https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5495:governos-devem-intensificar-esforcos-para-o-combate-as-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-alerta-oms&Itemid=839 Acesso em: 04 de agosto, 2018.
15. PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. PORTARIA INST N°518/SEMUS/GAB, DE 14 DE JUNHO DE 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do Município de Palmas, n° 1,533, p. 12-14, 28 de junho de 2016.
16. SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, Reino Unido, 2011.
17. TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. S190-S198, 2004.
18. World Health Organization et. al. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization, 2012.
19. World Health Organization et.al. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020.World Health Organization, 2013.
20. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executives summary. World Health Organization, 2008.
21. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attribute able to select major risks**.** World Health Organization, 2009.

REVISTA PARA SUBMISSÃO

Revista Eletrônica Acervo Saúde

Link com as normas para submissão:

https://acervomais.com.br/index.php/saude/como-publicar-artigos

ARTIGOS ORIGINAIS

Análise do fluxo da rede de atenção a reabilitados pós-trauma de trânsito no município de Palmas-TO.

Analysis of the flow of the network of attention to post-rehabilitated trauma of transit in the municipality of Palmas-TO.

Análisis del flujo de la red de atención al post-rehabilitado trauma de tránsito en el municipio de Palmas-TO.

Fluxo da rede de atenção à reabilitados pós-trauma de trânsito.

Jéssica Fonseca Costa, Fundação Escola de Saúde Pública/Centro Universitário Luterano de Palmas/Universidade Luterana do Brasil, Palmas, Tocantins, Brasil.

Marta Maria Malheiros Alves, Diretoria de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Palmas, Tocantins, Brasil.

Tiago Veloso Neves, Núcleo de Saúde do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC – Palmas).

jessicafisio@hotmail.com

martammalheiros@yahoo.com.br

nevestv@gmail.com

Quadra 306 Sul Alameda 3 Lote 15 Apartamento 302 Bloco 1, Residencial Mirante Du Park, CEP: 77021-034, Palmas – Tocantins, jessicafisio@hotmail.com, (63) 992674981.

Resumo

Objetivo: Analisar o fluxo atual da rede de reabilitados pós-trauma de trânsito em unidades de reabilitação do município. **Métodos:** Realizado estudo descritivo e transversal, a partir da análise de fontes secundárias de vítimas de acidente de trânsito que realizaram reabilitação em unidades de reabilitação do município em 2018. **Resultados:** Dos pacientes que realizaram reabilitação física foi informado que somente 7% sofreram acidente de trânsito terrestre (ATT), 62% foram do sexo masculino, 38% com faixa etária de 30-39 anos. A queda de veículo (24%) foi o tipo de acidente mais frequente, 11% foram pedestres, 60% estavam de motocicleta no momento do acidente. **Conclusão:** A completitude de informações por parte dos profissionais de saúde é imprescindível para a integração de dados e formulação de ações para a prevenção de acidentes de trânsito. Torna-se necessária a criação de um fluxo específico para monitorar essa vítima na rede.

Palavras-chave: acidentes de Trânsito; análise de situação; reabilitação; serviços de saúde.

Abstract

Objective: To analyze the current flow of the network of rehabilitated after traffic trauma in rehabilitation units in the municipality. **Methods:** A descriptive and cross-sectional study was carried out, based on the analysis of secondary sources of traffic accident victims who underwent rehabilitation in rehabilitation units in the municipality in 2018. **Results:** Of the patients who underwent physical rehabilitation, it was reported that only 7% suffered a car accident. land transit (ATT), 62% were male, 38% aged 30-39 years.

Vehicle falls (24%) were the most frequent type of accident, 11% were pedestrians, 60% were on motorcycles at the time of the accident. **Conclusion:** The completeness of information by health professionals is essential for the integration of data and formulation of actions for the prevention of traffic accidents. It is necessary to create a specific flow to monitor this victim on the network.

Key words: traffic acidentes; situation analysis; rehabilitation; health services.

Resumen

Objetivo: Analizar el flujo actual de la red de personas rehabilitadas luego de traumatismos causados por el tránsito en las unidades de rehabilitación del municipio. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, basado en el análisis de fuentes secundarias de víctimas de accidentes de tránsito que se sometieron a rehabilitación en unidades de rehabilitación en el municipio en 2018. **Resultados:** De los pacientes que se sometieron a rehabilitación física, se informó que solo el 7% sufrió un accidente automovilístico. tránsito terrestre (ATT), el 62% eran hombres, el 38% de 30 a 39 años. Las caídas de vehículos (24%) fueron el tipo de accidente más frecuente, el 11% eran peatones, el 60% estaban en motocicletas en el momento del accidente. **Conclusión:** La integridad de la información por parte de los profesionales de la salud es esencial para la integración de datos y la formulación de acciones para la prevención de accidentes de tránsito. Es necesario crear un flujo específico para monitorear a esta víctima en la red.

Palabras-clave*:* Accidentes de tránsito, análisis de situación, rehabilitación, servicios de salud.

Introdução

As lesões causadas pelo trânsito são um crescente problema de desenvolvimento e de saúde pública.[1]

As projeções sugerem que as lesões causadas pelo trânsito ocuparão até 2030, o oitavo lugar como um fator contribuinte para a carga global de doenças. Indicam ainda que, se nenhuma medida for adotada, as mortes no trânsito devem aumentar em 83% nos países de baixa renda.[2] Prevê-se que o aumento global seja de 67% até 2020 se nenhuma ação apropriada for tomada.[3]

Os serviços de reabilitação são componentes essenciais do pacote que abrange a atenção inicial e pós-hospitalar das vítimas de trânsito. Esses serviços ajudam a minimizar as futuras deficiências funcionais, de modo que a vítima possa se reintegrar a uma vida ativa na sociedade.[1]

De acordo com o Relatório técnico do Programa Vida no Trânsito (PVT), em 2018 foram 55 vítimas fatais vítimas de acidente de trânsito terrestre no perímetro urbano de Palmas-TO.[4]

Os acidentes viários respondem por boa parte das internações hospitalares, além de gerar altos custos ao sistema de saúde, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para vítimas e familiares.[5]

É importante observar as sequelas que os sobreviventes comumente sofrem que podem ser físicas, psicológicas e sociais. O acesso fácil e em tempo oportuno é uma dimensão prioritária para um sistema de saúde de boa qualidade e implica que uma população de risco utilize os serviços de saúde em razões proporcionais e ajustadas às necessidades existentes.[6]

Os registros sobre acidentes de trânsito fornecem valiosos detalhes a respeito de características relacionadas ao veículo, às vítimas, à via pública e às condições sob as quais se deram os acidentes, importantes para subsidiar a adoção de medidas apropriadas de prevenção.[7]

Em Palmas, a notificação, via Sinan, de vítimas de acidentes de trânsito é compulsória e regulamentada pela Portaria/SESAU/nº 236, de 09 de março de 2016.[8] Em nível municipal existe a Portaria nº 476 de 1º de agosto de 2013 regulamenta a notificação compulsória, nos hospitais, para os acidentes de trânsito terrestre.[9] Com o crescente número de acidentes, foi publicada no ano de 2019 a Portaria nº16/2019/SES/GABSEC,[10] que instituiu a ficha de investigação pelo FormSUS, tornando seu preenchimento obrigatório para vítimas de acidente de trânsito com internação superior a 24 horas (vítimas graves) em unidades de internação hospitalar. As legislações publicadas visam um melhor monitoramento desses usuários para que se tenha dimensão do impacto que os acidentes de trânsito causam no sistema de saúde e para complementar e facilitar a análise dos dados à respeito do tema.

Nessa perspectiva da importância que este agravo assume na Capital, houve o questionamento da existência de um fluxo de pacientes em reabilitação pós-trauma de trânsito efetivo para a organização dos serviços de reabilitação ofertados na atenção primária e secundária no município de Palmas, visto que a reabilitação em tempo oportuno é de significativa importância para a prevenção de deformidades e sequelas e, para acelerar o retorno dessas vítimas às atividades de vida diárias e profissionais.

Dessa forma, a identificação dos pacientes faz-se necessária para que tenhamos a dimensão do quantitativo destes, bem como dados sobre sua reabilitação (evolução, prognóstico, sequelas e resultados) e como o fluxo desses pacientes ocorre hoje.

Os objetivos do presente artigo são: a) analisar o fluxo atual da rede de reabilitados pós-trauma de trânsito em Palmas em unidades de reabilitação do município; b) identificar o fluxo do paciente na rede de saúde primária e secundária; c) analisar dados que mostrem a importância do monitoramento e acompanhamento destes pacientes na rede; d) analisar os dados da ficha de notificação a respeito da vítima e do acidente; e) sugerir a complementação de dados na ficha de notificação para uso nos serviços de reabilitação.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo e transversal, a partir da análise de fontes secundárias. As análises foram restritas a pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos nas unidades de reabilitação do município, no Centro de Referência em Fisioterapia da Região Sul (Crefisul) e Centro de Saúde da Comunidade da quadra 108 SUL (CSC 108 Sul) em Palmas – Tocantins. Foram excluídos da pesquisa os dados dos usuários que não correspondem ao ano estudado e que realizaram reabilitação em decorrência de outras circunstâncias.

Primeiramente, foi feito o levantamento de casos disponibilizados em planilha com o banco de dados do e-SUS Atenção Básica – Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS AB-PEC) e que constava todos os atendimentos realizados nas unidades citadas de janeiro a dezembro de 2018. Posteriormente, filtrou-se nesta planilha somente os atendimentos com os códigos de procedimento de número: 302050019 – Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas; 302050027 – Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras; 302050035 – Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções musculoesqueléticas com complicações sistêmicas e; 302060057 –

Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós-operatório de neurocirurgia, foram escolhidos somente esses códigos por serem os mais utilizados pelos fisioterapeutas da rede para registro de pacientes com lesões pós trauma de acidente de trânsito terrestre.

Para a análise dos dados, foi construído uma planilha em Excel constando das seguintes variáveis: modo de entrada; tempo de espera da data do acidente para início da reabilitação; tipo de acidente; usuário envolvido; tipo de veículo; uso de prótese; uso de osteossíntese; óbito de envolvidos no acidente; local do acidente; sequelas após a reabilitação; sexo; idade; número de sessões realizadas. A planilha foi preenchida com os dados informados nos prontuários registrados no e-SUS AB-PEC e Sistema Nacional de Regulação (SISREG) somente dos casos em que foi possível definir que a causa da lesão e/ou sequela foi consequência de um acidente de trânsito. Após o preenchimento desses dados, foi realizada uma consulta para saber se os usuários que constavam na planilha tinham registro no Sistema de Informações Hospitalares do Hospital Geral de Palmas (SIH) e se haviam sido notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), complementando assim os campos restantes da planilha. Por fim, realizou-se estatística descritiva, onde os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta e relativa.

Ademais, foi feito uma observação da ficha de investigação para acidentes de trânsito terrestre utilizada pelos profissionais de hospitais do município preenchida digitalmente via FormSUS para notificar os usuários que sofreram acidentes com mais de 24 horas de internação verificando possíveis campos que poderiam ser acrescentados tornando assim, a ficha mais completa.

A privacidade dos usuários foi preservada, visto que a pesquisa não permite a divulgação e identificação dos sujeitos, garantindo seu anonimato, aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Fundação Escola em Saúde Pública de Palmas sob o nº do parecer: 3.423.335 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 15844819.7.0000.9187.

Resultados

Os prontuários analisados totalizaram 8.481 atendimentos, destes 98% ocorreram no Crefisul e 2% no Centro de Saúde da Comunidade 108 Sul. Foram 611 pacientes que realizaram reabilitação física, sendo 7% usuários que sofreram acidente de trânsito terrestre, 45 usuários totalizando a amostra que foi analisada.

A análise mostrou que 62% dos usuários em reabilitação foram do sexo masculino. A faixa etária mais evidente foi a de 30-39 anos (38%) seguida da faixa 20-29 anos (20%). No Crefisul, foram atendidos 98% dos usuários. Grande parte dos usuários demoraram de 3 a 4 meses (40%), seguido de 1 a 2 meses (27%) para iniciar as sessões de reabilitação após o acidente. O tipo de acidente mais presente foi em decorrência de queda de veículo (24%), porém em 51% dos usuários não foi possível identificar o veículo usado por falta de informação. O usuário mais acometido foi o pedestre (11%) e o número de não informados foi de 78%. O veículo mais frequente foi a motocicleta apresentando 60%. A maioria das lesões ocorreram no membro inferior esquerdo (33%), seguidas das de membro superior esquerdo (21%) e direito (21%). As cirurgias foram realizadas em 64% dos usuários, onde 22% colocaram osteossíntese e 4% eram protetizados. Não foi informado as sequelas e/ou deformidades que ficaram pós tratamento. A maioria dos usuários realizou de 1 a 10 sessões (44%) e 11 a 20 sessões (31%). Quase em sua totalidade (93%) foi regulado para fisioterapia via SISREG. Somente 4% foram notificados no Sinan.

Mais detalhes podem ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Dados coletados de usuários que realizaram reabilitação no ano de 2018 em unidades de reabilitação do município vítimas de acidente de trânsito em Palmas-TO.

Variáveis	FA	FR
Sexo		
Masculino	28	62%
Feminino	17	38%
Faixa Etária (anos)		
11-19	5	11%
20-29	9	20%
30-39	17	38%
40-49	6	13%
50-59	5	11%
60-69	1	2%
70-76	2	4%
Local de atendimento		
CREFISUL	44	98%
CSC 108 Sul	1	2%
Regulado via SISREG		
Sim	42	93%
Não	3	7%
Período da data do acidente até a reabilitação		
<1 mês	1	2%
1-2 meses	12	27%
3-4 meses	18	40%
5-6 meses	5	11%
7-8 meses	2	4%
9-10 meses	1	2%
> 1 ano	2	4%
> 2 anos	1	2%
Não foi possível identificar	3	7%
Tipo de acidente		
Colisão	6	13%
Atropelamento	5	11%
Queda	11	24%
Não Informado	23	51%
Usuário envolvido		
Ciclista	1	2%
Condutor de motocicleta	2	4%
Passageiro de motocicleta	1	2%
Pedestre	5	11%
Passageiro de veículo leve	1	2%
Não informado	35	78%
Tipo de veículo do envolvido		
Motocicleta	27	60%
Bicicleta	2	4%
Sem veículo	5	11%
Não informado	11	24%
Local/Membro afetado		
Membro superior direito	9	20%
Membro superior esquerdo	9	20%
Membro inferior direito	6	13%

Membro inferior esquerdo	15	33%
> 2 membros	4	9%
>3 membros	2	4%
Realizou cirurgia		
Sim	29	64%
Não	3	7%
Não informado	13	29%
Prótese		
Sim	2	4%
Não	43	96%
Osteossíntese		
Sim	10	22%
Não	5	11%
Não informado	30	67%
Sequelas pós-tratamento		
Não Informado	45	100%
Número de sessões registradas		
1-10	20	44%
11-20	14	31%
21-30	6	13%
31-40	1	2%
41-50	1	2%
51-60	1	2%
> 61	1	2%
>80	1	2%
Notificação realizada no SINAN		
Sim	2	4%
Não	43	96%
Instituição Notificadora		
HGP	2	100%
*FA: Frequência Absoluta, FR: Frequência Relativa.		

Discussão

No presente estudo, analisou-se o fluxo da rede de reabilitados pós-trauma de acidente de trânsito em Palmas – TO. Os usuários que realizaram reabilitação em decorrência de acidente de trânsito terrestre representaram 7%, esse percentual é baixo quando comparamos que Palmas teve 55 óbitos em 2018 por ATT.

Apesar desse percentual não chegar a 10%, é importante lembrar que não foi possível identificar nos registros a etiologia da lesão/problema de 2% dos usuários, pois não havia informações suficientes em nenhum sistema analisado, podendo ser esse número maior, caso os usuários com etiologia não identificada sejam vítimas de acidentes

de trânsito e, que alguns usuários podem ter realizado reabilitação a nível estadual ou privado.

Segundo levantamento que analisou a mortalidade por acidente de trânsito nas capitais do Brasil, a cidade de Palmas apresentou a maior taxa de mortalidade/100 mil habitantes e maior variação percentual de crescimento entre os anos de 2011 a 2018.[11] Diante deste cenário, as informações desses cidadãos na rede deveriam ser mais completas para facilitar o rastreamento, monitoramento e acompanhamento, além de fornecer informações que possam subsidiar ações para grupos de vítimas prioritários.

Os usuários foram atendidos, quase em sua totalidade, no Crefisul. A unidade se mostra como uma referência que dispõe de melhor estrutura e maior quantitativo de profissionais - quando comparado ao serviço ofertado no CSC 108 Sul - além de estar situado em uma região próxima de uma densidade populacional maior, esses fatores podem justificar o maior fluxo de atendimento. Essa realidade transparece a necessidade de melhorar continuamente a estrutura física e profissional deste local para que se possa atender a demanda com qualidade e celeridade.

Um estudo que analisou os dados de 73 prontuários de pacientes com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), vítimas de acidente por motocicleta e automóvel atendidos em um Centro de Reabilitação no município de Teresina - Piauí, durante o mês de abril de 2015. Com a finalização do estudo concluiu-se que a maior parte dos casos de TCE tratados nesse Centro de Reabilitação foram vítimas do sexo masculino, adultos jovens, como principal meio de transporte a motocicleta, com predominância de escolaridade do ensino médio e solteiros que apresentaram traumatismo intracraniano com hematoma subdural, como lesão, além de terem desenvolvido sequelas físicas e cognitivas.[12]

Um outro estudo realizado no Estado de Santa Catarina investigou as principais características dos sobreviventes de acidentes de moto atendidos em um centro de reabilitação de referência estadual no Estado. Foram analisados 201 prontuários de pessoas confirmadas que sofreram acidente de trânsito motociclístico atendidas entre os anos de 2000 a 2010. O estudo mostrou que a população investigada é predominantemente composta por homens jovens, ressaltando o aumento crescente dos acidentes motociclísticos e dos óbitos. O estudo ainda mostra que a grande maioria das pessoas que procuram o atendimento o recorrem devido a sequelas extremamente graves (Traumatismos crânio encefálicos e traumas raquimedulares) e muito graves (amputações de membros inferiores).[13]

Os resultados deste artigo estão em concordância com os estudos citados acima, pois também apresenta o sexo masculino como a maior parte dos usuários que realizam reabilitação. Em relação ao tipo de usuário atendido, o resultado nos mostra que 11% foram pedestres e 7% motociclistas, indo contra os estudos citados que apresentam os motociclistas como principais usuários, mas vale ressaltar que, neste estudo, houve um alto percentual de usuários dos quais não foi informada sua tipologia (77%), não sendo possível determinar com exatidão qual o grupo que foi mais acometido, justificando a integração das bases de dados, como propõe a metodologia do PVT. Destaca-se que os acidentes motociclísticos foram causa em 63% dos usuários, ou seja, o número de motociclistas evidentemente deve ser superior ao identificado somente por meio dos relatos dos profissionais.

Em relação à faixa etária, os achados também são compatíveis com os autores mencionados, pois os adultos-jovens somam 58% dos usuários que fizeram sessões de reabilitação.

Na análise foi possível verificar que o local do corpo mais afetado pelo foi o membro inferior esquerdo (33%), seguido pelo membro superior direito e membro superior esquerdo igualmente, não havendo nenhum caso onde foi mencionado sequelas de TCE ou Traumatismo Raquimedular (TRM), foi relatado que dois usuários realizaram reabilitação para a adaptação de prótese, sendo que um destes era amputado.

Foram realizadas cirurgias em 64% dos casos, onde em 22% dos usuários foi informado a presença de osteossíntese, número este que pode ser ainda maior visto que em 70% destes não foi apresentado nenhuma informação sobre a presença/inexistência de osteossíntese ou prótese. Na maioria dos prontuários há existência do código de procedimento nº 0302050019 que faz referência ao atendimento fisioterapêutico no pré e pós-cirúrgico nas disfunções musculoesqueléticas, porém os profissionais não inserem mais informações com especificidades à respeito da cirurgia.

O trânsito dos usuários via SISREG se mostrou eficiente à medida que a regulação no sistema foi feita em 93% dos pacientes que foram reabilitados, mostrando que o sistema tem um bom funcionamento e que os profissionais da rede municipal seguem o curso de referenciamento já definido.

O período entre a data do acidente e data de início da reabilitação física se mostrou em média de 1 a 4 meses, em alguns prontuários foi descrito que a demora foi em decorrência da espera pela realização de cirurgia ortopédica e por complicações pós-cirúrgicas que impediram o início do tratamento em tempo hábil.

Foi observado também que muitos usuários tiveram as unidades de pronto-atendimento como primeiro acesso aos serviços de saúde e, posteriormente, foram encaminhados ao hospital segundo a necessidade. Em alguns casos, os pacientes sentiram

necessidade de procurar os serviços de saúde dias após o acidente, onde foram avaliados e necessitaram de um cuidado maior em decorrência das lesões sofridas.

Optou-se por retirar as variáveis “modo de entrada” e “tempo da consulta com o ortopedista até a primeira sessão de reabilitação” visto que, essas informações não foram citadas no registros ou estavam descritas de forma que não fosse possível a compreensão.

Foi identificado que 75% dos usuários realizaram entre 1 a 20 sessões no período desde a data do acidente até a finalização do tratamento ou desistência da reabilitação.

Foi encontrado registro no SIH de 49% dos usuários, esse valor é baixo provavelmente porque alguns usuários não sofreram acidente no ano de 2018, apesar de terem realizado reabilitação neste mesmo ano, dessa forma, o registro dos mesmos deve estar em base de dados de anos anteriores e outros usuários não devem ter dado entrada no hospital, por não precisar de internação prolongada. Em alguns casos, foi realizado somente imobilização gessada.

A maior parte dos usuários foi primeiramente à algum centro de saúde da comunidade (53%) e, posteriormente foram encaminhados via Sisreg ao Crefisul. As unidades de Pronto Atendimento (UPA) foram porta de entrada do usuário na rede em 51% dos casos, isso demonstra a importância desse serviço já que é um ponto de acesso muito corriqueiro.

Em nenhum dos casos analisados consta relatos sobre sequelas que teriam permanecido após a reabilitação. No último registro de cada paciente não consta se o mesmo desistiu, quais foram os ganhos adquiridos com a reabilitação e deformidades ou sequelas residuais. Também há a escassez da descrição do plano de tratamento e condutas a serem realizadas pelos profissionais que realizam a reabilitação.

Não foi possível concluir o último objetivo do estudo, pois a ficha de investigação foi implantada no NotificaSUS (plataforma municipal) antes da finalização deste trabalho.

Alguns usuários tinham mais de um cadastro no e-SUS, isso dificultou a coleta de dados, pois as informações estavam divididas em dois ou mais prontuários.

Identificou-se que informações adicionais sobre o acidente como a existência ou não de óbitos, local e horário não são rotina dos fisioterapeutas, visto que os hospitais, por meio da ficha de investigação, tem o encargo de inserir estes dados.

A principal limitação da realização do estudo foi a falta de informações pelos profissionais de saúde que, em algum momento, acompanharam esse paciente. A maioria dos fisioterapeutas usaram somente códigos de procedimento do SIGTAP[14] e outras classes profissionais utilizaram somente códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID)[15] no e-SUS AB-PEC. No SISREG a maioria dos registros estavam sem informações no campo "justificativa" de agendamento, sendo impossível compreender qual o motivo da solicitação.

A saúde pública tem um papel importante na prevenção de lesões causadas pelo trânsito através da coleta e análise de dados a fim de demonstrar o impacto dos acidentes de trânsito na saúde e na economia; pesquisas sobre fatores de risco; a implantação, monitoramento e avaliação de intervenções; a realização da prevenção primária, de assistência e reabilitação apropriadas para os feridos; e campanhas por uma maior atenção ao problema.[16]

A completitude das informações, seja do profissional responsável pela reabilitação ou de qualquer outro profissional que realize o registro desse usuário em qualquer sistema/plataforma, é de fundamental importância para que se consiga realizar

uma análise situacional completa, monitoramento e avaliação, baseando-se em critérios epidemiológicos, para definir programas, metas e ações voltadas a grupos de usuários específicos na tentativa de redução desses acidentes, bem como para que se tenha um mapeamento dessa rede de forma concreta e completa. É necessário que se faça uma sensibilização com todos os profissionais que recebem esses indivíduos - em qualquer ponto da rede - sobre a relevância que essas informações têm para a saúde pública à medida que embasam as ações de prevenção e promoção da saúde. Essas ações podem contribuir para a redução de acidentes e vítimas e, consequentemente, diminuem a onerosidade do SUS, além de desafogar leitos e proporcionar a realização de outros procedimentos que ficam em fila de espera.

Sugere-se que os fisioterapeutas acrescentem o código da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2)[17] de *Nº A80 – Lesão Traumática/Acidente NE* e CID de *Nº V87 - Acidente de trânsito de tipo especificado, mas sendo desconhecido o modo de transporte da vítima* para todos os usuários vítimas de acidente de trânsito terrestre e que complementem os dados como: tipo de acidente, tipo de veículo e tipo de vítima, nos campos abertos dos prontuários.

Para o serviço de reabilitação sugere-se também, a implantação da ficha de notificação compulsória de interesse municipal como sentinela no Centro de reabilitação, voltada para dados deste processo de reabilitação para o dimensionamento e organização da rede.

Contribuição dos autores

Costa JF foi responsável pelo delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Marta MMA foi responsável pelo delineamento da pesquisa, orientação e revisão do artigo.

Neves TV foi responsável pela revisão crítica do artigo.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção de lesões causadas pelo trânsito. Manual de treinamento. 2011; p.10-12.
2. Mathers C, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002- 2030: data sources, methods and results. Geneva, World Health Organization, 2005.
3. Kopits E, Cropper M. Traffic fatalities and economic growth. Washington, DC, World Bank, 2003. (Policy Research Working Paper No. 3035).
4. Palmas. Relatório Técnico do Programa Vida no Trânsito, Palmas: setembro, 2018.
5. Silva PR, Maraschi MS, Tonin NS. Ocorrência de acidentes de trânsito com jovens em Cascavel. Revista Nursing. Brasil. Vol. 126, n. 11, 2008.
6. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito. Rev Saúde Pública. 2017; p.51-54.
7. Andrade SM, Mello-Jorge MHP. Acidentes de transporte terrestre em cidade da Região Sul do Brasil: avaliação da cobertura e qualidade dos dados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(6): 1449-1456, nov-dez, 2001.
8. Secretaria Estadual de Saúde (Tocantins). Portaria/SESAU/nº 236, de 09 de março de 2016. Altera a Portaria/SESAU nº 1.482, de 18 de dezembro de 2015, que

define a relação de doenças e agravos de notificação compulsória de interesse para o Estado do Tocantins. Diário Oficial do Estado 10 mar 2016; nº 4.577, ano XXVIII.

9. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). Portaria nº 476 de 1º de agosto de 2013. Define a relação de doenças e agravos de notificação compulsória de interesse para o Município de Palmas. Diário Oficial do Município de Palmas 5 de agosto de 2013; nº 815.
10. Secretária Estadual da Saúde (Tocantins). Portaria nº16/2019/SES/GABSEC, de 22 de janeiro de 2019. Institui a Ficha de investigação de vítimas de acidentes de trânsito, sob CID V87, envolvendo vítimas fatais ou não. Diário Oficial do Estado 28 jan 2019; nº 5.287, ano XXXI.
11. Seis capitais brasileiras batem meta de redução de mortes no trânsito. Folha de São Paulo. Cotidiano. 2019. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/12/seis-capitais-brasileiras-atem-meta-de-reducao-de-mortes-no-transito.shtml
12. Madeira MZA, Silva AMPS, Costa FF, Dos Santos AMR, Batista OMA, Neto GAM. Perfil do trauma neurológico em pacientes vítimas de acidentes de trânsito em um centro de reabilitação. Rev Enferm UFPI. 2017 Oct-Dec;6(4):22-7. ISSN: 2238-7234.
13. Schoeller SD, Bonetti A, Silva GA, Rocha A, Gelbke FL, Khan P. Características das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. Acta Fisiatr. 2011; 18(3): 141 – 145.

14. DataSUS. SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em:http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp
15. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. Vol 1. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
16. Organização Pan-Americana da Saúde Relatório mundial sobre prevenção de lesões causadas pelo trânsito: resumo / Organização Mundial da Saúde, 2012.
17. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - WONCA. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). – 2. ed. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em:http://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf

Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Versão impressa *ISSN 1679-4974* versão On-line *ISSN 2237-9622*

Normas de publicação vide: http://scielo.iec.gov.br/revistas/ess/pinstruc.htm#formato2

ALMEIDA, Jessica Oliveira**.** 2020. **Promoção da saúde: Uma estratégia para a participação social**; Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Coletiva) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2020. [Não disponível nesta versão do Acervo].

Incorporação de um aplicativo de notificação compulsória por profissionais da Atenção Primária à Saúde

Incorporation of a compulsory notification application by Primary Health Care professionals

Incorporación de una aplicación de notificación obligatoria por parte de profesionales de atención primaria de salud

Jonatas Bezerra Tavares[1,a]
jonatas.tavares2@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-3590-0848

Nadja de Oliveira Figueiredo[2,b]
nadjaof@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-3968-8653

[1] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

[a] Especialização em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Luterano de Palmas/Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
[b] Mestrado em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins

Resumo

Estudo que objetivou analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a implantação e o uso de um aplicativo *web* utilizado para a notificação e acompanhamento de agravos de notificação compulsória em âmbito municipal. Foi realizada uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa com dados coletados através de entrevistas semiestruturadas e analisadas pelo método de análise de conteúdo. A análise resultou nas categorias: processo de implantação e uso atual; disponibilidade da informação na atenção primária: potencialidades para o cuidado e vigilância no território; e fragilidades, comunicação e suporte. O nível de informatização da rede e a sistematização de um processo de rotina dos trabalhadores mostraram-se como fatores facilitadores da incorporação do aplicativo. Já a não familiarização com o processo de notificação, a dificuldade com o uso de computadores e internet, falhas na oferta de capacitação, problemas em infraestrutura de rede e instabilidade do aplicativo foram identificadas como entraves.

Palavras-chave: Tecnologia da informação; Software; Sistemas de Informação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão da Informação; Estratégia Saúde da Família; Vigilância em Saúde Pública.

Abstract

This study aimed to analyze the perception of Primary Health Care professionals about the implementation and use of a web application used for the notification and monitoring of compulsory notification problems at the municipal level. A descriptive research with a qualitative approach was carried out with data collected through semi-structured interviews and analyzed by the content analysis method. The analysis resulted in the categories: implementation process and current use; availability of information in primary care: potential for care and surveillance in the territory; and weaknesses, communication and support. The level of computerization of the network and the systematization of a routine process for workers proved to be factors that facilitate the incorporation of the application. The unfamiliarity with the notification process, the difficulty with the use of computers and

internet, failures in the provision of training, problems with network infrastructure and instability of the application were identified as barriers.

Keywords: Information Technology; Software; Health Information Systems; Primary Health Care; Information Management; Family Health Strategy; Public Health Surveillance.

Resumen

Estudio que se centró en analizar la percepción de los profesionales de Atención Primaria de Salud sobre la implementación y el uso de una aplicación web utilizada para la notificación y el seguimiento de los problemas de notificación obligatoria a nivel municipal. Se realizó una investigación descriptiva con un enfoque cualitativo con datos recopilados a través de entrevistas semiestructuradas y analizados por el método de análisis de contenido. El análisis dio como resultado las categorías: proceso de implementación y uso actual; disponibilidad de información en atención primaria: potencial de atención y vigilancia en el territorio; y debilidades, comunicación y apoyo. El nivel de informatización de la red y la sistematización de un proceso de rutina para los trabajadores demostraron ser factores que facilitan la incorporación de la aplicación. La falta de familiaridad con el proceso de notificación, la dificultad con el uso de computadoras e internet, fallas en la provisión de capacitación, problemas con la infraestructura de red y la inestabilidad de la aplicación fueron identificados como barreras.

Palabras clave: Tecnología de la Información; Programas Informáticos; Sistemas de Información en Salud; Atención Primaria de Salud; Gestión de la Información; Estrategia de Salud Familiar; Vigilancia en Salud Pública.

Introdução

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) tem se tornado cada vez mais essenciais na saúde, incorporadas principalmente através dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Têm possibilitado o registro, a racionalização e a integração do enorme quantitativo de dados produzidos nos serviços, tornando estes sistemas essenciais para governos, gestores, trabalhadores, usuários, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada[1,2].

No Brasil os SIS começaram a ser utilizados pelas esferas federal e estadual antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, devido à centralização da gestão das Ações e Serviços Públicos de Saúde, os municípios tinham o papel de meros prestadores de serviços e coletores de dados para as esferas centrais. Com a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) de 1996 que consolidou a política de municipalização, os municípios passaram a ter gestão própria de seus serviços, o que também exigiu a gestão dos dados produzidos para o planejamento de acordo com sua realidade local[3].

Uma das principais políticas de descentralização da assistência à saúde do SUS tem sido a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual se fundamenta em ser a porta de entrada do sistema através do cuidado integral e multiprofissional aos indivíduos e às coletividades e que produz um quantitativo expressivo de dados necessários às atividades das equipes[4].

A expansão da ESF tanto em termos de cobertura e quanto em serviços, fez jus ao desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), atualmente incorporado como e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O e-SUS AB está alinhado com as propostas mais gerais de reestruturação dos SIS em nível nacional e registra os dados das equipes da Atenção Básica (eAB), incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua (eCR), Programa Saúde na Escola (PSE) e Academias da Saúde, dentre outros[5].

Além da função de integrar os dados produzidos no âmbito da assistência à saúde, os SIS ainda dão conta da dinâmica das ações de Vigilância em Saúde (VS), que envolvem o controle de causas, de riscos e de danos, através de um conjunto articulado de ações e serviços que são desenvolvidos conforme a situação de saúde da população de cada território. Como exemplo, um dos sistemas oficiais mais importantes para a vigilância epidemiológica no país, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registra, consolida e transmite informações de dezenas de condições e agravos de importância nacional e regionais[6,7].

A VS necessita atuar de forma rápida frente às demandas e os problemas de saúde, em um trabalho constante que assume a oportunidade, atualidade, disponibilidade e

cobertura como características definidoras da qualidade das informações, para permitir ações de controle e redução de riscos à saúde com respostas oportunas e efetivas do sistema de saúde[8].

O registro e transmissão de dados como de agravos e investigações epidemiológicas ou mesmo o registro e monitoramento da cobertura de vacinas, são exemplos de informações que precisam circular de forma rápida e que precisam estar integradas à outras bases de dados, como bases cartográficas, para permitir intervenções mais efetivas. Os SIS viabilizam esta dinâmica e naturalmente têm se configurado como principais meios de se alcançar mais racionalidade na gestão e operacionalização destas ações em um sistema da dimensão do SUS[2].

Entretanto, sabe-se que o processo de inovação tecnológica na saúde nem sempre é algo previsível em seus desdobramentos. Os potenciais proporcionados pelo uso dos SIS nos serviços são acompanhados de contradições, como o risco de fracasso ocasionado pela incorporação inadequada nos processos dos serviços e isto desafia os gestores a criarem estratégias de inserção dos SIS no processo de trabalho em saúde, de forma que sistematize as informações, promova o acesso integral às ações e serviços de saúde e que potencialize a multiprofissionalidade, a multistitucionalidade e a continuidade da assistência com foco no usuário[2,9].

Desta forma, é preciso considerar a utilização e a compreensão que os profissionais têm sobre a importância e os usos destas ferramentas, visando qualificar as variáveis envolvidas no sucesso ou falha destes sistemas para se traçar estratégias que possam minimizar os problemas advindos do novo processo de trabalho e ainda potencializar uso crítico das informações produzidas[10].

O panorama exposto e a identificação de inconsistências no uso de tecnologias por profissionais de um município com uso intensivo de soluções de TICs próprias, motivaram a realização desta investigação, que buscou analisar a percepção dos profissionais da APS sobre a incorporação de um aplicativo *web* utilizado para a notificação e acompanhamento de agravos de notificação compulsória em âmbito municipal. A análise passou pela avaliação da implantação, do seu uso e das facilidades e dificuldades envolvidas.

Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Palmas-Tocantins sobre a implantação e o uso de um aplicativo utilizado para a notificação e acompanhamento de agravos de notificação compulsória no âmbito municipal.

Foram convidados a participar da pesquisa profissionais com mais de um ano de formação e que utilizavam o aplicativo em estudo, indicados pelas coordenações dos

Centros de Saúde da Comunidade (CSC) sorteados em cada um dos oito territórios de saúde do município. Os critérios de inclusão foram: profissionais da saúde atuantes nas equipes da APS do município, compreendendo as equipes da ESF e do NASF, com atuação há mais de um ano na APS do município e com cadastro ativo no NotificaSUS.

A coleta dos dados foi realizada entre setembro e dezembro de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas com duração média de 11 minutos, que foram gravadas com autorização e transcritas na íntegra, utilizando-se codificação alfanumérica (E1, E2...) para preservar a identidade dos entrevistados. O perfil sociodemográfico, formação e tempo na função foram analisados de forma descritiva e o conteúdo das entrevistas foi analisado pelo método de análise de conteúdo de Bardin[11].

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas sob o CAEE 12798419.0.0000.9187 e preservou todos os princípios éticos vigentes sobre pesquisas com seres humanos[12].

O local de desenvolvimento deste estudo foi a rede de APS do município de Palmas-Tocantins. A cidade de Palmas possui atualmente uma população estimada em 299.127 habitantes e sua rede de saúde é organizada na Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-Palmas), dividida em oito territórios de saúde e APS composta por 34 Centros de Saúde da Comunidade. A RAVS-Palmas adota como características definidoras um arranjo poliárquico, o trabalho em equipe, a coordenação e longitudinalidade do cuidado, o intercâmbio e cooperação entre os diversos pontos de atenção à saúde, público ou credenciado e o uso intensivo de tecnologias de informação[13, 14].

Para garantir estes atributos, o município passou a investir na incorporação e no desenvolvimento de TICs para o aprimoramento dos processos de trabalho e articulação entre todos os pontos assistenciais, a vigilância e a gestão da rede de saúde. Além dos SIS do Ministério da Saúde, são utilizados atualmente alguns aplicativos e sistemas desenvolvidos pelo próprio município, como é o caso do aplicativo NotificaSUS, objeto deste estudo[15].

O NotificaSUS é um aplicativo *web* desenvolvido em 2016 que informatizou inicialmente o processo de registro e vigilância de agravos de notificação compulsória no âmbito municipal e com o tempo foi incorporando outras funções, como a vigilância de contatos, o controle de medicações e o acompanhamento clínico de pacientes em tratamento para hanseníase e tuberculose[15].

O aplicativo é utilizado por todos os pontos de atenção do SUS de gestão do município (CSCs, Unidades de Pronto Atendimento e Ambulatórios Especializados) e também por hospitais, clínicas e laboratórios privados que aderem voluntariamente. O município busca assim integrar e capilarizar a notificação e investigação de agravos ao maior número de serviços de saúde possível[15].

Resultados e discussão

Todos os oito entrevistados eram enfermeiros, em sua maioria do sexo feminino (n=7), com idade entre 26 e 43 anos, com tempo de formação entre 3 e 10 anos e no exercício da função há pelo menos 2 anos e no máximo há 10 anos. Esta composição da amostra reflete a divisão do trabalho nas unidades pesquisadas, pois os coordenadores destas unidades indicaram os profissionais enfermeiros para as entrevistas frente a exposição dos critérios de inclusão do estudo.

As análises das entrevistas dos participantes culminaram em três categorias: “Processo de implantação e uso atual do aplicativo”, “Disponibilidade da informação na atenção primária: potencialidades para o cuidado e vigilância no território” e “Fragilidades, comunicação e suporte”.

Processo de implantação e uso atual do aplicativo

O processo de implantação do aplicativo na rotina de trabalho foi relatado pelos profissionais como de fácil adaptação devido sua capacidade de sintetizar o processo de notificação compulsória de doenças e agravos, processo obrigatório a todos os profissionais e serviços de saúde conforme lei federal[16].

> Logo quando ele começou a ser usado eles fizeram meu acesso e a coordenadora me ajudou a usar, mas eu vi que ele era bem tranquilo porque a gente faz notificação quase todo dia, né?! (E7)

> [...] só que o programa é até meio fácil de manipular, com o tempo as pessoas foram se adaptando e hoje eu acho que já é mais tranquilo (E5).

> [...] ele é bem parecido com as informações de uma notificação convencional, né? e a gente já fazia notificação, então não tive dificuldades com ele (E3).

Ademais, apesar de ser um aplicativo que informatiza as fichas manuais de notificação, a sua incorporação por profissionais que não estão habituados a instrumentos informatizados pode ser dificultosa. A inserção de um novo processo que gera mudança na rotina de trabalho pode resultar em conflitos, algumas vezes relacionados à resistência dos profissionais ao registro de dados[17].

Desta forma, há de se considerar a habilidade dos profissionais com computadores e internet e prover capacitações que permitam o pleno uso destas tecnologias no trabalho em saúde[2]. Os trechos que seguem mostram que profissionais não habituados com a internet, computadores ou com a notificação compulsória apresentam mais dificuldade de incorporação do aplicativo.

> Na minha prática eu senti um pouco de dificuldade, assim, por falta de conhecimento mesmo, porque eu não tive capacitação. Então quando eu cheguei eu me virei pra mexer nele. Eu aprendi com os colegas de serviço sobre o que tinha que fazer (E8).

> A princípio foi meio complicado porque como era algo novo, né?!, tudo que é novo a gente tem um pouquinho de dificuldade, mas depois a gente foi fazendo e aprendendo (E4).

> [...] a gente tinha um mescla de profissionais que eram antigos e profissionais mais novos, da época do concurso atual, então antes tinham profissionais que nem sempre conseguiam ou tinham aptidão com as tecnologias e aí tinham dificuldade de acesso, de digitação, de mexer mesmo no básico da internet e do programa (E2).

Os avanços com a incorporação de TICs no trabalho passam não apenas pela qualidade do instrumento, como sua funcionalidade e usabilidade, mas também pela qualidade do seu processo de implantação, visto que o sucesso depende da adaptação dentro dos processos e da cultura organizacional. As dificuldades advindas da implantação destes novos instrumentos podem ser mitigadas por treinamentos e capacitações[18,19].

Neste sentido, destaca-se um potencial para a implantação de tecnologias como o aplicativo NotificaSUS na APS do município. Este é o nível de informatização da rede, conforme encontra-se no trecho a seguir:

> Primeiro é que a gente já trabalhava em uma rede que era informatizada, que já trabalhava anteriormente com o “assessor público” depois com o e-SUS, os profissionais já “tavam” habituados a trabalhar em uma rede que era informatizada (E2).

Um outro ponto, considerado como uma fragilidade que precisa ser destacada, é acerca da participação de processos formativos sobre o uso do aplicativo. A maioria dos profissionais relata ter participado de capacitação, porém alguns responderam não terem participado. A rotatividade dos profissionais nos serviços pode ser um fator que explique a não participação de alguns profissionais, como pode ser verificado nas duas últimas falas dos excertos a seguir.

> Eu fui avisada logo que entrei, de que as notificações eram por um sistema online. Eu participei de uma capacitação [...] (E5).
>
> [...] Eu lembro que participei de uma capacitação direta e outras indiretas, que eram reuniões em que eram abordados temas referentes ao “notifica” (E2).
>
> Quando eu comecei a trabalhar ele já estava implantado. Eu recebi orientações da minha coordenadora de como funcionava. Não participei de curso e nem de capacitação. Chegou o paciente que eu precisava notificar e me auxiliaram a fazer essa notificação (E6).
>
> [...] na época a capacitação foi só uma vez e só o técnico [de enfermagem] participou, não foi feita uma mobilização pra todo mundo passar por uma capacitação (E1).

Soma-se à esta fragilidade, a organização do processo de trabalho das equipes, que concentram as notificações compulsórias na figura do enfermeiro. Lembra-se que nos critérios de inclusão deste estudo constava a utilização do aplicativo na rotina de trabalho, isso resultou em uma amostra somente de enfermeiros. Essa fragilidade pode ser visualizada no trecho abaixo, mas também é encontrada na literatura[20].

> Eu vejo que isso ficou muito, não sei porque motivo, mas em cima da categoria da enfermagem, porque é um sistema que poderia ser usado por qualquer um, mas eu não sei porque, eu acho que é porque enfermagem sempre acaba absorvendo tudo. Qualquer notificação que acontecer, acaba que a gente tem que parar de fazer o que tá fazendo para fazer no sistema. Eu acho que isso também faltou um pouquinho da secretaria, talvez, ter sentado com as outras categorias, ter colocado isso como função de todos, então, sobrecarrega muito em cima da categoria (E1).

Frente a estas problemáticas, são necessárias estratégias que fortaleçam a fixação dos profissionais na rede e programas de educação permanente sobre o uso de tecnologias implantadas no processo de trabalho que considerem o nível de rotatividade na rede. Além disso, a organização do processo de trabalho precisa ser pensada de forma a diminuir a sua fragmentação em relação à notificação compulsória de agravos, visto que é atribuição de todos os profissionais da saúde a sua realização[21].

Sobre o uso do aplicativo na rotina de trabalho, os profissionais relataram que utilizam para a realização das notificações compulsórias, mas surgiu fortemente o relato do uso do aplicativo para o acompanhamento dos pacientes em tratamento para a hanseníase.

> Então, no início o uso dele era mais pra notificação mesmo, e aí eles foram acrescentando e incrementando mais o sistema e aí a gente também passou a usar ele pro controle da hanseníase. A gente tinha na época o trabalho de fazer o mapa físico de medicação e o boletim de acompanhamento do paciente e com o tempo esses boletins foram sendo acrescentados no sistema (E2).

> Na nossa rotina diária a gente usa mais a parte da hanseníase, que é toda alimentada nele, né? Na alimentação das doses supervisionadas e quando tem a necessidade de notificar algum caso de doenças, né? Esses dias a gente tá utilizando mais porque tem sido realizada muita notificação de dengue, chinkungunya (E3).

> [...] acompanha número de doses supervisionadas, número de contatos avaliados, que contatos são esses, a avaliação dermatoneurológica é inserida no sistema e você consegue puxar relatórios consolidados acerca desse atendimento (E5).

Desenvolvido para ser um aplicativo de notificação compulsória *online*, o seu potencial de uso para a comunicação e troca de informações entre a APS e a Vigilância em Saúde oportunizou a sua utilização para o acompanhamento de pacientes em tratamento para hanseníase, visto que o município de Palmas é um dos mais endêmicos para o agravo no país[22].

Segundo o Ministério da Saúde[23], o tratamento da hanseníase é realizado através da poliquimioterapia durante seis meses ou um ano, mas pode-se estender a depender do caso. Pela característica da doença de causar incapacidades físicas, o acompanhamento do paciente é feito com o registro das doses administradas, exames e avaliação neurológica periódica, além do exame anual dos contatos. Neste sentido, o aplicativo parece ser um excelente instrumento para qualificação do cuidado e da vigilância do agravo.

Disponibilidade da informação na atenção primária: potencialidades para o cuidado e vigilância no território

Nos discursos dos pesquisados acerca do uso do aplicativo em sua rotina de trabalho destacou-se a disponibilidade dos dados produzidos pelas próprias equipes, que antes eram centralizados na secretaria de saúde, especificamente na Vigilância em Saúde. Atenta-se ao potencial de superação da histórica fragilidade na comunicação entre a Vigilância e a Atenção à Saúde, pois o aplicativo consolida os dados das notificações, que podem ser baixados pelas respectivas equipes.

> [...] na verdade a gente não tinha retorno das informações que a gente repassava e agora não, através do sistema a gente consegue pesquisar e buscar as notificações em um banco em que a gente tem acesso (E1).

> [...] Porque à medida que a gente ia mandando as notificações físicas se a gente não guardasse os arquivos, se não parasse pra contar, a gente não tinha uma noção rápida da situação e hoje eu consigo fazer filtros pra tentar consolidar, por exemplo, quantos casos de hanseníase eu tive, que casos foram esses, em que endereços, então isso me dá um registro do território (E2).

A integração entre a APS e a Vigilância é fundamental para a promoção da integralidade do cuidado em saúde, pois permite que as equipes tomem consciência da sua população, seus problemas e necessidades em saúde e em que contexto estão inseridas, apropriando-se do território como um lócus privilegiado de atuação[24].

A oportunidade de se fazer Vigilância no contexto da equipe local promovido pelos dados do aplicativo é percebida nesta fala de um profissional:

> Pela praticidade, monitoramento dos indicadores, nos ajuda com a Vigilância. Porque as pessoas pensam que a Vigilância é feita só lá na secretaria, mas a Vigilância ocorre aqui no centro de saúde também e nisso ele nos ajuda bastante (E7).

Entretanto, percebe-se que apenas a disponibilidade da informação às equipes não seja suficiente para a concepção de planejamentos baseados na análise da situação de saúde pelas equipes. Faz-se necessário a criação de estratégias que subsidiem estes trabalhadores com novos instrumentos e fortaleçam o trabalho em equipe no sentido à superação de uma atuação alienada e apenas reativa frente aos problemas no território[25,26].

A fala que segue exemplifica o anteposto, pois indica que mesmo com a ciência sobre a possibilidade de uso dos dados do aplicativo para o conhecimento do território e planejamento de ações, a função não é utilizada por possíveis fragilidades no processo de trabalho da equipe.

> Os dados que utilizamos são mais para o acompanhamento dos pacientes de hanseníase. Porque todo mês a gente fecha o mapa, né? e aí a gente vai lá, confere direitinho quem tomou, quem não tomou a dose, quem precisa fazer busca ativa. Não conseguimos utilizar para as ações ainda, mas daria porque lá tem tudo né? (E6).

Para a plena exploração da oportunidade que o aplicativo pode oferecer para o fortalecimento da integração entre a Vigilância e o cuidado no território, é preciso que o município promova a qualificação dos profissionais sobre gestão da informação em saúde - que compreende desde a organização até a utilização dos dados para o subsídio da tomada de decisão - e em metodologias de análise da situação de saúde do território[3,27].

É preciso superar a fragmentação do trabalho em equipe evidenciada pela concentração da função de notificação - e, consequentemente, o uso dos recursos do aplicativo - apenas pelos enfermeiros. A utilização desta ferramenta por todos os

profissionais da APS potencializados por uma cultura de trabalho multiprofissional e dialógico pode direcionar à ações mais efetivas e concernentes com a realidade local[28].

Fragilidades, comunicação e suporte

Os entrevistados também relataram problemas que já ocorreram em suas rotinas com o uso do aplicativo. As falas apontam falhas relacionadas aos computadores, ao acesso à internet e ao próprio aplicativo. Quando ocorrem tais falhas o resultado é a demora e o retrabalho no processo de notificação.

> Se tiver fora do ar, às vezes alguns dados só conseguimos com o paciente na frente né? aí temos que anotar pra fazer a notificação depois (E6).
>
> Quando a internet ou o computador não está funcionando, aí temos que buscar e preencher as fichas de papel (E5).
>
> Eu tento priorizar lançar no momento, às vezes quando o problema é aqui nesse computador, eu procuro outra sala e tento fazer a notificação (E8).

As TICs são ancoradas em três componentes básicos: equipamentos, *software* e comunicação. Falhas em qualquer destes componentes podem desacreditar novos instrumentos tecnológicos e dificultar a sua apropriação, já que é esperada a agilização dos processos[17,29].

Como o aplicativo aqui avaliado é *online*, é imprescindível o investimento em infraestrutura de internet e computadores da rede na saúde para que se evitem problemas de componentes ou de conexão com a internet nos serviços.

Em relação à problemas com o aplicativo, nota-se que ele foi implantado apresentando algumas instabilidades e com agravos não contemplados e isso resultou em uma incorporação parcial, indisponibilidade em alguns momentos e em problemas na notificação.

> Eu lembro bem de um problema que houve muito no início, era tanto com as duplicações das notificações, quanto como algumas notificações que não eram contempladas de forma correta no sistema e isso gerava muitos transtornos e às vezes trabalhos duplicados [E2].
>
> [...] às vezes o sistema tá fora do ar, ou então até mesmo o sistema, às vezes tem internet, mas tem um problema lá, manutenção, alguma coisa e tá fora do ar o sistema, aí não dá pra usar (E5).
>
> Com o tempo ele foi aprimorado. Hoje ele já funciona bem melhor e bem melhor do que na época da implantação. Hoje funciona de uma forma mais tranquila.

Apesar de o aplicativo estar sendo aprimorado permanentemente, fato comum nas tecnologias, observa-se que a atualização realizada em qualquer dos seus campos é implementada de forma direta e momentos de plena utilização pelos trabalhadores, gerando por vezes instabilidade ou indisponibilidade.

A criação de um ambiente para testes e aplicação das melhorias e um gerenciamento de *realeases* (versões do aplicativo) é uma alternativa interessante frente aos problemas identificados. Neste ambiente alguns usuários selecionados poderiam testar as melhorias antes que fossem implantadas em definitivo, evitando assim a ocorrência de impactos negativos nas funcionalidades já existentes e promovendo a informação aos usuários sobre as mudanças ocorridas[29].

Acerca do suporte técnico sobre o aplicativo, quando ocorrem falhas técnicas ou de uso, os profissionais relataram que obtêm unicamente com contato por telefone ou por um aplicativo de mensagens com os responsáveis técnicos, que julgam ser rápido e resolutivo.

> Agora a gente um grupo de [aplicativo de mensagens] e tem um responsável lá no grupo que resolve as questões de erros, de duplicação, de erro em alguma notificação se a gente faz a notificação errada e precisa corrigir alguma coisa a gente consegue falar com ele. As vezes que eu precisei fui atendida (E1).

> Eu tenho o contato de pessoas lá da secretaria e sempre que eu necessito, eu tenho o número do celular, eu ligo, mando um [mensagem em um aplicativo de mensagens] e sempre tem uma resposta no sentido de me ajudar, mas porque eu conheço quem trabalha lá. E sempre que eu precisei foi resolutivo e não houve demora (E4).

A qualidade de uma TIC pode ser medida além de sua funcionalidade, usabilidade, entre outros, também pela sua manutenibilidade. A manutenibilidade é a capacidade de um *software* de ser modificado, como a realização de correções, melhorias ou adaptações necessárias. Para este atributo, é necessário ainda que o produto tenha capacidade de analisabilidade, ou seja, "permitir o diagnóstico de deficiências ou causas de falhas no *software*, ou a identificação de partes a serem modificadas."[18].

O observa-se que o suporte feito por telefone e aplicativo de mensagens tem suas vantagens como a agilidade relatada, porém, percebe-se que este suporte por vezes tem dependido do contato pessoal com profissionais da equipe técnica. Questiona-se a viabilidade desta comunicação frente a situações de mudanças administrativas (telefones, expediente, setor etc) ou mesmo de membros da equipe, de certa forma, habituais no setor público. Este cenário pode ser visualizado na fala a seguir.

> Seria bom se tivesse pelo menos um fluxograma das áreas no programa, porque hoje, se eu tivesse algum problema, eu iria ligar lá e ver com quem eu teria que falar (E2).

A profissional relata não conhecer as referências na secretaria e sugere que isto seja acrescentado no aplicativo. Neste caminho, indica-se também o aprimoramento da comunicação entre os usuários e os gestores do aplicativo através do desenvolvimento de uma janela *popup* dentro do próprio sistema para a reportagem de falhas e sugestões de melhorias. Essa janela poderia disponibilizar o registro de um *printscream* (fotografia da tela) do usuário, o que poderia agilizar a identificação e resolução do problema.

Conclusões

O nível de informatização da rede e a sistematização de um processo de rotina dos trabalhadores podem ser indicados como fatores facilitadores da incorporação do aplicativo. A não familiarização com o processo de notificação, a dificuldade com o uso de computadores e internet, falhas na oferta de capacitação, problemas em infraestrutura de rede e instabilidade do aplicativo mostraram-se como entraves. Cabe citar que, apesar de não ter sido o objetivo deste estudo, os resultados indicam ainda uma fragmentação do processo de trabalho em equipe evidenciado pela realização de notificação de agravos apenas por enfermeiros.

O uso do aplicativo pelos profissionais é voltado principalmente para a realização de notificações compulsórias e acompanhamento de pacientes em tratamento de hanseníase, como controle de medicação, vigilância de contatos e da situação neurológica. Destaca-se a função de compilação de dados das notificações pelo aplicativo citada pelos entrevistados, que pode ser uma excelente oportunidade para a análise de situação de saúde do território e promoção de uma atuação mais alinhada às necessidades da população. Para isso, entretanto, é necessário o incentivo à práticas inovadoras através da qualificação dos profissionais em tecnologias de análise de situação e gestão da informação em saúde.

Oportunidades de aprimoramento do aplicativo foram identificadas através dos relatos dos entrevistados, são elas: a criação de um ambiente de testes, o gerenciamento de releases e a inclusão de um canal de suporte diretamente na tela do usuário. Acredita-se que assim pode-se diminuir instabilidades, melhorar a comunicação entre usuários e desenvolvedores do aplicativo e, consequentemente, facilitar a sua incorporação.

A entrevista de mais profissionais e o incremento da participação de gestores do sistema e técnicos da Vigilância Epidemiológica poderia fornecer uma visão mais ampla sobre aplicativo analisado. Não obstante, os resultados apresentados neste estudo, apesar deste ter se concentrado em apenas um aplicativo, podem ser úteis ao conhecimento sobre variáveis envolvidas no sucesso ou falha na incorporação de novas tecnologias no trabalho em saúde. Além disso, a análise da incorporação de SIS em geral pelos profissionais da saúde favorecem o conhecimento sobre o tema e pode ser lido aqui como sugestão para futuros estudos.

Referências bibliográficas

1. Castro RCF. Impacto da Internet no fluxo da comunicação científica em saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 5 set 2018]; 40(spe): 57-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400009&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400009.

2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde [Internet]. Brasília: o Ministério; 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf.

3. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [citado 5 set 2018]; 25(3):e3440015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003440015.

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: o Ministério; 2017. DOU [Internet]. 2017 [citado 9 set 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016.html.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS AB Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Brasília: o Ministério; 2013 [citado 9 out 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf.

6. Souza WV, Domingues CMAS. Notificação Compulsória de Doenças e Agravos no Brasil: Um Breve Histórico sobre a Criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. In: Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [citado 10 out 2018]. p. 11-37. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf.

7. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [citado 9 set 2018]; 15(4): 2215-2228. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400036&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036.

8. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde debate [Internet]. 2015 [citado 26 fev 2019]; 39(104): 255-267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100255&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385.

9. Heeks R. Health Information Systems: failure,success and improvisation. Int J Med Inform [Internet]. 2006 [citado 3 set 2018]; 75(2):125–37. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505605001255. doi https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.024.

10. Almeida GBS, Freire MR, Leonel M. Sistema de informação da atenção básica: a percepção de enfermeiros. Rev Min Enferm [Internet]. 2012 [citado 10 set 2018];16(4):515-21. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/556.

11. BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

12. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. DOU [Internet]. 2012 [citado 10 out 2018]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

13. Prefeitura Municipal de Palmas. Portaria Institucional nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016 [Internet]. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). [citado 05 out 2018]. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/237444650/dom-pmw-normal-15-04-2019-pg-9.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2017 [citado 10 set 2018]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=25272&t=resultados.

15. Gestão da Saúde [Internet]. Prefeitura de Palmas; 2018 [citado 20 set 2018] Disponível em: https://saude.palmas.to.gov.br/.

16. Brasil. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1975; 31 out.

17. Gava M, Ferreira LS, Palhares D, Mota ELA. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Mar [citado 05 fev 2020]; 21(3):891-902. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300891&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.01062015.

18. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 9126-1: Engenharia de software - Qualidade de produto. Parte 1: Modelo de qualidade. Rio de Janeiro; 2003.

19. Ludwick DA, Doucette J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. International journal of medical informatics, 2009 [citado 11 jan 2020]; 78(1):22-31. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644745. doi https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.06.005.

20. Melo MAS, Coleta MFD, Coleta JAD, Bezerra JCB, Castro AM, Melo ANS, Teixeira RAG, Gomes DB, Cardoso HÁ. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Revista de Administração em Saúde [Internet]. 2018 [citado 22 jan 2020]; 18(71):71-104. Disponível em: http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104/152. doi http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.104.

21. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n° 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do Anexo 1 do Anexo V. DOU [Internet]. 2017 [citado 07 jan 2020];

Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html.

22. Bastos, WM. Características sociodemográficas e epidemiológicas da Hanseníase do município de Palmas – Tocantins [dissertação] [Internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2017 [citado 18 jan 2020]. Disponível em: http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/25732.

23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: o Ministério; 2016 [citado 18 jan 2020]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf.

24. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 [citado 22 jan 2020]; 14(3):929-936. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029.

25. Faria LS, Bertolozzi MR. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2010 [citado 22 jan 2020]; 44(3):789-795. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300034&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034.

26. Ferreira LR, Silva Júnior JA, Arrigotti T, Neves VR, Rosa AS. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2018 [citado 25 jan 2020]; 52:e03407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100488&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017046403407.

27. Yafushi CAP, Almeida MFI, Vitoriano MCCP. Gestão da informação, gestão do conhecimento, cultura organizacional e competência em informação: o quarteto estratégico para a construção e uso competente da memória organizacional. Perspectivas em Gestão & Conhecimento [Internet]. 2019 [citado 25 jan 2020]; 9(3):4-20. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/pgc/article/view/40647.

28. Pedebos Lucas Alexandre, Rocha Dayana Karla, Tomasi Yaná. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. Saúde debate [Internet]. 2018 Out [citado 25 jan 2020]; 42(119):940-951. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400940&lng=pt. doi http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811912.

29. Sommerville I. Engenharia de software. 9 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2011.

Dados da formatação e submissão
O manuscrito está redigido conforme as normas da **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde** da FIOCRUZ-RJ (disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/index). Esta revista foi escolhida por uma das revistas de referência para as áreas de comunicação, informação e saúde coletiva. As normas da revista estão disponíveis em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/about/editorialPolicies#custom-6

REVISTA CEREUS ISSN: 2175-7275

Avaliação do Fluxograma de Diagnóstico da Malária na Rede Municipal de Saúde de Palmas/TO

Evaluation of the Malaria Diagnostic Flowchart in the Municipal Health Network of Palmas/TO

Libna Laís Ferreira Silva[1], Evaneide de Sousa Barros[2]

[1]Residente. Programa de Residência em Saúde Coletiva, Fundação Escola de Saúde Pública da Palmas – FESP– Palmas/TO, Brasil.

E-mail: libnalais@gmail.com

[2]Graduação em Biologia pelo CEULP/ULBRA. Analista em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar o fluxograma de diagnóstico dos casos suspeitos de malária e verificar se o mesmo atende ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, observando sua eficiência, custo-benefício e agilidade no decorrer do processo. Esta avaliação foi realizada com base em Protocolos e Portarias do Ministério da Saúde, através de materiais utilizados/elaborados pelos técnicos da Coordenação Técnica das Vetoriais e Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, materiais de registro de pacientes suspeitos de malária do Laboratório Municipal de Palmas e acesso aos Sistemas: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária (SIVEP-Malária) e Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Como resultado, verificou-se que o fluxograma de diagnóstico da malária é eficiente, mas pode ser melhorado, visando que a cidade de Palmas/TO continue livre de casos autóctones e conferindo menos gastos ao município.

Palavras-chave: Malária. Vigilância em Saúde Pública. Diagnóstico.

ABSTRACT

This work aimed to analyze the diagnostic flowchart of suspected cases of malaria and to verify if it meets what is recommended by the Ministry of Health, observing its efficiency, cost-benefit and agility during the process. This assessment was carried out based on Protocols and Ordinances of the Ministry of Health, using materials used / prepared by technicians from the Technical Coordination of Vectors and Zoonoses of the Municipal Health Secretariat of Palmas, materials for registering patients suspected of malaria from the Municipal Laboratory of Clapping and access to the Systems: Epidemiological Surveillance Information System - Malaria (SIVEP-Malaria) and Laboratory Environment Manager (GAL). As a result, it was found that the malaria diagnostic flowchart is efficient, but can be improved, aiming at the city of Palmas / TO to remain free of autochthonous cases and giving less expenses to the municipality.

Keywords: Malaria. Public Health Surveillance. Diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

A malária, também conhecida como maleita, impaludismo, febre palustre e sezão é uma doença infecciosa febril aguda causada por protozoários do gênero Plasmodium, divididos em cinco espécies: Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium malariae, Plasmodium knowlesi e Plasmodium ovale, esse último de transmissão natural apenas na África, no Brasil as espécies associadas a seres humanos são as três primeiras espécies citadas anteriormente. É transmitida ao homem por meio da picada das fêmeas dos mosquitos do gênero Anopheles spp. Esse agravo é um dos principais problemas de saúde pública do mundo há décadas e apesar das ações de controle realizadas em várias partes do mundo, continua mantendo-se relevante (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

A malária era conhecida como uma “doença de massa” e alcançava amplas áreas e extensos contingentes populacionais nos países de transmissão endêmica. Então, na década de 60 realizou-se uma campanha de erradicação da doença patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e parcerias em todos os continentes. A partir daí, a transmissão da malária no Brasil ficou praticamente confinada à região amazônica, que abrange os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, onde são registrados mais de 99% dos casos, devido às condições socioculturais e ambientais favorecerem essa transmissão (BARATA, 1995; LAPOUBLE et al., 2015).

O tempo de incubação da doença sofre variação de acordo com a espécie de plasmódio. De 8 a 12 dias para P. falciparum; 13 a 17 para P. vivax; e 18 a 30 dias para P. malariae. Quando surgem os sintomas, o quadro clínico típico da malária caracteriza-se por febre precedida de calafrios, seguida de sudorese profusa, fraqueza e cefaleia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de plasmódio infectante. Em alguns pacientes, aparecem sintomas prodrômicos, vários dias antes dos paroxismos da doença, a exemplo de náuseas, vômitos, astenia, fadiga e anorexia (BRASIL, 2019; BRASIL, 2019, p. 525).

O diagnóstico é fechado através da união entre dados clínicos e diagnóstico laboratorial. O diagnóstico preconizado pelo Ministério da Saúde é realizado pela visualização do Plasmódio através do microscópio em exame denominado gota espessa, o qual se confecciona colocando uma gota do sangue do paciente em uma lâmina que é posteriormente corada, pela técnica de Giemsa ou de Walker, e observada. Este é o método considerado padrão-ouro pela OMS, pois permite a diferenciação das espécies,

formas e quantificação dos parasitos, além de possibilitar a visualização de outros hemoparasitos, como o Trypanosoma sp., agente etiológico da doença de Chagas (BRASIL, 2017).

A técnica do esfregaço também é utilizada para a identificação das espécies de plasmódio, porém apresenta sensibilidade menor que o método da gota espessa. Outros métodos estão sendo empregados em busca de diagnósticos mais simples, eficazes e que possam ser feitos fora do laboratório, com destaque para os Testes Diagnósticos Rápidos (TDR), também chamados de Testes Imunocromatográficos, realizados em fitas de nitrocelulose contendo anticorpo monoclonal contra antígenos específicos do parasito. Estes, porém, possuem indicação limitada a áreas de difícil acesso ou baixa endemicidade, por não avaliarem a presença de outros hemoparasitos nem a densidade parasitária, e não devem ser usados para controle de cura, pois após o tratamento pode haver persistência de partes do parasito, levando a resultados falso-positivos (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019; TOCANTINS, 2017).

Em Palmas o TDR para malária é realizado frequentemente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Norte e Sul ou no Laboratório Municipal. Ao chegar às UPAs todos os pacientes suspeitos são submetidos ao TDR, colhe-se, então, o sangue para preparo da lâmina de gota espessa que junto a ficha de notificação/investigação preenchida são enviados ao Laboratório que realiza o exame e libera o resultado via Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) (PALMAS, 2018).

Em relação ao tratamento, o Ministério da Saúde determina que este deva ser iniciado imediatamente, com o intuito de reduzir a parasitemia e evitar que o quadro clínico do paciente seja agravado. Em todo o território nacional os medicamentos antimaláricos são disponibilizados gratuitamente em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) aos pacientes diagnosticados. Em casos mais graves a hospitalização pode ser necessária e o tratamento realizado em ambiente hospitalar. Em Palmas os medicamentos são disponibilizados nas UPAs e no Hospital Geral de Palmas (HGP), que também é o hospital de referência para tratamento da malária grave (BRASIL, 2010; PALMAS, 2018).

O controle de cura, conhecido como Lâmina de Verificação de Cura (LVC), é o exame de microscopia realizado durante e após tratamento recente em pacientes previamente diagnosticados para malária, por busca ativa ou passiva. Recomenda-se o uso da LVC para todos os casos de malária, especialmente os casos de malária por P. falciparum (BRASIL, 2020). O controle de cura tem como objetivos verificar a redução

progressiva da parasitemia, observar a eficácia do tratamento e identificar recaídas oportunamente. Recomenda-se a realização de LVC da seguinte forma:

-*P. falciparum* – em 3, 7, 14, 21, 28 e 42 dias após o início do tratamento.

-*P. vivax* ou mista – em 3, 7, 14, 21, 28, 42 e 63 dias após o início do tratamento (BRASIL, 2019, p. 535).

Quanto à presença da malária no Tocantins, segundo Parise, Araújo e Castro (2012) a doença apresenta comportamento diferente ao da Amazônia Legal, que aproxima o estado, inclusive, da situação epidemiológica da malária nos estados não amazônicos. Entretanto, existem casos autóctones notificados e confirmados nos anos de 2017 e 2018 no Tocantins. Já a cidade de Palmas/TO, segundo dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP-malária), não apresenta casos autóctones desde o ano de 2012, todavia, devido à existência dos casos importados a vigilância torna-se imprescindível.

Algumas medidas de controle vetorial são tomadas para evitar a disseminação da doença, são elas: pesquisa entomológica, aplicação de inseticida químico e manejo ambiental. Logo após a confirmação do caso, a Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ) realiza a pesquisa entomológica de acordo com os endereços fornecido nas notificações, se confirmada a presença do vetor transmissor da malária é realizado o tratamento químico, intra e peridomiciliar, que consiste na borrifação de um inseticida químico em um raio de 200 metros para eliminação do mosquito. O manejo ambiental baseia-se na mobilização da comunidade a respeito da adoção de medidas de saneamento básico (PALMAS, 2018).

Perante o exposto, após um período no Laboratório Municipal e tendo em vista o que foi aprendido em capacitações no Laboratório Central (LACEN) e vivência na Coordenação Técnica das Vetoriais e Zoonoses, observou-se a necessidade de verificar se o fluxograma de diagnóstico da malária é eficiente, enfatizando a avaliação da utilização de TDR como diagnóstico para malária na triagem das Unidades de Pronto Atendimento e Laboratório Municipal; a comparação dos resultados do TDR com os resultados do exame gota espessa como confirmatório; e a análise dos casos confirmados em 2017 e 2018 quanto à realização do tratamento em tempo oportuno.

Desta maneira, entende-se que o serviço deva estar organizado a fim de se realizar o diagnóstico precoce com os exames específicos e o tratamento aos pacientes de maneira oportuna e eficiente para manter a cidade de Palmas/TO livre da ocorrência de casos autóctones.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, que coletou informações para permitir conhecer a realidade quanto ao diagnóstico dos casos de malária na cidade de Palmas/TO.

Esta pesquisa foi realizada no Laboratório Municipal, nas UPAs Sul e Norte e na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO, entre os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. A população incluiu os pacientes notificados para malária no SIVEP-Malária, constando 98 notificações em 2017 e 530 em 2018, incluindo as notificações para verificação de cura, totalizando 628. As variáveis foram: tipo de exame, data de início dos sintomas e data de início do tratamento.

Foram incluídos os casos notificados para malária na cidade de Palmas/TO em 2017 e 2018 e excluídos os casos notificados para malária em Palmas/TO em outros anos.

A amostra contou com as 28 notificações em 2017 que haviam sido registrados no GAL, além dos 5 casos confirmados para verificação da oportunidade de tempo entre início dos sintomas e início do tratamento, assim como em 2018 com 27 notificações registradas e 9 casos confirmados.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, utilizando os materiais de registro de pacientes com malária do Laboratório Municipal de Palmas e os bancos de dados do SIVEP-Malária e GAL.

Inicialmente foram levantados todos os casos notificados e confirmados para malária em Palmas/TO nos anos 2017 e 2018, através do SIVEP-Malária;

Através de Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), observou-se como estava organizado o fluxograma de diagnóstico dos pacientes suspeitos de malária para avaliar a utilização de TDR como diagnóstico;

Posteriormente verificou-se a quantidade de TDRs registrados no sistema GAL, e a partir desses dados, comparou-se os resultados dos TDRs com os resultados dos exames de gota espessa de cada caso registrado;

Para verificar se o tratamento foi iniciado no tempo determinado, utilizou-se o Indicador: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno e a Meta do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) (Portaria Nº 1.520, DE 30 DE MAIO DE 2018) os quais preveem que 70% dos casos de malária tenham tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para

os casos importados). Segundo a Portaria, o indicador permite avaliar a oportunidade da entrega de tratamento antimalárico, o que contribui para a redução da transmissão, morbidade e mortalidade pela doença e orienta o planejamento das ações para garantir acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento de malária.

Método de cálculo: Numerador: Número total de casos autóctones de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 48 horas, após o início dos primeiros sintomas, somado ao número total de casos importados de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 96 horas, após o início dos primeiros sintomas, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Denominador: Número total de casos de malária sintomáticos por local de notificação, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Fator de multiplicação: 100 (BRASIL, 2018).

Após o levantamento dos dados, os resultados foram organizados e apresentados por meio de gráficos, tabelas e/ou descritivos.

Este projeto de pesquisa foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), via Plataforma FormSUS. Após apreciação e aprovação, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob Parecer nº 3.781.184.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a tabela 1, foram realizados 98 exames para malária em 2017, destes, 31 foram LVCs, ou seja, 67 pacientes suspeitos realizaram exame para diagnóstico de malária. Já no ano de 2018 foram realizados 530 exames, em comparação com o ano de 2017 este aumento representa cerca de 440%. O aumento é justificado pela exigência de uma empresa que ao recrutar trabalhadores, solicitou também o exame para malária, estes exames foram feitos por um laboratório particular, que informou a realização de um total de 408 exames. Os 408 exames não entraram na comparação de resultados entre gota espessa e TDR, pois foram feitos usando somente o método gota espessa, além disso, dos 122 exames realizados em 2018, 29 tratavam-se de LVCs, ou seja, no ano de 2018, 93 pacientes suspeitos realizaram exame diagnóstico para malária.

Tabela 1. Casos notificados para malária nos anos de 2017 e 2018 em Palmas/TO.

Ano	Nº de casos notificados	LVC
2017	98	31
2018	530	29
Total	**628**	**60**

Fonte: Sivep-malária. 19/12/2019.

Quanto aos casos confirmados, foram 5 em 2017 e 9 em 2018, todos importados (tabela 2).

Tabela 2. Casos confirmados de malária nos anos de 2017 e 2018 em Palmas/TO.

Ano	Casos Autóctones	Casos Importados
2017	0	5
2018	0	9
Total	**0**	**14**

Fonte: Sivep-malária. 19/12/2019.

Em relação ao uso dos TDRs como diagnóstico, este deve limitar-se a casos específicos e não deve ser feito de forma indiscriminada. Conforme recomendações do Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), os TDRs podem ser empregados nos casos de pacientes que procuram os serviços de saúde após o horário de expediente do Laboratório ou aos finais de semana e feriados, com intuito de agilizar o diagnóstico. Nessas hipóteses, deve-se ter o cuidado de marcar nas fichas de notificação/investigação o método aplicado (BRASIL, 2020).

Para comparação dos resultados entre gota espessa e TDR, foram encontrados 46 registros de TDRs no GAL nos anos 2017 e 2018. Sendo eles 23 em 2017, dos quais 13 eram LVCs e 23 em 2018, sendo 22 LVCs. Ao tabular os dados do período analisado, encontrou-se apenas os que estavam registrados no campo específico para imunocromatografia, porém ao verificar-se os registros de cada paciente individualmente, constatou-se mais 9 registros de TDRs que estavam no campo de observações e não no campo indicado (Quadros 1 e 2). Portanto o número total de TRDs registrados no GAL pode ter alterações.

Quadro 1. Registro de TDR no Sistema GAL em 2017 na cidade de Palmas/TO.

Nº de Lâminas	Pacientes	Data	Gota Espessa	TRD	LVC	Observações
1	Paciente 1	26/01	Negativo	Negativo	Não	
2	Paciente 2	26/05	Negativo	Negativo	Não	
3	Paciente 3	26/05	Negativo	Negativo	2ª LVC	
4	Paciente 4	22/05	Negativo	Negativo	Não	
5	Paciente 5	16/06	Negativo	Negativo	Não	
6	Paciente 6	24/07	Negativo	Negativo	Não	
7	Paciente 7	02/08	Negativo	Negativo	Não	
8	Paciente 8	07/08	Negativo	Negativo	Não	
9	Paciente 9	14/08	Positivo	Positivo	Não	
10	Paciente 10	28/09	Negativo	Negativo	Não	
11	Paciente 11	27/12	Negativo	Negativo	Não	
12	Paciente 12	27/12	Negativo	Negativo	Não	
13	Paciente 13	10/05	Negativo	Negativo	2ª LVC	
14		05/06	Positivo	Positivo	5ª LVC	
15		30/06	Negativo	Negativo	Não	
16		18/09	Negativo	Negativo	1ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
17		25/09	Negativo	Negativo	2ª LVC	
18		02/10	Negativo	Negativo	3ª LVC	
19		09/10	Negativo	Negativo	4ª LVC	
20		20/10	Positivo	Positivo	5ª LVC	
21	Paciente 14	14/06	Negativo	Negativo	Não	
22		21/06	Negativo	Negativo	Não	Imunocromatografia registrada nas observações
23		20/07	Negativo	Negativo	1ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
24		28/07	Negativo	Negativo	2ª LVC	
25		03/08	Negativo	Negativo	3ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
26		10/08	Negativo	Negativo	4ª LVC	
27		22/08	Negativo	Negativo	5ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
28		11/09	Negativo	Negativo	6ª LVC	

Fonte: GAL. 13/02/2020.

Quadro 2. Registro de TDR no Sistema GAL em 2018 na cidade de Palmas/TO.

Nº de Lâminas	Pacientes	Data	Gota Espessa	TRD	LVC	Observações
1	Paciente 1	24/01	Positivo	Positivo	Não	
2		21/03	Positivo	Positivo	1ª LVC	
3	Paciente 2	05/02	Negativo	Negativo	Não	
4	Paciente 3	05/02	Negativo	Negativo	1ª LVC	
5		08/02	Negativo	Negativo	2ª LVC	
6		22/02	Negativo	Negativo	3ª LVC	
7		05/03	Negativo	Negativo	4ª LVC	
8		14/03	Negativo	Negativo	5ª LVC	
9		05/04	Positivo	Positivo	6ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
10		20/04	Negativo	Negativo	1ª LVC	
11		26/04	Negativo	Negativo	2ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
12		03/05	Negativo	Negativo	3ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
13		10/05	Negativo	Negativo	4ª LVC	Imunocromatografia registrada nas observações
14		25/05	Negativo	Negativo	5ª LVC	
15		13/06	Negativo	Negativo	6ª LVC	
16	Paciente 4	31/01	Negativo	Negativo	1ª LVC	
17		05/02	Negativo	Negativo	2ª LVC	
18	Paciente 5	12/01	Negativo	Negativo	Não	
19	Paciente 6	20/03	Positivo	Positivo	Não	
20	Paciente 7	07/06	Negativo	Negativo	1ª LVC	
21		14/06	Negativo	Negativo	2ª LVC	
22		21/06	Negativo	Negativo	3ª LVC	
23		27/06	Negativo	Negativo	4ª LVC	
24		06/07	Negativo	Negativo	5ª LVC	
25		01/08	Negativo	Negativo	6ª LVC	
26	Paciente 8	24/07	Negativo	Negativo	1ª LVC	
27	Paciente 9	10/12	Negativo	Negativo	Não	

Fonte: GAL. 13/02/2020.

Quando comparado à gota espessa os TDRs apresentaram 100% de concordância, diferentemente do resultado encontrado por Visinoni e Ribas (2015), cujo trabalho apresentou 98,96% de concordância. Dos 462 exames comparados pelos autores, 6 foram discordantes, apresentando resultados falso-negativos dos TDRs em relação à gota espessa, confirmou-se então que o TDR pode ser considerado um bom teste para triagem dos pacientes e apenas quando se fizer necessário.

Dos pacientes confirmados para malária em 2017, 5 tiveram malária *vivax*; dentre os

9 pacientes de 2018, 7 foram infectados pelo *P. vivax* e 2 tiveram infecções mistas por *P. falciparum* + *P. vivax* (Quadro 3).

Quadro 3. Relação entre a data de início dos sintomas e a data do início do tratamento dos pacientes confirmados para malária em Palmas, anos 2017 e 2018.

	Pacientes	Tipo de Plasmodium	Data do início dos sintomas	Data do início do tratamento
2017	Paciente 1	*P. vivax*	05/03	14/03
	Paciente 2	*P. vivax*	24/03	28/03
	Paciente 3	*P. vivax*	05/05	17/05
	Paciente 4	*P. vivax*	18/05	28/06
	Paciente 5	*P. vivax*	11/08	15/08
2018	Paciente 1	*P. vivax* + *P. Falciparum*	04/01	06/01
	Paciente 2	*P. vivax*	15/01	19/01
	Paciente 3	*P. vivax*	19/01	24/01
	Paciente 4	*P. vivax*	16/03	23/03
	Paciente 5	*P. vivax*	17/03	22/03
	Paciente 6	*P. vivax* + *P. Falciparum*	12/06	30/06
	Paciente 7	*P. vivax*	29/06	09/07
	Paciente 8	*P. vivax*	29/06	13/07
	Paciente 9	*P. vivax*	21/07	02/08

Fonte: Sivep-Malária. 18/02/2020.

O quadro abaixo apresenta o resultado do cálculo do Indicador por ano. Nota-se que a meta não foi alcançada em nenhum dos períodos. Sabe-se que todos os casos foram importados e que se deve levar em consideração o tempo de locomoção do paciente da cidade de origem da infecção até a cidade de Palmas onde foi feito o diagnóstico. Todavia, o não alcance da meta por dois anos consecutivos induz a necessidade de melhorias no processo de atendimento ao paciente (Quadro 4).

Quadro 4. Cálculo do Indicador de Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.

	Unidade	Meta Pactuada	Jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Anual
2017	%	70%	**0,0%**	**0,0%**	**50,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**100,0 %**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**40,0%**
	Nº de tratamentos oportunos		0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	**2**
	Nº de casos		0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	**5**
2018	**Unidade**	**Meta Pactuada**	**Jan**	**fev**	**mar**	**abr**	**mai**	**jun**	**jul**	**ago**	**set**	**out**	**nov**	**dez**	**Anual**
	%	70%	**66,7%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**22,2%**
	Nº de tratamentos oportunos		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**
	Nº de casos		3	0	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0	**9**

Fonte: SIVEP-Malária. 19/02/2020.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho confirmou que o uso do TDR como teste de triagem é satisfatório, entretanto, sua utilização deve sujeitar-se a casos excepcionais e não deve continuar sendo empregado para verificação de cura, pois além de estar em desacordo com a preconização do Ministério da Saúde, resulta em um gasto desnecessário ao município.

Observou-se também, que os TDRs não estavam sendo registrados no GAL em sua totalidade, e sabe-se que o Protocolo de Atendimento aos Pacientes de Malária exige a realização do TDR em todos os pacientes que procuram o serviço de saúde com suspeita da doença, no entanto, apenas 19 haviam sido registrados no período de dois anos. Portanto, reafirma-se a necessidade de inserir todas as informações no Sistema de maneira adequada. Da mesma forma, o registro de TDR, quando realizado, deve estar inserido no campo correto, pois facilita o acesso aos dados. Além disso, chama-se a atenção para que as LVCs sejam identificadas como tal no registro.

Deve-se ter cuidado ao numerar as lâminas de gota espessa, pois o número da lâmina é o mesmo número usado no SIVEP-Malária para identificar o paciente, e ao manusear o banco de dados, observou-se a existência do mesmo número de registro para pacientes diferentes no mesmo ano e da mesma Unidade Notificante, outro ponto é que não há possibilidade de procurar o paciente pelo nome, o que dificulta ainda mais as possíveis buscas a serem realizadas.

É interessante padronizar as informações inseridas nos sistemas, para que todos os dados coincidam e tenham informações suficientes.

Um dos maiores focos de melhoria observado deve ser voltado para o acompanhamento do paciente em todos os locais da Rede para que o tratamento seja iniciado prontamente, dessa maneira evita-se o agravamento da doença e quebra-se sua cadeia de transmissão a fim de que o município se mantenha livre de casos autóctones.

Depois de todo exposto e visto que não são registrados casos autóctones no município de Palmas há oito anos, infere-se que o fluxograma de diagnóstico para malária na Rede Municipal de Saúde de Palmas/TO é eficiente, mas pode ser melhorado.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. **Malaria in Brazil: trends in the last ten years**. Cadernos de saúde pública/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 11. 128-36. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/9064574_Malaria_in_Brazil_trends_in_the_last_ten_years>. Acesso em: 10 de mai. 2019.

BRASIL, M. S. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.520, de 30 de maio de 2018. Altera os Anexos XCVIII e XCIX à Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS, a partir de 2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun. 2018. p. 47. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520_06_06_2018.html>. Acesso em: 19 de fev. 2020.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 740 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 19 de fev. 2020.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 3/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Guia de tratamento da malária no Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 76 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_tratamento_malaria_brasil.pdf>. Acesso em: 19 de fev. 2020.

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.36 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de diagnóstico laboratorial da malária**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 116 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

LAPOUBLE, O. M. M; SANTELLI, A. C. F. S., MUNIZ-JUNQUEIRA, M. I. **Situação epidemiológica da malária na região amazônica brasileira, 2003 a 2012**. Rev Panam Salud Publica. 2015; 38 (4): 300–6. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18379>. Acesso em: 10 de mai. 2019.

PALMAS. E. V. P. Secretaria Municipal de Saúde (Ed.). **Protocolo de Atendimento aos Pacientes de Malária.** Palmas: Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, 2018. 14 p.

PARISE, E. V.; ARAÚJO, G. C.; CASTRO, J. G. D. **Situação epidemiológica da malária no Estado do Tocantins, Brasil, a partir da emancipação política e administrativa, 1989 a 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.129-140, mar. 2012. Instituto Evandro Chagas. http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000100013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a13.pdf>. Acesso em: 10 de mai. 2019.

TOCANTINS. S. E. S. Gabinete do Secretário. Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde. **Protocolo de Vigilância em Saúde**/Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. 270p.

VISINONI, M. R.; RIBAS, J. L. C. **A Imunocromatografia como Teste de Triagem no Diagnóstico da Malária no Município de Curitiba**. **Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 4, p.174-196, jul-dez. 2015. Semestral. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/499/304>. Acesso em: 19 fev. 2020.

Revista escolhida: Revista Cereus

Link: http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/about/submissions

Revista de APS
https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index

Avaliação dos pés e análise do autocuidado de diabéticos tipo II na Atenção Primária a Saúde

Evaluation of feet and analysis of self-care of type II diabetics in Primary Health Care

Lordânia Moura Corrêa Ferreira[1], Ruth Bernardes de Lima[2]

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil epidemiológico dos portadores de Diabetes Mellitus tipo II na Atenção Primária a Saúde em Palmas-TO, quanto à aderência ao autocuidado segundo QAD e protocolo de avaliação para os pés de diabéticos. **Método:** estudo de campo, desenvolvimento transversal, abordagem quantitativa descritiva, sendo a amostra constituída por 7 diabéticos tipo II ≥ 18 anos, selecionados por conveniência. **Resultados:** constatou-se alterações nas avaliações dermatológica, circulatória, neurológica e estrutural, com ênfase para 2 casos em que os testes de sensibilidade tátil e reflexo de Aquileu confirmaram perda da sensibilidade protetora. Houve autocuidado favorável em relação a terapia medicamentosa e ingestão de doces, e o contrário para consumo de frutas e/ou vegetais, seguido das dimensões atividade física e cuidados com os pés. **Conclusão:** é imprescindível a avaliação minuciosa dos pés dos diabéticos e análise do autocuidado para a prevenção de complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus. Autocuidado. Atenção Primária à Saúde. Pé diabético.

[1]Enfermeira. Especialista na Estratégia Saúde da Família e Comunidade. Palmas, TO, Brasil. E-mail: lordaniamoura@gmail.com.

[2]Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), tutora do programa de residência multiprofissional em saúde da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). Palmas, TO, Brasil. E-mail: ruth.bernardes@gmail.com.

ABSTRACT

Objective: to analyze the epidemiological profile of patients with type II Diabetes Mellitus in Primary Health Care in Palmas-TO, regarding adherence to self-care according to PAF and assessment protocol for diabetic feet. **Method:** field study, cross-sectional development, quantitative descriptive approach, with the sample consisting of 7 type II diabetics ≥ 18 years old, selected for convenience. **Results:** there were changes in the dermatological, circulatory, neurological and structural evaluations, with emphasis on 2 cases in which the tests of tactile sensitivity and Aquileu's reflex confirmed loss of protective sensitivity. There was favorable self-care in relation to drug therapy and ingestion of sweets, and the opposite for consumption of fruits and / or vegetables, followed by the dimensions of physical activity and foot care. **Conclusion:** thorough evaluation of diabetic feet and analysis of self-care is essential to prevent complications.

KEYWORDS: Diabetes mellitus. Self-care. Primary Health Care. Diabetic foot.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica metabólica, caracterizada pelo aumento de glicose no sangue, seja por defeitos na secreção e/ou ação da insulina.[1] Apresenta-se globalmente como problema de saúde pública por se tratar de uma epidemia, sendo estimado que 422 milhões de adultos viviam com diabetes em 2014, comparado a 108 milhões em 1980.[2]

No Brasil ao longo dos anos, o diabetes apresenta aumento da incidência, prevalência e comorbidades, ocupando a quarta posição em uma relação de dez países com maior número de pessoas com diabetes de 20 a 79 anos, sendo que em 2015 o mesmo apresentou valor respectivo a 14,3 milhões de diabéticos nesta faixa etária, com projeções de que em 2040 esse número corresponderá a 23,3 milhões.[3,4] Em relação à prevalência média, o Brasil aponta um percentual de 6,9% de diabéticos ≥ 18 anos.[5]

Dentre suas categorias etiopatogenéticas, destaca-se o DM tipo I, causado pela deficiência absoluta de secreção de insulina e o tipo II, mais prevalente correspondendo a cerca de 90 a 95% dos indivíduos com diabetes, tendo como causa a resistência à ação da insulina e uma inadequada resposta secretora de insulina compensatória.[1] O DM tipo II pode permanecer indetectável por vários anos, permitindo o desenvolvimento de suas complicações, devido a alguns fatores, dentre eles: o baixo desempenho dos sistemas de saúde, a pouca conscientização profissional e da população geral sobre o diabetes, bem como o início insidioso dos sintomas ou progressão dessa condição.[4]

As complicações do diabetes são classificadas em agudas, crônicas microvasculares e macrovasculares podendo ocasionar cegueira, insuficiência renal, ataques cardíacos, derrame e amputação de membros. Dentre elas, destaca-se o pé diabético como consequência da doença vascular periférica e/ou complicações neuropáticas, o que determina a presença de úlceras nos pés e até mesmo a amputação não traumática de membros inferiores.[6,7,8]

Diante desse cenário, torna-se imprescindível que os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) realizem periodicamente e de forma sistematizada a anamnese, o exame físico dos pés dos portadores de DM, em relação à avaliação músculo esquelética, vascular, neurológica e da pele. Ressalta-se ainda que a capacidade de autocuidado do usuário deve ser analisada, uma vez que a participação do mesmo na elaboração e efetivação do seu plano de cuidado é crucial na determinação do sucesso da terapêutica estabelecida.

O autocuidado compreende o desenvolvimento e manutenção da motivação para cuidar de si mesmo, como resultado de experiências cognitivas culturais e sociais, que visam manter a vida, saúde e bem-estar.[9] Sendo assim, com a adesão dos diabéticos as medidas de autocuidado e a assistência de qualidade dos profissionais da saúde, as complicações do DM podem ser prevenidas e reduzidas.[10]

Pesquisas científicas comprovam que a avaliação sistematizada e periódica dos pés de diabéticos, bem como as orientações de autocuidado com os mesmos não é realizada pelos profissionais da saúde de forma rotineira na assistência aos pacientes portadores de DM.[10,4] Vivências na APS corroboram com esses estudos, uma vez que em suma, as atividades limitam-se a renovação de receitas, solicitação de exames laboratoriais, orientações alimentares e de atividades físicas, bem como práticas pontuais de educação em saúde voltados para este público. Não somente, a medição da capacidade de autocuidado dos usuários torna-se um processo inexplorado. Desse modo, os diabéticos ficam susceptíveis a desenvolverem complicações físicas e psicológicas com impacto pessoal, familiar e social.

Sendo assim, o presente estudo propõe a análise do perfil epidemiológico dos portadores de DM tipo II da APS de Palmas-TO, quanto à aderência ao autocuidado segundo o Questionário de atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) e protocolo de avaliação para os pés de diabéticos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, com desenvolvimento transversal e abordagem quantitativa descritiva. A mesma foi iniciada durante a residência multiprofissional em saúde coletiva, tendo como intenção realizar análise inicial dos diabéticos a fim de subsidiar medidas de gestão e da APS. Desse modo, foram selecionados para compor a amostra 28 diabéticos portadores de DM tipo II ≥ 18 anos, assistidos pela equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde da Comunidade 406 Norte, localizado em Palmas-TO, sendo o método de amostragem não probabilístico, por conveniência.

A primeira etapa da coleta de dados foi efetuada no segundo semestre de 2019, sendo possível entrevistar e avaliar 7 diabéticos, os quais fizeram parte do presente estudo. A continuidade da coleta de dados estava prevista para o primeiro semestre de 2020, no entanto, devido a pandemia COVID-19 e suas respectivas medidas de distanciamento social, bem como o público alvo engradar-se no grupo de risco, tornou-se inviável o prosseguimento.

Os critérios de exclusão adotados, foram: gestantes; portadores de DM tipo I; portadores de hanseníase; portadores de DM tipo II impossibilitados de realizar as atividades de autocuidado, devido déficit visual, transtorno mental e/ou limitações físicas; bem como portadores de DM tipo II que recusaram participar da pesquisa.

As variáveis estudadas estão distribuídas de acordo com as etapas estabelecidas no protocolo de avaliação para os pés de diabéticos e as dimensões do QAD. Sendo assim, as variáveis do protocolo compreendem a identificação e dados sociodemográficos, estilo de vida, histórico do diabetes e doenças associadas, avaliação física, avaliação dermatológica, avaliação circulatória, avaliação neurológica e avaliação estrutural.[11]

Ressalta-se que ao realizar a avaliação neurológica, a definição de perda da sensibilidade protetora plantar foi baseada na resposta anormal ao teste de sensibilidade tátil, concomitante a um segundo teste alterado, sendo selecionado o teste de Aquileu. As regiões pesquisadas no teste com monofilamento de 10g foram: 1° pododáctilo, 3° pododáctilo, 5° pododáctilo, cabeça do 1° pododáctilo, cabeça do 3° pododáctilo, cabeça do 5° pododáctilo. Para o teste do reflexo Aquileu foi utilizado

martelo neurológico, sendo classificadas quatro possibilidades, são elas: arreflexia, hiporreflexia, reflexo normal e hiper-reflexia.

Em relação à capacidade de autocuidado foi utilizado o QAD, instrumento confiável que teve sua versão original traduzida e adaptada para a cultura brasileira. O mesmo contém dimensões, sendo elas: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés e medicação, além disso possui 3 itens que abordam questões sobre o tabagismo, que são considerados separadamente por apresentar codificação distinta.[12]

Os itens das dimensões supracitadas são parametrizados em dias por semana, ou seja, de 0 a 7 dias, sendo que 0 representa a situação menos desejável e 7 a mais favorável. No entanto, no que se refere aos itens da dimensão alimentação específica sobre o consumo de alimentos ricos em gordura e doces, os valores foram invertidos (se 7=0, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6, 0=7 e vice-versa) conforme recomendação em sua revisão. Os dados sobre tabagismo, foram codificados considerando-se a proporção de fumantes, a média de cigarros consumidos e a última vez em que fumou.[13,12]

Destaca-se que para o presente estudo, foi considerado autocuidado desejável aquele em que a média obtida foi superior a 4. Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica *Microsoft Excel* versão 2016, sendo expressos em frequências absolutas, média ponderada e desvio padrão.

O projeto de pesquisa foi submetido à comissão de ética da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). Após aprovação da FESP o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) CEULP/ULBRA, sendo aprovado sob o parecer Nº 3.215.398, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.[14]

RESULTADOS

Dos 7 diabéticos entrevistados e examinados, houve predominância do sexo feminino (5), a faixa etária variou de 59 a 91 anos, sendo que a maioria (5) tinha entre 71 e 77 anos. No que se refere ao estado civil, 1 era solteira, 2 casados, 2 divorciados e 2 viúvos. Em relação a ocupação, 6 aposentados e 1 chefe de departamento. No quesito escolaridade, 1 diabética não recordava até que ano havia estudado, mas afirmou ser

alfabetizada, os demais apresentaram a seguinte distribuição: 2 tinham 1 ano de estudo, 2 possuíam 4 anos, e 2 afirmaram ter 11 anos de estudo.

Quando questionados sobre o estilo de vida, os 7 afirmaram não ser tabagistas, 6 alegaram não consumir bebida alcoólica e 1 consumia de 1 a 2 vezes por semana. No que se refere a atividade física, 5 não efetuavam nenhuma atividade e 2 faziam caminhada, sendo que 1 fazia todos os dias e o outro 3 vezes na semana. No item histórico do diabetes, 2 afirmaram não apresentar histórico e 5 afirmaram apresentar história de DM e hipertensão entre os familiares, vale ressaltar que o câncer também foi citado em 2 casos, e 1 diabético alegou histórico familiar de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e doença renal.

O tempo de diagnóstico apresentou variações, sendo que o paciente de 91 anos não recordava a quantidade de anos, e os outros afirmaram ter 3, 10, 16, 17, 20 e 32 anos. O tipo de tratamento incluiu exclusivamente insulina em 3 casos, 1 pessoa hipoglicemiante oral associado a insulina, e os demais (3) apenas hipoglicemiante oral. Entre as doenças associadas encontradas estavam: a hipertensão arterial (5), gastrite (1), osteoartrite (1), catarata (1), hérnia de disco (1). Na etapa avaliação física, 5 apresentaram sobrepeso, e 2 obesidades grau I.

Na avaliação dermatológica, 1 diabética apresentava úlcera no dorso do pé direito; 4 indivíduos rachaduras, todos pele ressecada/descamativa, 3 calosidades, 5 unhas espessa/farinácea/onicomicose, 3 micoses interdigitais, 5 cortes das unhas impróprios. Queimaduras, bolhas e unha encravada não foram identificados nas pessoas avaliadas. Na avaliação estrutural, 4 diabéticos apresentaram presença de deformidades (joanetes); em relação ao tipo de pé, em 3 casos observou-se o pé plano, e na impressão plantar evidenciou-se que 4 pessoas possuíam áreas de pressão excessiva. Na avaliação circulatória, 5 apresentaram diminuições dos pêlos e nenhum claudicação intermitente, palidez à elevação da perna e pele fria/reluzente. Quanto a dor ao repouso apenas dois pacientes relataram sentir, e nenhum dor durante a noite.

Quanto a avaliação neurológica, ao realizar a sensibilidade tátil com o monofilamento de 10g verificou-se que 4 diabéticos apresentaram ausência de sensação de pressão em um ou mais dos pontos avaliados; destes 1 indivíduo apresentou ausência de sensibilidade em 1 região; 2 em 6 regiões, e 1 em 11 regiões (paciente afirmou já ter perdido o sapato). Ao realizar o teste de Aquileu, constatou-se

arreflexia em 2 dessas 4 pessoas, evidenciando assim perda da sensibilidade protetora. De forma inversa, verificou-se reflexo adequado nos demais indivíduos (3) que apresentaram sensibilidade tátil preservada.

No que se refere a avaliação da capacidade de autocuidado, verificou-se que nos pacientes entrevistados o menor valor de aderência foi encontrado para o item "Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais", onde todos afirmaram não ter consumido nenhum dia da semana (escore zero), seguido dos itens constantes na dimensão atividade física e cuidados com os pés (especificamente os itens "examinar os pés" e "examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los"). A dimensão que obteve maior média (autocuidado desejável) foi "uso da medicação", onde todos seus itens apresentaram escore respectivo a 7. Ressalta-se que o item ingerir doces também apresentou um excelente autocuidado (0=7). Os dados estão expressos na tabela abaixo.

Tabela 1 - Avaliação dos itens do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Palmas, TO, Brasil, 2019.

Itens do QAD	**Aderência Média (Desvio Padrão)**
1. Alimentação Geral	
1.1 Seguir uma dieta saudável	4,71 (3,30)
1.2 Seguir a orientação alimentar dada por um profissional	4 (3,74)
2. Alimentação Específica	
2.1 Ingerir cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais	0 (0)
2.2. Ingerir carne vermelha e/ou derivados de leite integral	3,14 (3,62)
2.3. Ingerir doces	0 (0)
3. Atividade Física	
3.1 Realizar atividade física por, no mínimo, 30 minutos	0,86 (2,27)
3.2 Realizar exercício físico específico (nadar, caminhar e outros)	0,86 (2,27)
4. Monitorização da Glicemia	
4.1. Avaliar o açúcar no sangue	4,57 (3,15)
4.2. Avaliar o açúcar no sangue o número de vezes recomendado	4,14 (3,96)
5. Cuidado com os pés	
5.1. Examinar os pés	1(2,64)
5.2. Examinar o interior dos sapatos antes de calçá-los	1,14 (2,61)
5.3. Secar os espaços interdigitais dos pés, depois de lavá-los	6 (2,65)
6. Uso da medicação	
6.1 Tomar os medicamentos como recomendado	7 (0)
6.2. Tomar injeções de insulina, conforme recomendado	7 (0)
6.3. Tomar o número indicado de comprimidos para diabetes	7 (0)

Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação ao tabagismo, todos os entrevistados referiram não ter fumado um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos sete dias. 3 diabéticos afirmaram nunca ter fumado na vida, e 4 relataram possuir 20, 22, 23 e 31 anos sem fumar respectivamente.

DISCUSSÃO

No presente estudo, os diabéticos atendidos na APS apresentaram alterações e resultados desfavoráveis nas avaliações dos pés e em práticas específicas de autocuidado respectivamente. Destaca-se que a APS constitui porta de entrada no acompanhamento dos usuários, a qual deve possuir equipe capacitada no desenvolvimento de cuidados clínicos e práticas educativas direcionadas a prevenção de agravos do DM[3].

As complicações do DM podem ser prevenidas com o diagnóstico precoce das alterações, tratamento e cuidado com os pés.[11] No entanto, ressalta-se que a ausência de vigilância dos pés dos diabéticos ainda é um problema presente, prejudicando a intervenção em tempo oportuno. [15] Desse modo, torna-se primordial que os protocolos de assistência a este público sejam aplicados na rotina de atendimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de identificar achados que possam predispor a formação de úlceras, infecções, e ocasionar amputações, dentre outros.

Os dados de identificação do público desta pesquisa evidenciaram predominância do sexo feminino, o que corrobora com demais estudos. [16,17,18,19] Infere-se que tal resultado pode estar associado a uma maior preocupação das mulheres com o autocuidado, com consequente aumento da procura aos serviços de saúde.[19,20] Em relação a faixa etária, a média de idade foi de 74,2 anos ou seja, população idosa, assim como constatado em estudos realizados com diabéticos avaliados na Associação dos Diabéticos de Bauru e Centro integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH) no estado do Ceará.[18,20] Ressalta-se que a intolerância à glicose aumentada é um dos fatores que contribuem para a prevalência do diabetes em idosos[20].

Quanto ao estado civil, 5 diabéticos não possuíam companheiro, por serem solteiro, divorciados ou viúvos, tal situação configura-se como fator social de risco, dificultando o autocuidado em casos de limitação física, cognitiva ou sensorial, bem

como idade avançada.[22] Este resultado diverge do estudo realizado na ESF do município da Região Centro-Oeste de Minas Gerais, pois 69,4% dos diabéticos viviam com companheiro.[27] Em relação à ocupação a maioria (6) não possui trabalho remunerado, sendo aposentados; no que se refere aos anos de estudo, prevaleceu o baixo nível de escolaridade, uma vez que 4 diabéticos apresentaram menos de 5 anos de estudo, o que equivale ao ensino fundamental incompleto, tais informações convergem com dados encontrados na literatura.[19,21,22] A baixa escolaridade constitui-se fator de risco para o desenvolvimento de complicações, por estar relacionada com a dificuldade do diabético em apropriar-se do conhecimento, importância do controle e cuidados preventivos relacionados a doença.[21]

No quesito estilo de vida, verificou-se resultado satisfatório em relação ao consumo de tabaco, uma vez que todos os diabéticos declararam-se não tabagistas. No entanto, destaca-se que dos 7 entrevistados, 4 eram ex-tabagistas, apresentando períodos ≥ a 20 anos sem fumar. Já em um estudo realizado no Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do Hospital Universitário localizado em Florianópolis, a minoria, mas ainda assim considerável dos diabéticos afirmaram ser tabagistas, mesmo sendo conscientes que o cigarro é um importante agravante das complicações do diabetes.[23]

No que se refere ao etilismo, um diabético declarou consumir bebida alcoólica de 1 a 2 vezes por semana. Pesquisa realizada com 37 pessoas com diabetes de duas Unidades Básicas de Ribeirão Preto – SP concluiu que o consumo de álcool entre os participantes foi de baixo risco antes e depois de um processo educativo, com redução na frequência e doses do consumo de álcool após a intervenção educativa. Sugere-se que ingestão excessiva de álcool e por longos períodos de jejum aumenta a obesidade, induz a pancreatite, gera alterações no metabolismo de carboidratos e glicose ocasionando períodos de hipoglicemia.[24]

A prática de atividade física produz importantes benefícios no tratamento do diabetes, dentre eles: controle da glicemia, perda de peso, diminuição dos riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, melhora no padrão do sono, estimulo ao convívio social.[25] Sua prescrição deve ser individual e estabelecida de acordo com a idade, duração do diabetes, controle metabólico, bem como presença de complicações específicas do DM, e etc. No presente estudo, a maioria dos diabéticos (5) não

efetuavam nenhuma atividade física; pesquisa realizada na ESF de Ribeirão Preto – SP em aposentados com diabetes tipo II constatou que dos 43 participantes avaliados, 18 referiram praticar atividade física, sendo que a maioria a efetuava sem orientação ou supervisão, sendo predominante a realização de caminhadas. [25]

O histórico familiar configura-se como uma variável que apresenta razão de prevalência significativa para o alto risco de desenvolvimento do DM.[26] Neste estudo prevaleceu o diabetes e a hipertensão entre os familiares. O tempo de diagnóstico de diabetes entre os participantes da pesquisa, apresentou média de 16,3 anos. Ressalta-se que quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a incidência e prevalência das complicações do diabetes, sendo necessário preveni-las precocemente.[35] Neste projeto, os dois pacientes que apresentaram perda da sensibilidade protetora (pé neuropático), possuíam 17 e 20 anos de diagnóstico de diabetes.

Entre as comorbidades associadas, a hipertensão foi predominante, sendo que dos 7 entrevistados 5 possuíam diagnóstico das duas condições (DM e HAS). Estudos indicam que estas estão comumente associadas, sendo que a prevalência da HAS nos diabéticos é o dobro, comparado com os não diabéticos. Destaca-se que a prevalência do DM e HAS cresce conforme aumenta a faixa etária, sendo ambas relevantes causas de morbimortalidade.[28] Em um estudo que objetivou classificar o grau de risco para ulcerações e seus principais fatores preditivos em diabéticos, também identificou a HAS como uma das principais doenças associados ao DM.[30]

Ao efetuar o cálculo do IMC entre os participantes desta pesquisa, verificou-se sobrepeso (5) e obesidade grau I (2). Ambos são preditores de morbimortalidade na população geral e diabética; estudo realizado em 10 cidades brasileiras indica que o percentual de usuários com DM2 que apresentam sobrepeso e obesidade no Brasil é semelhante ao relatado em estudos europeus, e menor do que observado nos EUA. [29] O mesmo estudo observou que os diabéticos em tratamento com associação de duas ou mais drogas orais e associação de insulina e droga oral apresentaram maior IMC do que os pacientes em tratamento com dieta, hipoglicemiante oral e insulina.[29] Está conclusão não foi constatada entre os participantes deste estudo.

Alterações na integridade cutânea foram detectadas entre os diabéticos do estudo, com predomínio dos seguintes fatores de risco preditivos para ulcerações nos pés: rachaduras, pele ressecada/descamativa, unhas espessa/farinácea/onicomicose e

cortes das unhas impróprios. Não somente, na avaliação estrutural constatou-se presença de deformidades na maioria dos diabéticos (joanetes), diminuição do arco plantar e áreas de pressão excessiva. Tais resultados, apresentam semelhanças com estudo realizado em um ambulatório municipal de São Paulo, que identificou que 84% dos 50 diabéticos avaliados apresentavam pele ressacada, e 22% deformidades motoras. Enfatiza-se que os achados supracitados, em suma favorecem o aparecimento de fissuras, o que facilita a instalação de episódios infecciosos, que consequentemente podem ocasionar amputações.[30] Em relação ao corte das unhas, estudo realizado em unidades básicas do município de Florianópolis – SC, evidenciou que 60% dos diabéticos entrevistados apresentavam formato do corte das unhas arredondada,[31] o que converge com o identificado no presente estudo uma vez que a maioria dos diabéticos apresentaram corte das unhas impróprios.

Para se obter dados referentes a situação vascular foram investigados sintomas relatados pelos diabéticos, bem como achados no exame físico. Dentre as alterações identificou-se diminuição da pilosidade e dor ao repouso. Destaca-se que a percepção de dor pode estar relacionada a complicações do diabetes, uma vez que quadros de claudicação intermitente, dor noturna e dor ao repouso podem apresentar-se em decorrência da neurite isquêmica. [32] Pesquisa realizada em Londrina – PR constatou variáveis relacionadas a Doença Arterial Periférica, onde 49,5% dos diabéticos avaliados apresentavam pilificação diminuída e 29,1% dor em repouso nos membros inferiores.[33]

A neuropatia diabética configura-se como uma das complicações mais prevalentes do DM, sendo uma das suas principais manifestações a diminuição ou perda da sensibilidade protetora plantar que se não diagnosticada em tempo oportuno pode ocasionar lesões e evoluir para amputações.[19] Ao realizar a avaliação neurológica nos diabéticos do presente estudo, verificou-se que 2 deles evidenciaram perda da sensibilidade protetora. Pesquisa realizada em Campina Grande – PB, com 30 pessoas portadoras de DM tipo II constatou alta prevalência da perda da sensibilidade protetora plantar em diabéticos, uma vez que a mesma apresentou percentual corresponde a 53,3%.[19]

Em relação a aderência ao autocuidado, observou-se autocuidado desejável relacionado a terapia medicamentosa e ingestão de doces, e o contrário para ingestão de frutas e/ou vegetais, atividade física e cuidados com os pés (2 itens). Destaca-se que

a dieta muitas vezes é orientada sobre o que não se pode consumir, com a valorização do que é permitido sem considerar o contexto socioeconômico do indivíduo. Quando interrogados sobre atividade física, 3 diabéticos afirmaram apresentar limitações (dor) para a prática, exigindo assim atividades específicas e orientadas que levem em consideração o manejo da dor. Estudo realizado na região sudeste do Brasil, com 35 diabéticos revelou pontuação maior para o autocuidado relacionado a terapia medicamentosa e menor para às atividades físicas.[34] No quesito cuidados com os pés, enfatiza-se a importância de se fornecer orientações aos diabéticos, pois medidas simples (examinar os pés, examinar o interior dos sapatos, secar espaços interdigitais e etc.) podem prevenir riscos.

Ressalta-se que todas as dimensões de autocuidado são imprescindíveis no controle do diabetes, bem como na prevenção de suas respectivas complicações, desse modo a verificação da aderência a cada item é essencial no atendimento individual, tendo-se em vista o direcionamento e aplicação das práticas de educação em saúde a serem prestadas pelos profissionais da APS, com foco no perfil epidemiológico de cada usuário.

CONCLUSÃO

Os dados apontam significativas alterações nas avaliações dermatológica, circulatória, neurológica e estrutural realizadas nos diabéticos, com ênfase para a perda da sensibilidade protetora em dois casos. Sendo assim, a presente pesquisa comprova que é imprescindível que os profissionais da APS descalcem e de fato peguem nos pés dos portadores de DM para efetuarem o exame físico, com o intuito de identificar sinais e sintomas que evidenciem e previnam possíveis complicações, tais como o pé diabético e amputações respectivamente.

Além do olhar atento do profissional de saúde, é preciso escuta qualificada e anamnese dirigida com a utilização de instrumentos validados e confiáveis como os do estudo, a fim de identificar a capacidade de autocuidado do paciente e seus fatores determinantes, uma vez que está é preponderante na prevenção dos riscos aos quais os diabéticos estão susceptíveis. Ressalta-se que quanto maior a capacidade de autocuidado do indivíduo, menores serão as necessidades de intervenções profissionais,

permitindo assim equidade nos atendimentos e equilíbrio entre a relação autocuidado/atenção profissional.

Há uma desejável aderência dos diabéticos em relação ao uso dos medicamentos, no entanto em relação a atividade física e cuidados com os pés observou-se autocuidado desfavorável (escores próximos de zero). Desse modo, salienta-se a relevância de se promover atividades de educação em saúde contínuas voltadas a esses achados, levando-se em consideração o contexto social, econômico e instrucional dos indivíduos, com o intuito de sensibilizar este público para as práticas de autocuidado que contribuam para uma efetiva qualidade de vida.

Diante do exposto, pretende-se que estes resultados subsidiem pesquisas amplas e proporcione reflexões aos profissionais e gestores que integram a rede da APS sobre as intervenções de baixa complexidade que são primordiais para a prevenção das complicações do DM. As ações assistenciais aos diabéticos devem contemplar a identificação precoce de alterações, com o estabelecimento de planos de cuidados direcionados, individualizado e definidos de forma particularizada com os indivíduos. O estudo apresentou limitações no tamanho da amostra, mas os resultados apresentados demonstram a magnitude e relevância da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1.American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2014 Jan; 37 Suppl 1:S81-90.

2. World Health Organization. Global report on diabetes. 1. Diabetes Mellitus – epidemiology. 2. Diabetes Mellitus – prevention and control. 3. Diabetes, Gestational. 4. Chronic Disease. 5. Public Health. I. World Health Organization, 2016.

3. Petermann XB, Machado IS, Pimentel BN, Miolo SB, Martins LR, Fedosse E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. Saúde (Santa Maria). 2015;41(1):49–56.

4. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018/Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: **Clannad**; 2017.

5. Brasil. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.

6.Klafke A, Duncan BB, Rosa R dos S, Moura L de, Malta DC, Schmidt MI. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2014;23:455–62.

7. Tschiedel B, others. Complicações crônicas do diabetes. Jornal Brasileiro de Medicina. 2014;102(5):1–10.

8. Cubas MR, Santos OM dos, Retzlaff EMA, Telma HLC, Andrade IPS de, Moser AD, et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioterapia em movimento. 2013;26(3):647–55.

9.Tanqueiro MT de OS. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. 2013;(9):151–60.

10. Rezende Neta DS, Silva ARV da, Silva GRF da. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. Revista Brasileira de Enfermagem. 2015;68(1):111–6.

11. Mendonça S de S, Morais J de S, Moura MCGG de. Proposta de um protocolo de avaliação fisioterapêutica para os pés de diabéticos. Fisioterapia em Movimento. 2011;24(2):285–98.

12. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2010;54(7):644–51.

13. Curcio R, Lima MHM, Alexandre NMC. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011;13(2):331–7.

14.BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. De dezembro de 2012.

15. Silva CAM da, Pereira D de S, Almeida DS da C, Venâncio MIL. Pé diabético e avaliação do risco de ulceração. Revista de Enfermagem Referência. 2014;(1):153–61.

16. Audi EG, Moreira RC, Moreira ACMG, Pinheiro E de FC, de Fátima Mantovani M, de Araújo AG. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. Cogitare Enfermagem. 2011;16(2).

17. Barros M de FA, Mendes JC, Nascimento JA do, Carvalho AGC de. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. Fisioterapia em Movimento. 2012;25(4):747–57.

18. Barrile SR, Ribeiro AA, Costa APR da, Viana AA, De Conti MHS, Martinelli B. Comprometimento sensório-motor dos membros inferiores em diabéticos do tipo 2. Fisioterapia em Movimento. 2013;26(3):537–48.

19. Ramos TTO, dos Santos MCQ, Lins BS, de Melo ÉCA, dos Santos SMP, Noronha JAF. Avaliação da perda da sensibilidade protetora plantar como diagnóstico precoce da neuropatia diabética. Brazilian Journal of Development. 2020;6(5):27500–14.

20. Neto MO, da Silva Pereira M, Pinto MAH, Agostinho LM, Júnior FER, Hissa MN. Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés

em um centro de referência em diabetes mellitus. Journal of Health & Biological Sciences. 2017;5(3):265–71.

21. Boell JEW, Ribeiro RM, da Silva DMGV. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2014;16(2):386–93.

22. Martin I dos S, Beraldo AA, Passeri SM, Freitas MCF de, Pace AE. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. Acta Paulista de Enfermagem. 2012;25(2):218–24.

23. dos Santos H de C, Ronsoni MF, da Silveira Colombo B, da Silva Schreiber C, Oliveira AH, Coral MHC, et al. Escores de neuropatia periférica em diabéticos. Rev Soc Bras Clin Med. 2015;13(1):40–5.

24. Olivatto GM, Veras VS, Zanetti GG, Zanetti ACG, Ruiz FGR, Teixeira CRDS. Consumo de álcool e os resultados no controle metabólico em indivíduos com diabetes, antes e após a participação em um processo educativo. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português). 2014;10(1):3–10.

25. Silva LMC da, Palha PF, Barbosa GR, Protti ST, Ramos A da S. Aposentados com diabetes tipo 2 na saúde da família em Ribeirão Preto, São Paulo-Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2010;44(2):462–8.

26. Araújo L de O, Silva ES, Mariano J de O, Moreira RC, Prezotto KH, Fernandes CAM, et al. Risco para desenvolvimento do diabetes mellitus em usuários da atenção primária a saúde: um estudo transversal. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015;36(4):77–83.

27. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres H de C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Acta Paulista de Enfermagem. 2015;28(3):250–5.

28. FREITAS LRS de; GARCIA LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012; 21 (1): 07-19.

29. Gomes M de B, Giannella Neto D, Mendonça E de, Tambascia MA, Fonseca RM, Réa RR, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2006;50(1):136–44.

30. Saraiva Lucoveis M do L, Antar Gamba M, Boccara de Paula MA, da Silva Morita ABP. Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018;71(6).

31. Boell JEW, Ribeiro RM, da Silva DMGV. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2014;16(2):386–93.

32. Nogueira LGF, Nóbrega MML da. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015;49(1):54–60.

33. Karino ME, Pace AE. Risco para complicações em pés de trabalhadores portadores de diabetes mellitus. Ciência, Cuidado e Saúde. 2012;11:183–90.

34. Gomides D dos S, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. Acta Paulista de Enfermagem. 2013;26(3):289–93.

35. da Silveira Medeiros LS. Importância do controle glicêmico como forma de prevenir complicações crônicas do diabetes mellitus. RBAC. 2016;48(3):262-7

Nome da revista científica escolhida: revista de APS – Atenção Primária à Saúde

Link para acesso das normas de publicação da revista:
https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/about/submissions

GRUPO DE APOIO E TRATAMENTO AO TABAGISTA: PERFIL DOS USUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

SMOKING SUPPORT AND TREATMENT GROUP: PROFILE OF USERS AND THEIR RELATIONSHIP TO NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES IN THE CITY OF PALMAS -TO

GRUPO DE APOYO Y TRATAMIENTO PARA FUMADORES: PERFIL DE LOS USUARIOS Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA CIUDAD DE PALMAS -TO

Maisa Damaso Barbosa*[1], Silvely Tiemi Kojo Sousa[2], Andreza Domingos da Silva[3].

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

[1] Residente, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, Brasil.

[2] Secretaria Municipal de Saúde, Analista em Saúde, Palmas, Brasil.

[3] Secretaria Municipal de Saúde, Analista em Saúde, Palmas, Brasil.

*Correspondência: Laboratório de Ciências, Instituto de Ensino Superior, Av. NS 15, 109 Norte, Palmas, Tocantins, Brasil. CEP:77.010-090. e-mail artigo@artigo.com. (A identificação dos autores deverá ser incluída apenas na versão final caso o artigo seja aceito para publicação).

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

O estudo avaliou o perfil de fumantes que participaram do Grupo de Apoio e Tratamento ao Tabagista (GATT) em dois Centros de Saúde da Comunidade (CSC), no município de Palmas – TO, em 2018. Foi observado também relação do uso do cigarro com o as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Foram analisados 66 prontuários e as planilhas de monitoramento dos tabagistas por grupo, considerando informações sociodemográficas e do uso do cigarro. A população, em sua maioria, foi composta por mulheres (63,6%) e participantes na faixa etária de 30 a 59 anos. Informações a respeito do estado civil, escolaridade e ocupação encontravam-se na maioria, em branco. Do total, 80% começaram a fumar na adolescência, entre 10 e 20 anos. O consumo diário se estabeleceu na faixa de 11 a 20 cigarros/dia (42,2%). A prevalência das DCNT foi: hipertensão (29%), diabetes (12%), problemas cardíacos (9%), problemas respiratórios (7,5%) e neoplasias (4,5%). O resultado do teste de Fagerstrom revelou que 56% encontravam-se no grau elevado ou muito elevado de dependência e 100% dos usuários utilizaram medicamento. Ressalta-se a importância de conhecer as características dessa população, objetivando estabelecer estratégias mais efetivas para o auxilio da cessação do tabagismo e controle das DCNT.

Palavras-chave: Tabagismo; Doença Crônica; Tratamento.

ABSTRACT

The study evaluated the profile of smokers who participated in the Tobacco Support and Treatment Group (GATT) in two Community Health Centers (CSC), in the city of Palmas - TO, in 2018. It was also observed a relationship between the use of cigarettes and o Chronic Noncommunicable Diseases (CNCD). 66 medical records and

spreadsheets for monitoring smokers by group were analyzed, considering sociodemographic and cigarette use information. The majority of the population was composed of women (63.6%) and participants in the age group between 30 and 59 years old. Information regarding marital status, education and occupation were mostly blank. Of the total, 80% started smoking in their teens, between 10 and 20 years old. Daily consumption was established in the range of 11 to 20 cigarettes / day (42.2%). The prevalence of NCDs was: hypertension (29%), diabetes (12%), heart problems (9%), respiratory problems (7.5%) and neoplasms (4.5%). The result of the Fagerstrom test revealed that 56% were in a high or very high degree of dependence and 100% of users used medication. The importance of knowing the characteristics of this population is emphasized, aiming to establish more effective strategies to help smoking cessation and control NCDs.
Keywords: Smoking; Chronic Disease; Treatment.

RESUMEN

El estudio evaluó el perfil de los fumadores que participaron en el Grupo de Apoyo y Tratamiento del Tabaco (GATT) en dos Centros de Salud Comunitarios (CSC), en la ciudad de Palmas - TO, en 2018. También se observó una relación entre el uso de cigarrillos y o Enfermedades crónicas no transmisibles (CNCD). Se analizaron 66 registros médicos y hojas de cálculo para monitorear a los fumadores por grupo, considerando la información sociodemográfica y del consumo de cigarrillos. La mayoría de la población estaba compuesta por mujeres (63,6%) y participantes en el grupo de edad entre 30 y 59 años. La información sobre el estado civil, la educación y la ocupación estaban en blanco. Del total, el 80% comenzó a fumar en la adolescencia, entre los 10 y los 20 años. El consumo diario se estableció en el rango de 11 a 20 cigarrillos / día (42.2%). La prevalencia de ENT fue: hipertensión (29%), diabetes (12%), problemas cardíacos (9%), problemas respiratorios (7,5%) y neoplasias (4,5%). El resultado de la prueba de Fagerstrom reveló que el 56% tenían un alto o muy alto grado de dependencia y el 100% de los usuarios usaban medicamentos. Se enfatiza la importancia de conocer las características de esta población, con el objetivo de establecer estrategias más efectivas para ayudar a dejar de fumar y controlar las ENT.
Descriptores: Fumar; Enfermedad crónica; Tratamiento.

INTRODUÇÃO

A história do tabaco inicia-se no século X a.C, e por volta do século XVI, seu consumo passa a ser disseminado em toda a Europa, sendo consumido de inúmeras formas: rapé, fumo mascado, charuto e finalmente no século XX, como cigarro. O Tabaco é uma planta (*Nicotiana tabacum)*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina, o seu princípio ativo. (ROSEMBERG, 2002 in CAMPOS; LESSA, 2011).

Diante da enorme repercussão e disseminação do uso de cigarros ao longo de tantos anos, o tabaco foi visto como um produto relacionado ao status social e a uma imagem de independência. Desta maneira, o hábito de fumar se tornava um passaporte para uma maior interação e aceitação social (BRASIL, 2015).

Até a metade do século passado, havia poucos alertas a respeito dos malefícios do consumo de cigarros. Com o aumento do consumo e a realização de pesquisas científicas sobre o fumo e seus derivados, inúmeras informações acerca dos prejuízos acarretados na saúde humana e os fatores de risco associados ao seu consumo, começaram a ser disseminadas na mídia.

Atualmente, apesar das pesquisas comprovarem a existência de cerca de 4.700 substâncias tóxicas presentes no cigarro e dos seus malefícios para a saúde, ainda existem uma prevalência significativa de fumantes no Brasil e no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existe uma prevalência de cerca de 1 bilhão de fumantes em todo mundo (CAVALCATE, 2005; INCA, 2012).

Atualmente com o avanço das inovações tecnológicas, as maneiras de fumar também se modificaram, principalmente entre os mais jovens os cigarros eletrônicos E os narguilés vem aumentando

significativamente seu consumo, tais dispositivos apresentam o mesmo ou até maior risco a saúde das pessoas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o uso no narguilé se tornou um grande problema de saúde pública, pois os usuários acreditam que a fumaça que esse equipamento emite seja menos prejudicial do que a de outros tipos de fumo, pelo fato de usar a água como "filtro". O Ministério da Saúde apresenta que dos anos de 2008 a 2013 o uso do narguilé mais que dobrou na faixa etária de 18 a 24 anos (BRASIL, 2019).

De acordo com a definição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o tabagismo é caracterizado como sendo um grupo de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, sendo ainda considerada uma epidemia que causa dependência física, mental e psicológica semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas (CID - 10, 1997).

Reconhecido como um dos maiores fatores de risco preveníveis para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e causador do maior número de mortes prematuras e evitáveis em todo o mundo, o tabagismo é tratado como uma doença crônica e deve ser prevenido com tal importância (IGLESIAS *et.al*., 2007). As doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de mortalidade em todo o mundo (71%), sendo focalizada em quatro principais grupos de doenças: Diabetes, Neoplasias, Doenças Cardiovasculares e Respiratórias Crônicas (BRASIL, 2011). Segundo a pesquisa VIGITEL (2018), as DCNT são responsáveis por 74% dos óbitos, com maior destaque para as cardiovasculares no Brasil.

Para o enfrentamento das DCNT, o Ministério da Saúde lançou as estratégias do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (2011-2022), quando foram pactuadas metas para redução em 2% ao ano na taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) para as DCNT (BRASIL, 2011), acordo este, que impacta diretamente no fomento das ações de prevenção e controle do uso do cigarro.

No que diz respeito ao tabagismo, surgiram grandes avanços com o primeiro tratado internacional, conhecido como Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), realizada nos anos de 1999 e 2003, quando a problemática do tabagismo começa a ser tratada como uma epidemia mundial (CAVALCANTE, 2005).

Em 2004, foram criadas legislações que possibilitaram o acesso de usuário fumante aos serviços públicos de saúde, a Portaria nº 1.035/04, que amplia o acesso do tabagista à atenção básica e a Portaria nº 422/04, que aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo, tornando possível tratamento do tabagista no Sistema Único de Saúde (SUS).

Todo o reconhecimento em torno das mobilizações e ações de promoção da saúde pactuadas sobre o controle do fumo contribuíram para oficializar a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no ano de 1980. O Programa, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em parceira com o SUS, trabalha de maneira descentralizada, assim como toda a rede pública de saúde, sendo implantada dentro dos municípios como maior intervenção no auxílio da cessação do cigarro (JAQUES, 2010).

Os objetivos do PNCT são: a redução da prevalência de fumante, da aceitação social do tabaco e da exposição à poluição tabagística; aumento da cessação do uso e consequentemente a diminuição das morbimortalidades relacionadas ao cigarro.

Na década de 1990, o Brasil apresentava um percentual de 46% de adultos fumantes. No ano de 2013, com a realização da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) esse dado apresentou uma queda

significativa, resultando em 14,7% de fumantes no país. Dados recentes apresentados pelo VIGITEL (2018) apontam o percentual de fumantes no Brasil é de 9,3%, sendo 12,1% entre homens e 6,9% entre mulheres.

Considerando o panorama da rede municipal de Palmas, em 2002 foi implantado o primeiro tratamento para tabagista em Palmas, denominado Ambulatório de Abordagem e Tratamento ao Fumante, com apenas uma unidade de saúde com oferta de tratamento, sendo esta fomentada pelas políticas de controle do cigarro dentro da rede de atenção a saúde de Palmas. Este grupo faz parte de um projeto de promoção e prevenção da saúde muito exitosa que foi sendo ampliado e descentralizado em 2015, contando atualmente com quatro grupos em funcionamento, abrangendo a região norte, central e sul da capital.

O município de Palmas possui um dos menores percentuais de adultos fumantes do país, quando comparado ao restante das capitais, como Porto Alegre (14,4%) e São Paulo (12,5%). Segundo o Vigitel (2018), o município apresenta uma frequência de adultos fumantes de 6,5%, sendo de 9,1% em homens e 4,1% em mulheres. Apesar disso, quando se faz referência ao uso do cigarro e suas consequências, qualquer prevalência de fumantes pode ser suficiente para um aumento significativo de doenças crônicas dentro da população tabagista.

Desta maneira, o trabalho tem como objetivo analisar o perfil dos participantes de dois Grupos de Apoio e Tratamento ao Tabagista (GATT) no município de Palmas - TO no ano de 2018, podendo assim contribuir para o melhor desenvolvimento de ações, identificando maiores possibilidades de atuação e combate ao fumo, bem como a disseminação de informações acerca dos fatores de risco e proteção para as DCNT.

O estudo teve como fundamento as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atendendo aos fundamentos éticos e científicos exigidos. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, aprovado número de apreciação 111994419.8.0000.9187, em 08 de maio de 2019.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo descritivo é de natureza básica e retrospectiva, realizado por meio da abordagem quantitativa, que por sua vez se caracteriza como um método de quantificar as informações, por meio da medição das diversas variáveis (TURATO, 2005).

Para coleta de dados, utilizou-se dos procedimentos técnicos da pesquisa documental, a partir da análise de prontuários, para averiguar a relação de doenças crônicas associadas ao uso do cigarro e das planilhas quadrimestrais de informações pertinentes ao acompanhamento do grupo.

A população analisada foi composta por usuários tabagistas de dois territórios de saúde de Palmas, sendo o Centro de Saúde da Comunidade (CSC) 207 Sul (região sul), com 31 prontuários e o CSC 603 Norte (região norte), com 35 prontuários. Foram considerados os usuários de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que participaram de no mínimo três sessões estruturadas do GATT dos seus respectivos CSC.

Foram avaliados 66 prontuários dos usuários do CSC que tiveram GATT em funcionamento no ano de 2018. Os dados da pesquisa foram consolidados referentes ao primeiro quadrimestre (Janeiro – Abril), segundo quadrimestre (Maio – Agosto) e terceiro e último quadrimestre (Setembro a Dezembro) do mesmo ano.

As variáveis utilizadas foram retiradas dos prontuários e fichas de avaliação inicial do usuário fumante: sociodemográficas, o uso de medicação, história patológica pregressa e teste de Fagerström.

O teste Fagerström mede de maneira quantitativa, o grau de dependência a nicotina por meio de cinco perguntas sobre a relação do fumante com o cigarro, avalia por meio de uma escala de 0 a 10, o grau de dependência por meio de pontuação do questionário. Desta maneira, o usuário fumante em níveis que variam de: muito baixo (0-2), baixo (3-4), médio (5), elevado (6-7) e muito elevado (8-10) e ainda avaliação do grau de motivação para cessação.

Com relação às informações dos grupos em andamento, foram utilizadas variáveis que estão registradas nos consolidados quadrimestrais, que são enviadas pela coordenação dos grupos: faixa etária e uso de medicamento, presença nas sessões estruturadas e cessação ou não do uso do cigarro.

Os dados foram coletados e digitados em planilhas no *Microsoft Excel 2010* e para embasar o desenvolvimento e análise dos dados encontrados, será realizada revisão de literatura, por meio de revistas eletrônicas, livros utilizados dos seguintes descritores: tabagismo; grupo; doença crônica; tratamento; cessação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 31 prontuários analisados do grupo do CSC 207 Sul, a faixa etária dos participantes variou de 24 a 75 anos, apresentando a maior parte (35,5%) na idade de 50 a 59 anos, sendo 54,8% (n=17) do sexo feminino e 42,2% (n=14) do sexo masculino.

Quando ao nível de escolaridade, apenas 12,9% participantes possuem o nível superior completo e 16,1% referem ter apenas o nível fundamental e médio, aos demais participantes as informações não estavam registradas em prontuários físicos ou eletrônicos. Dados relacionados ao estado civil e ocupação estavam em sua maioria (80,6%) sem registro para ambos CSC.

Figura 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes do GATT 207 sul.

Variáveis	Nº	%
Sexo:		
Masculino	14	42,2%
Feminino	17	54,8%
Faixa etária:		
18 a 29	3	
30 a 39	6	
40 a 49	8	
50 a 59	11	
60 a 69	2	
>70	1	
Escolaridade:		
Analfabeto	0	0
Fundamental	5	16,1%
Ensino médio	5	16,1%
Superior completo	4	12,9%
Não informado	17	54,8%
Estado civil:		
Solteiro(a)	1	3,2%
Casado(a)	3	9,6%
Divorciado(a)	2	6,4%
União estável	0	0%
Não informado	25	80,6%
Ocupação:		
Ass. Administrativo	1	3,2%
Servidor Público	1	3,2%

Professor(a)	2	6,4%
Autônomo(a)	1	3,2%
Do lar	1	3,2%
Não informado	25	80,6%

Fonte: autoria própria.

Quanto aos dados relacionados às características gerais dos usuários fumantes, a avaliação do grau de dependência ao cigarro 41,9% (n= 13) apresentou o nível muito elevado ou elevado de dependência a nicotina. Com relação à idade de experimentação, em sua maioria (n=23) teve início da experimentação ainda na adolescência, sendo mais prevalentes nas idades entre 12 e 18 anos, apenas um usuário referiu à iniciação do uso de cigarros com menos de 10 anos de idade. A quantidade de cigarros ao dia também se mostrou significativa, sendo que 38% (n=12), dos participantes fumam de 11 a 20 cigarros/dia e 35,4% menos de 10 cigarros.

Apesar da grande quantidade de consumo de cigarros, apenas 19,4% (n=6) dos participantes deste grupo convivem com fumantes e cerca de 58% (n=18) deles continuam a fumar mesmo quando apresentam algum problema de saúde. Fator que está relacionado não apenas a dependência física, mas sim aos fatores psicológicos e comportamentais do uso do cigarro, prejudicando a noção de autocuidado em pacientes fumantes.

Em estudos realizados e divulgados pelo INCA nos últimos anos, mostra que os maiores problemas de saúde relacionados ao cigarro são o surgimento de câncer de boca, laringe, útero, esôfago, laringe, estômago e pulmão.

Figura 2 – Características gerais relacionadas ao uso do cigarro, GATT 207 sul.

Características gerais dos fumantes	**Nº**	**%**
Idade de iniciação:		
< 9 anos	1	3,2%
10 a 20	23	74,2%
21 a 31	6	19,3%
>31	1	3,2%
Grau de dependência a nicotina:		
Muito elevado ou elevado	13	41,9%
Médio	4	12,9%
Baixo ou muito baixo	14	45,1%
Cigarros ao dia:		
Menos de 10	11	35,4%
11 a 20	12	38%
21 a 30	6	19,3%
Mais de 31	2	6,4%
Convive com fumantes?		
SIM	6	19,4%
NÃO	25	80,6%
Grau de motivação para cessação:		
Pré-contemplativo	0	0
Contemplativo	30	96,7%
Ação	1	3,3%
Recaída	0	0
Comorbidades clínicas:		
Diabetes	4	12,9%
Hipertensão arterial	8	25,8%
Problemas cardíacos	8	25,8%
Problemas respiratórios	5	16,1%
Neoplasias	4	12,9%
Dores no estômago	2	6,4%
Outros	11	35,4%
Nenhuma alteração	2	6,4%
	5	16,1%

Alterações psicológicas ou de comportamento:		
Tristeza	13	41,9%
Ansiedade	16	51,6%
Concentração reduzida	16	51,6%
Autoestima reduzida	11	35,4%
Inquietação	19	61,2%
Sono alterado	17	54,8%
Ideias autolesivas/suicídio	4	12,9%
Nenhuma alteração	2	6,4%

Fonte: autoria própria.

Outros aspectos como associação do uso do cigarro e preocupação com o ganho de peso (27,2%), também foram encontrados como situações que estimulam a continuidade do fumo. Alguns dos comportamentos apresentados como associações foram: falar ao telefone, após as refeições, trabalho, consumo do café e álcool.

Ainda neste sentido, foi percebido que os participantes encontram motivos para continuar a utilizar cigarro, tendo como principais razões, a possibilidade de alcançar um grande prazer (n=9) e calma em momentos de estresse (n=11). Dos 31 participantes, quatro estiveram mais de uma vez no tratamento em grupo, pois apresentaram recaídas após os três meses de acompanhamento.

Relacionando o tabagismo as causas do surgimento ou agravamento das DCNT, os participantes do GATT da região sul apresentam algumas características de condições crônicas já instaladas nos participantes, dentre elas: hipertensão arterial (25,8%), diabetes e problemas respiratórios (12,9%), problemas cardíacos (16,1%) e neoplasias (6,4%), condições essas que por sua vez apresentam complicações diante do uso do cigarro. Para além das condições crônicas, outros fatores físicos como as dores no estômago (35,4%) surgem como algo predominante nesse grupo, sendo o tabaco um fator coadjuvante para o surgimento de inúmeras doenças do aparelho digestivo (SILVA e SCHNEIDER, 2013) (NUNES, 2006).

Segundo apresenta o estudo de Vieira (2013), as consequências do uso do cigarro na vida dos diabéticos e hipertensos corroboram para o fracasso do tratamento medicamentoso, causando maior resistência insulínica nos usuários diabéticos e ainda mais as chances de infarto agudo do miocárdio nos hipertensos, além de considerar outros fatores de risco como a má alimentação e a inatividade física prejudicando consideravelmente a qualidade de vida dos usuários fumantes.

Apesar dos dois grupos pesquisados serem realizados no mesmo município, existem características pertinentes a cada um, considerando a diversidade populacional de uma região a outra. No GATT do CSC 603 norte apresentou uma participação feminina de 71,4% e masculina de apenas 28,5%, dos 35 participantes 37,2% são casados e 20% solteiros. A ocupação variou bastante: servidor público, motorista, serviços gerais. O dado correspondente a escolaridade foi uma variável que não apresentou nenhuma informação disponível nos prontuários.

Quanto à idade dos participantes do CSC 603 norte, em sua maioria estava entre 50-59 anos (40%) assim como no primeiro grupo. Este dado corrobora com estudo de Karen e colaboradores (2012), onde relata que a variação em torno das idades médias sugere que grande parte dos fumantes toma a decisão de procurar um serviço especializado no momento da maturidade. Essa informação pode também significar que a procura por auxílio especializado ocorre apenas após diversas tentativas solitárias de abstinência e consequentemente o fracasso na tentativa de cessação do uso do cigarro.

As características sociodemográficas e relacionadas ao uso do cigarro dos usuários do CSC 603 norte são apresentadas a seguir e demonstram alguns aspectos pertinentes desse grupo selecionado.

Figura 3 - Perfil sociodemográfico dos participantes do GATT 603 norte.

Variáveis	Nº	%
Sexo:		
Masculino	10	28,5%
Feminino	25	71,4%
Faixa etária:		
18 a 29	1	2,8%
30 a 39	9	25,7%
40 a 49	8	22,8%
50 a 59	14	40%
60 a 69	3	8,5%
>70	0	0%
Escolaridade:		
Analfabeto	-	-
Fundamental	-	-
Ensino médio	-	-
Superior completo	-	-
Não informado	35	100%
Estado civil:		
Solteiro(a)	7	20%
Casado(a)	13	37,2%
Divorciado(a)	2	5,7%
União estável	4	11,4%
Não informado	9	25,7%
Ocupação:		
Servidor Público	1	2,9%
Motorista	3	8,5%
Pedreiro	2	5,7%
Serviços gerais	7	20%
Do lar	7	20%
Agente comunitário de saúde	2	5,7%
Aposentado	1	2,9%
Outros	5	14,3%
Não informado	7	20%

Fonte: autoria própria.

Quanto à idade de iniciação destes participantes foram bastante precoces, onde 85,7% dos participantes do GATT iniciaram ainda na adolescência, dado semelhante com o grupo da região sul, e ainda 14,2% dos participantes começaram antes mesmo dos 10 de idade. Importante ressaltar que quanto mais cedo à iniciação do uso de cigarro, álcool e outras drogas, maior o risco para a dependência em adolescentes prejudicando desta maneira o desenvolvimento saudável nessa faixa etária.

Segundo dados a última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) realizada em 2015, a experimentação do cigarro foi de 18,4%, entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental. O indicador de experimentação de cigarro para os meninos (19,4%) foi superior quando comparado às meninas (17,4%). Quanto à relação de escolas, os alunos de instituições públicas (19,4%) referiram à experimentação com mais veemência do que àqueles de escolas privadas (12,6%).

Figura 4 – Características gerais relacionadas ao uso do cigarro, GATT 603 norte.

Características gerais dos fumantes	Nº	%

Idade de iniciação:		
< 9 anos	5	14,2%
10 a 20	30	85,7%
21 a 31	0	0%
>31	0	0%
Grau de dependência a nicotina:		
Muito elevado ou elevado	24	68,6%
Médio	7	20%
Baixo ou muito baixo	4	11,4%
Cigarros ao dia:		
Menos de 10	9	25,7%
11 a 20	16	45,7%
21 a 30	5	14,2%
Mais de 31	4	11,2%
Convive com fumantes?		
SIM	16	45,7%
NÃO	19	54,2%
Grau de motivação para cessação:		
Pré-contemplativo	0	0%
Contemplativo	34	97,1%
Ação	1	2,8%
Recaída	0	0%
Comorbidades clínicas:		
Diabetes	4	11,4%
Hipertensão arterial	11	31,4%
Problemas cardíacos	16	45,7%
Problemas respiratórios	1	2,8%
Neoplasias	1	2,8%
Dores no estômago	1	2,8%
Outros	23	65,7%
Nenhuma alteração	3	8,5%
	5	14,2%
Alterações psicológicas ou de comportamento:		
Tristeza	20	57,1%
Ansiedade	18	51,4%
Concentração reduzida	17	48,5%
Autoestima reduzida	15	42,8%
Inquietação	18	51,4%
Sono alterado	17	48,5%
Ideias autolesivas/suicídio	2	5,7%
Nenhuma alteração	3	8,6%

Fonte: autoria própria.

O grau de dependência de nicotina se mostrou superior ao apresentado pelos participantes da região sul, os participantes do CSC 603 norte apresentaram grau muito elevado ou elevado para dependência da nicotina de 68% (n=24), onde 46% dos usuários utilizam de 11 a 20 cigarros/dia. Por outro lado, 54,2% dos participantes, relatam que não convive com fumantes, fator que pode contribuir para o maior sucesso no tratamento da cessação do tabagismo.

Considerando os motivos que levam a persistir no fumo, surgem as razões como, acalma (n=14); gera grande prazer (n=9); saboroso (n=9). Algumas das situações e comportamentos associados ao ato de fumar citadas pelos fumantes são: ansiedade (n=15), após refeição e café (n=14) e uso de álcool (n=7).

Essas razões e associações comportamentais influenciam muito na decisão ao tratamento e cessação. A dependência psicossocial relacionada ao hábito de fumar não pode ser desconsiderada durante o tratamento, desconstruir modelos de vida estabelecidos durante longos anos requer grande esforço. Segundo Guerra (2004) os problemas psicossociais influenciam na taxa de sucesso do

tratamento em cerda de 10 a 20% com terapia comportamental.

Com relação aos cuidados com a saúde, do total de usuários, 94% afirmam continuar fumando mesmo estando doente, o que prejudica a continuidade do tratamento e aumenta as chances de complicações e fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis.

Assim como o GATT 207 sul, o grupo do CSC 603 norte apresentou maioria dos participantes (n=34) no estágio contemplativo e apenas um com aptidão para ação de abandono do cigarro e apenas uma participante esteve mais de uma vez no tratamento em grupo.

Considerando dados mundiais, que fazem referência à maior prevalência de fumantes na população masculina, neste estudo, a participação feminina se apresentou em maior número (n=42) nos dois grupos. O estudo de Silva e Schneider (2013), mostrou a tendência do aumento de mulheres fumantes em todo o mundo. O crescimento do número de mulheres fumantes iniciou-se por volta da década de 1970 e 1980, com a ascensão do empoderamento feminino em meio à sociedade. Em consequência, houve o aumento do número de óbitos por câncer de pulmão nessa população (INCA, 2012).

Alguns autores referem que o tabagismo entre as mulheres está relacionado ao maior grau de dependência a nicotina e está relacionado a diversos fatores: ao maior grau de dependência a nicotina, fatores emocionais e hormonais, e ao fato de que o tabaco se tornar um companheiro e fonte de prazer instantâneo, que compensa os sentimentos negativos e de solidão (SILVA; OLIVEIRA, 2014); (BORGES; SIMOES-BARBOSA, 2008). Apesar desse aumento, a busca pelo tratamento e cuidado com a saúde se estabelece preferencialmente entre as mulheres, que apresentam maior facilidade em buscar apoio profissional.

Diante dessa observação relacionada ao gênero dos participantes, torna-se importante sensibilizar o público masculino para a busca pelo tratamento, estratégias de maior divulgação e disponibilidade de horários noturnos para a realização dos grupos podem ser estratégias para a ampliação da adesão destes participantes nos programas.

No que diz respeito à motivação para a cessação, foi possível perceber que dentro destes dois grupos, 97% estavam no estágio contemplativo, ou seja, o indivíduo está ambivalente, percebendo a relações entre seu comportamento e os problemas associados a ele, faz uma avaliação de custo-benefício mais realista e já considera a possibilidade de mudança. Essa informação contraria o estudo realizado por Azevedo *et al*., (2009) quando apresenta 95% dos seus participantes no estágio de ação, ou seja, prontos para deixar de fumar.

A idade mais avançada dos participantes está muito relacionada ao processo de motivação para a cessação. Quanto mais idade, maior maturidade e conscientização na qual o indivíduo já reconhece os riscos do hábito, fato que já foi relatado em outros estudos sobre grupos de tratamento ao tabagista.

Outro aspecto relevante que influencia o uso do cigarro, é a convivência com pessoas com o mesmo hábito de vida. A relação intradomiciliar com pessoas fumantes foi observada em 54,5% dos tabagistas acompanhados pelos dois GATT analisados, fator que dificulta no processo de abstinência.

Apesar da busca pelos tratamentos nos GATT pelos usuários mais idosos, o fator da iniciação muito precoce ressalta a necessidade de estratégias de prevenção e controle da experimentação, mostrando que tais ações devem ser iniciadas ainda na infância e adolescência, inserindo esse tema principalmente nos ambientes escolares. Uma estratégia de intervenção potente em relação ao

combate ao fumo na infância e adolescência são as ações apresentadas pelo Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE), que por sua vez atua em estratégias de promoção e prevenção da saúde em diversos temas e eixos prioritários.

Com o apoio do grupo e as estratégias para as mudanças de comportamento, o processo de tratamento se torna muito eficaz. O uso do medicamento como suporte para a cessação do tabagismo predominou em 100% dos participantes dos dois GATT desse estudo. Como relatado no estudo realizado por Silva (2014), o suporte

consideravelmente para o aumento da morbimortalidade da população.

O indicador de mortalidade prematura tem como principal objetivo, monitorar os impactos causados pelas DCNT e o efeito das políticas públicas de saúde uma vez que está relacionado aos hábitos de vida da população, como: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e obesidade (BRASIL, 2016).

Em 2018, Palmas apresentou uma taxa de mortalidade prematura (na faixa etária de 30 a 69

possível perceber alterações psicológicas e comportamentais em ambos os grupos, fatores que favorecem a piora da qualidade de vida e reduz as chances de sucesso para a cessação do tabagismo. As principais alterações psicológicas e comportamentais, considerando os 66 prontuários analisados, surgem para a tristeza (50%), ansiedade (51,5%), inquietação (56%), e ideias de autoagressão (9%).

O nível de ansiedade em fumantes é maior do que em pessoas não-fumantes, desta maneira, o tratamento e apoio ao tabagista deve considerar os aspectos biopsicossociais de cada participante (COSTA et al, 2006).

Houve algumas limitações durante a análise dos prontuários em decorrência da baixa qualidade de informações registradas, como: preenchimento de

farmacológico associado à abordagem cognitivo-comportamental apresenta 28,7% de usuários abstinentes após término do tratamento em grupo terapêutico, e mais de 80% desses indivíduos realizaram farmacoterapia associada, sendo ainda importante ressaltar que o uso do medicamento nunca poderá ser feito isoladamente.

Apesar da incompletude dos dados relacionados às doenças crônicas e os fatores de risco, ressalta-se que o tabagismo se apresenta como o maior fator para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis e, desta maneira, contribui anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (Doenças Circulatórias, Neoplasias, Respiratórias Crônicas e Diabetes Mellitus) de 217/100 mil habitantes, tendo como objetivo a redução de 2% ao ano (BRASIL, 2019).A faixa etária apresentada pelos participantes de ambos GATT sugere ainda mais um cuidado em relação a mortalidade prematura pelas DCNT, fator que sempre deve está correlacionado ao uso do tabaco.

Para além dos fatores de risco associados às DCNT, também foi informações incompletas dos usuários como a ocupação, estado civil, escolaridade e ainda poucos registros de fatores de risco para DCNT.

Desse modo, sugere-se o preenchimento adequado do registro de dados e anamneses mais consistentes relacionadas aos hábitos de vida e histórico de DCNT dentro da população tabagista, uma vez que estas informações poderão subsidiar pesquisas, planos de ação e políticas públicas voltadas para a população tabagista e suas particularidades.

CONCLUSÃO

O tabagismo pode ser considerado o principal fator de risco para o surgimento das DCNT em todo o mundo, se tornando dessa forma um ponto chave para

a realização de intervenções de prevenção e promoção da saúde na Atenção Básica.

A saúde coletiva em conjunto com as ações da atenção básica, se apresenta como um grande potencial para a implementação das estratégias voltadas ao controle do tabagismo. Diante das considerações de uma saúde ampliada e integrada, a saúde coletiva traz consigo diversas interfaces que auxiliam na construção de políticas públicas e de um sistema de saúde muito mais acolhedor e resolutivo para os usuários tabagistas (FRANÇA, 2013).

Apesar do alto nível de dependência dos participantes, os GATT analisados se mostraram satisfatórios e contribuem significativamente para o abandono do uso do tabaco, reforçando o pressuposto de que a Atenção Básica deve ser o apoio principal da comunidade.

Outra sugestão para o fortalecimento dos GATT seria o fomento das ações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS). Estruturadas e definidas pela Portaria nº 971/2006 as PICS, podem fomentar na maior adesão ao tratamento e auxiliar na permanência da abstinência dos usuários tabagistas, além se serem recursos de baixo custo, buscam uma visão da integralidade, ampliando o olhar biomédico por meio de ações preventivas e terapêuticas.

Este estudo reforça ainda que o reconhecimento do perfil sociodemográfico e clínico dos usuários atendidos são fundamentais para avaliação das estratégias empregadas e adequação das propostas de tratamento para tabagistas visando melhora nas taxas de cessação e redução dos índices de recaída, contribuir para a redução da incidência de fumantes e consequentemente a diminuição da morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVS. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico,** VIGITEL 2018. Brasília: DF; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVS. **Caderno de Indicadores de Saúde**. Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021. Disponível em: http://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/fichas.pdf. Acesso em: 26/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Narguilé: o que sabemos?** Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: RJ. 2019. Disponível em:https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//narguile-o-que-sabemos.pdf. Acesso em : 21/03/2020.

BORGES, Márcia Terezinha Trotta; SIMOES-BARBOSA, Regina Helena. Cigarro "companheiro": o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2834-2842, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18/09/2019.

CAVALCANTE, Tânia Maria. O controle de tabagismo no Brasil: Avanços e desafios. **Revista Psiquiatria Clínica**.v.32,n.5,p. 283-300, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832005000500006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3/10/2018.

COSTA, Alessandra Alves; FILHO, José Elabras; ARAÚJO, Maurício Leal; FERREIRA, Júlia Elba de Souza Ferreira; MEIRELLES, Luísa Ribeiro; MAGALHÃES, Cynthia Karla. Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ**.v.19,n.5, p.397-403, 2006. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2006_05/a2006_v19_n05_art04.pdf. Acesso em: 24/08/2018.

FRANÇA, M.G. Política de Atenção ao Tabagista no município de Vitória – ES: Olhares e caminhos para sua (re)configuração.Vitória,ES. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Espírito Santo - UFES; 2013.

GUERRA, Marina Prista. A abstenção tabágica: Reflexões sobre a recaída. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v.22, n.3, p.507-518, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312004000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22/10/2019.

JAQUES, Tiago Alves. Impasses e estratégias: convenção-quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005). **Dissertação** (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6098. Acesso em: 17/08/2018.

KAREN, S.; OLIVEIRA, M. L.; PÁDUA, A.; VIEIRA, F.; MARTINEZ, J. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. **Medicina (Ribeirão Preto Online)**, v. 45, n. 3, p. 337-342, 30 set. 2012. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47674/51413. Acesso: 11/10/2019.

LESSA, Melquíades Rebouças; CAMPOS, Fabiana Pereira. Tabagismo como importante problema de saúde pública no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16 n.3, Rio de Janeiro, Mar. 2011. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol__1375816202.pdf. Acesso em: 17/08/2018.

NUNES, Emília. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 225-44, mar. 2006. ISSN 2182-5181. Disponível em: http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10231/9967 . Acesso em: 30/12/2019.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.v.2. 1997.

Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 / **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

Roberto Iglesias, Prabhat Jha, Márcia Pinto, Vera Luiza da Costa e Silva e Joana Godinho. Controle do Tabagismo no Brasil. **Banco Internacional para reconstrução e Desenvolvimento. Banco Mundial.** p.136. 2007. Disponível em:http://actbr.org.br/uploads/arquivo/202_controle-tabagismo-brasil-BM.pdf. Acesso em: 20/08/2018.

SILVA, Sandra Tavares; MARTINS, Marina Campos; FARIA, Franciane Rocha; COTTA, Rosangela Minardi Mitre. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.19 n.2, p.539-552, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200539&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11/08/2018.

SILVA, A.P. **Perfil do tabagista brasileiro: uma revisão integrativa**. Rio Grande. Universidade Federal do Rio Grande, 2014.

SILVA da, Daniela Nemmen; SCHNEIDER, Karla Sell. Programa de controle ao tabagismo em um centro de atendimento integral à saúde: Perfil e Resultados. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v.4, n.2, p.95-115, 2013. Disponível em:https://pdfs.semanticscholar.org/c779/d267501e8cb517002c90b2f282e6c23db67b.pdf. Acesso em 10/10/2018.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**.v.39,n.3, p.507-514, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14/09/2018.

VIEIRA, A.R. As consequências do uso do tabaco em hipertensos e diabéticos: uma revisão bibliográfica. Araçuaí, MG. **Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; 2013.

Casos suspeitos de beribéri em Palmas (TO)

Casos suspeitos de beribéri: saberes de profissionais da atenção básica versus prática profissional

Suspected cases of beriberi: knowledge of primary care professionals versus professional practice

Marcella Cruz Freitas[1*], Mariana Zogbi Jardim[2], Olivia Souza Honório[3], Giuliana Paola Hoepner Rondelle[4], Lúcia Helena Almeida Gratão[5]

[1] Programa de Residência em Saúde Coletiva. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (Fesp) – Palmas (TO), Brasil. Email: cruzfreitasm@gmail.com ORCID:

[2] Programa de Pós Graduação em Saúde e Nutrição. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: zogbij@gmail.com ORCID:

[3] Programa de Pós Graduação em Saúde e Nutrição. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil. Email: oliviashonorio@gmail.com ORCID:

[4] Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (MG), Brasil. Email: gphrondelli@hotmail.com ORCID:

[6.] Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde: saúde da criança e do adolescente. Universidade Federal de Minas Gerais (MG), Brasil. Email: luciagratao@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5817-5784

*Autor para correspondência: Marcella Cruz Freitas.
e-mail para correspondência: cruzfreitasm@gmail.com.

Agradecimentos: agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (TO) e a equipe da área técnica de doenças e agravos não transmissíveis –DANT por acreditarem que a ciência pode auxiliar em mudanças no cenário da saúde do município.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há nenhum conflito de interesse a declarar.

Fonte de financiamento: Este estudo contou com financiamento da bolsa de pesquisa da Fundação Escola de Saúde Publica de Palmas.

Número de identificação/aprovação do CEP: Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – ULBRA, sob o Parecer número 3.212.822.

Contribuição dos autores: Freitas MC e Gratão LHA idealizaram o estudo e realizaram as análises de dados. Jardim MZ e Honorio OS realizaram as análises espaciais e revisão crítica do conteúdo.

Destaques:

1- Identificação dos casos: homens pardos/negros,alcoolistas, de 20 a 30 anos, baixa renda e baixa escolaridade.

2- Conhecimento insuficiente dos profissionais da atenção Primária de Palmas (TO) sobre o beribéri.

3- Conclui-se que quanto maior é a experiência, maior é a probabilidade de diagnóstico/tratamento correto.

Resumo

Introdução: O objetivo deste estudo foi caracterizar os casos suspeitos de beribéri e investigar sobre possíveis pontos que podem estar associados ao manejo adequado do beribéri na capital do estado do Tocantins.

Métodos: os dados dos casos suspeitos de beribéri foram coletados das fichas de notificação do FORMSUS. O perfil dos profissionais da saúde que atuavam na Atenção Primária do município de Palmas (TO) e a verificação de conhecimentos sobre a doença foram obtidos por meio de questionário. Foram realizados análise espacial, cálculos de proporções e médias e teste qui-quadrado.

Resultados: os casos suspeitos eram maioria homens pardos ou negros, com idade entre 20 e 30 anos, de baixa renda, baixa escolaridade e abuso de álcool. O nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros sobre o beribéri foi considerado insuficiente.

Conclusão: conclui-se que o município carece de estratégias de educação continuada para profissionais da estratégia da sáude da famila e residentes multiprofissionais da saúde da familia das categorias médicas e de enfermagem.

Palavras Chave: Beribéri. Atenção Primária à Saúde. Deficiência de Tiamina. Pessoal de Saúde.

Abstract:

Introduction: The objective of this study was to characterize suspected cases of beriberi and to investigate possible points that may be associated with the proper management of beriberi in the capital of the state of Tocantins.

Methods: Data on suspected cases of beriberi were collected from the FORMSUS notification forms. The profile of health professionals who worked in Primary Care in the city of Palmas (TO) and the verification of knowledge about the disease were obtained through a questionnaire. Spatial analysis, calculations of proportions and means and chi-square test were performed.

Results: the suspected cases were mostly brown or black men, aged between 20 and 30 years, with low income, low education and alcohol abuse. The level of knowledge of doctors and nurses about beriberi was considered insufficient.

Conclusion: it is concluded that the municipality lacks continuing education strategies for health professionals and residents.

Introdução

O beribéri é uma doença carencial causada pela deficiência de tiamina (vitamina B1), e está geralmente associado a cenários de pobreza, insegurança alimentar, consumo abusivo de álcool e a dietas monótonas [1,2]. Estudos têm mostrado ainda, casos em indivíduos submetidos à gastroplastia [3] , viventes em comunidades indígenas [4] e [5], crianças com consumo excessivo de refrigerantes [6] e refugiados [7] .

No Brasil, entre os anos de 1783 e 1792 foram relatados os primeiros surtos da doença, com elevada mortalidade e morbidade, nos estados Amazonas, Mato Grosso, Mato grosso do Sul e Pará, posteriormente, em 1852 no Ceará [8] e em 1897, em uma instituição de longa permanência, na Bahia [9].

Casos mais recentes foram informados por [10] durante um surto de beribéri que acometeu parte da população do Estado do Maranhão, onde foram notificados 466 casos em 2006 e 543 em 2007, com 33 óbitos registrados.

Assim, desde 2006, os casos de Beribéri têm sido acompanhados pela Ficha de Investigação de Investigação Clínica e de Notificação dos Casos (FORMSUS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos estados do Maranhão, Tocantins e Roraima [11] e no estado do Tocantins desde 2015 segundo a [12] que em seu texto traz que todos os casos suspetitos ou confirmados são de notificação compulsória pelas Secretárias Municipais de Saúde.

No período de 2016 a 2018, no município de Palmas (TO), foram notificados casos suspeitos da doença, a partir de notificações proveniente dos serviços de Atenção Terciária à Saúde. Tais casos não foram confirmados e mantiveram-se como suspeitos por ausência de prova terapêutica.

Apesar de ser uma doença com etiologia e tratamentos conhecidos, com diagnóstico essencialmente clínico, ainda é comum diagnóstico tardio, normalmente após hospitalização em serviços de Atenção Terciária à Saúde [10] .

Este fato que alerta para a identificação de fatores que podem favorecer o processo de negligenciamento do beribéri na atenção primária e secundária a saúde, já que é evidente sua forte ligação com fatores determinantes e condicionantes de saúde, tais como fatores sociais.

Diante disso, o objetivo deste estudo concentra-se em caracterizar os casos suspeitos de beribéri e investigar sobre possíveis pontos que podem estar associados ao manejo adequado do beribéri na capital do estado do Tocantins. Assim foram investigados (1) o conhecimento profissionais da atenção básica sobre a doença, (2) associações entre formação, experiência e contato com a doença entre esses profissionais e (3) verificação da menor distância das residências dos casos suspeitos até um Unidade Básica de Saúde da Comunidade (UBS) e (4) quantificação dos casos em um buffer de 1000m a partir de uma Unidade Básica de saúde (UBS).

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de caráter transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir das análises de (1) dados secundários do sistema de investigação clínica e notificação epidemiológicos – FORMSUS, obtidos em parceria com a secretaria municipal de Palmas, e de (2) dados de fonte primária, realizado por meio da aplicação de um questionário de conhecimentos básicos, com enfermeiros e médicos atuantes nas Unidade Básica de saúde (UBS) do município de Palmas (TO). A pesquisa foi conduzida entre os meses de maio a dezembro de 2019.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – ULBRA, sob o Parecer número 3.212.822.

Local de estudo

O estudo foi conduzido em Palmas, capital do estado Tocantins, localizada na região norte do Brasil. Possui como características principais, o elevado número de habitantes advindos de outras regiões do País e possuindo uma das mais importantes taxas de crescimento demográfico do Brasil nos últimos dez anos. Possui atualmente, população estimada de 299.127 habitantes e densidade demográfica de 102,90 hab/km². A economia é predominantemente formal, formada principalmente por microempresas prestadoras de serviços e atividades de agropecuárias. A média salarial é de 3,8 salários mínimos, com apresentando taxa de ocupação de 49% [13].

A atenção primária de saúde do município de Palmas (TO), possui atualmente 34 Unidades Básica de saúde (UBS),distribuídos em oito territórios de saúde [14,] sendo eles denominados, Kanela, Apinajé, Xambioá, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararú.

Dados do FORMSUS

No FORMSUS foram obtidas as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, prática de esforços extenuantes e renda familiar de todas as notificações de casos suspeitos de beribéri que ocorreram entre 2016 e 2018.

Segundo registros da área técnica de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) do município de Palmas (TO), as primeiras notificações de beribéri ocorreram a partir do segundo semestre de 2016, justificando o recorte temporal do estudo.

Amostragem e inquérito de conhecimentos básicos

Foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais médicos e enfermeiros que atuavam na Atenção Primária do município de Palmas (TO) no momento da pesquisa, ou seja, 119 médicos e 97 enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A amostra final resultou na participação de 116 profissionais, devido à recusa ou licença por interesse particular, licença maternidade ou férias no momento da coleta dos dados. A opção por entrevistar enfermeiros e médicos se deu pela proximidade que estes profissionais possuem dos pacientes e outras estratégias da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde, no âmbito da atenção básica.

O questionário foi desenvolvido pelos próprios autores e aplicado de forma presencial em todas as 34 Unidades Básicas de Sáude do muncipio(UBS), contendo questões objetivas abertas, relacionadas aos aspectos clínicos, tipos e tratamento da doença; e outras relacionadas à atuação profissional, sexo, faixa etária, formação universitária e tempo de atuação no SUS.

Os profissionais foram convidados aleatoriamente em seus locais de trabalho, e após a explanação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), convidados a responderem o questionário.

Análise espacial

Foram realizadas as análises para identificação da menor distância do indivíduo até uma Unidade Básica de saúde (UBS) e a quantificação de casos em um Buffer de 1000m a partir da UBS. Para isso os endereços das residências dos indivíduos, obtidos na ficha de notificação do FORMSUS, foram geocodificados. A determinação de um raio de 1000m se deu pela possibilidade de acesso caminhando ou de veículo não motor, dada as condições de vulnerabilidade socioeconômica identificada por [11], onde em seu estudo mais da metade dos casos notificados possuíam apenas quatros anos ou menos de estudos, e quase três quartos dos casos tinham renda inferior a um salário mínimo. Para esta análise foi utilizado o software QGIS 3.10.2 (Spatial Planning & Information, Department of Land Affairs, Eastern Cape).

Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva dos dados por meio de proporções e medidas de tendência central e dispersão. Foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson (X^2) aos dados categóricos para avaliar a probabilidade das diferenças observadas terem acontecido ao acaso. Foi utilizado o programa SPSS, 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Caracterização dos casos suspeitos de beribéri

Os dados obtidos no FORMSUS indicaram a notificação de 90 indivíduos com suspeita beribéri no município de Palmas entre 2016 a 2018. Todos os casos foram identificados e notificados na atenção secundária com manifestações clínicas agravadas, tais como: dispnéia,náuseas/vômitos, dificuldade para caminhar,taquicardia,fraqueza muscular, desânimo, diminuição da força nas pernas, delírios e confusão mental, edema nas pernas e perda de peso acentuada.

Entre os casos observa-se maioria do sexo masculino (77,8%), com idade média de 47,6 anos, pardos ou pretos (93,4%), sem nenhuma escolaridade (17,8%) ou com apenas ensino fundamental incompleto (53,3%), com renda familiar de até um salário mínimo mensal (58,9%), usuários de álcool (81,2%) com frequência de consumo maior que quatro vezes na semana (47,8%). Mais da metade respondeu não ser tabagista (56,7%) e não realizar exercícios físicos extenuantes (71,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos casos suspeitos de beribéri, no município de Palmas (TO) de 2016 a 2018.

Variáveis **(n = 90)**	**FA (n)**	**FR (%)**
Sexo		
Feminino	20	22,2
Masculino	70	77,8
Idade (anos)		
Média (Sd)	*47,6 (13,03)*	
Min/Max	*25/82*	
Escolaridade		
Analfabeto	16	17,8
EF incompleto	48	53,3
EF completo	7	7,8
EM incompleto	3	3,3
EM completo	14	15,6
ES completo	2	2,2
Raça/cor		
Branca	6	6,7
Negra	5	5,6
Parda	79	87,8
Renda familiar mensal		
Sem renda	18	20,0
≤ um salário mínimo	53	58,9
≥ dois salários mínimos	19	21,1

Fonte: FORMSUS 2016 a 2018.
Legenda: FA = Frequência Absoluta, FR= Frequência Relativa.

Tabela 1 Continuação

Variáveis (n = 90)	FA (n)	FR (%)
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	17	18,9
Sim	73	81,2
Frequência de consumo de bebidas alcoólicas		
1-2 vezes/semana	5	5,6
3-4 vezes/semana	10	11,1
5-7 vezes/semana	43	47,8
Nenhuma	32	35,6
Hábito de fumar		
Não	51	56,7
Sim	39	42,3
Prática de esforços físicos extenuantes		
Não	64	71,1
Sim	26	28,9

Fonte: FORMSUS 2016 a 2018.
Legenda: FA = Frequência Absoluta, FR= Frequência Relativa.

Análise Espacial

A análise espacial demonstrou que a maioria dos pacientes se concentram na região urbana da cidade de Palmas (TO), com exceção de dois casos (Figura 1). Ao georreferenciar os endereços observou-se que um dos casos estavam além dos limites municipais, no entanto optamos por mantê-lo na amostragem uma vez que a investigação do caso se deu pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (TO).

Observou-se concentração dos casos na região norte da capital. A mediana da distância mínima observada entre a residência de um indivíduo com suspeita de beribéri de uma UBS foi de 739,05 metros (0 - 24938,59). Da perspectiva das UBS , tem-se que apenas quatro unidades não alcançariam nenhum dos casos notificados.

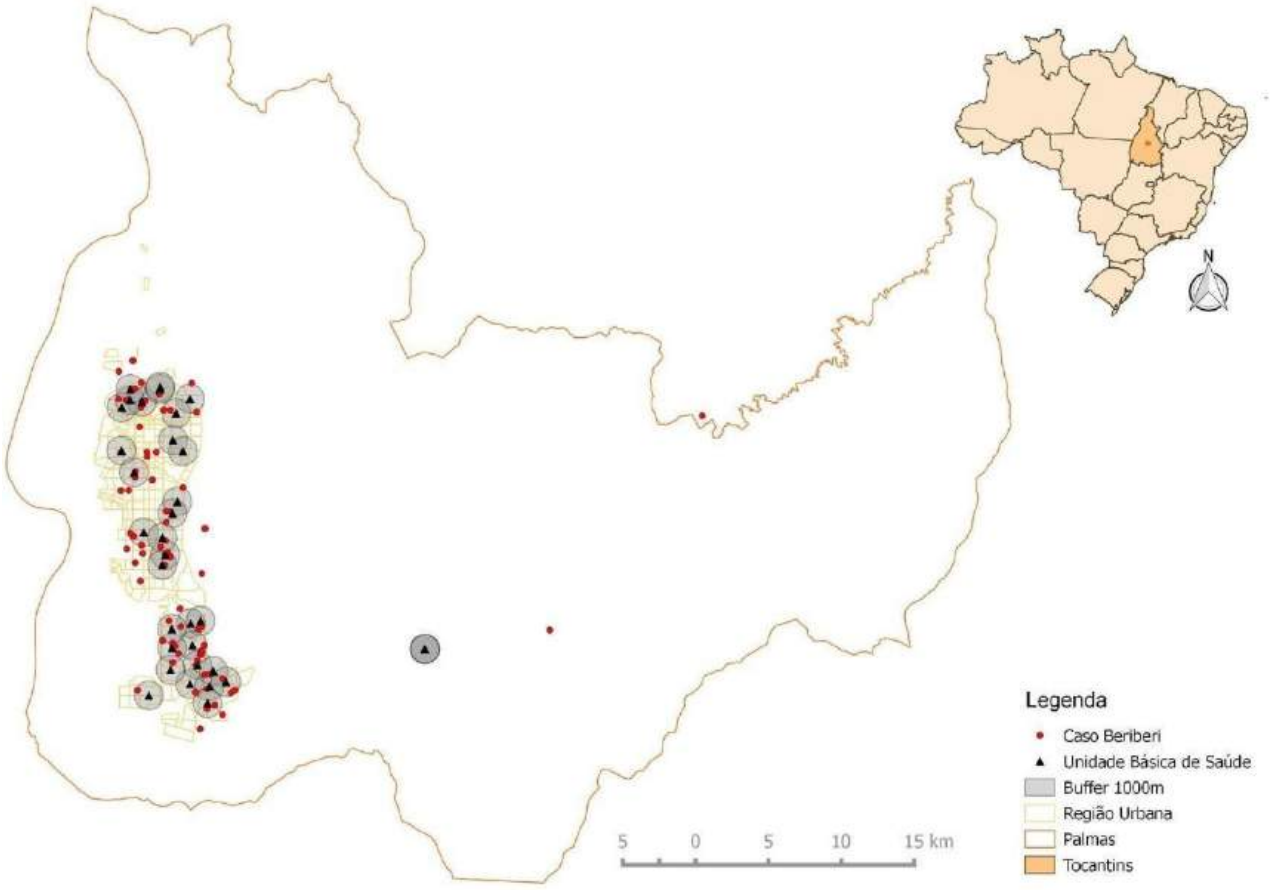


Figura 1. Mapa de Palmas (TO) com representação dos casos e Unidades Básicas de Saúde.

Perfil de formação e conhecimento dos profissionais

O perfil dos profissionais médicos que atuam na atenção primária do município de Palmas (TO) é caracterizado por serem em maioria do sexo feminino (62,5%), com idade entre 20 e 30 anos (64,3%), com formação em instituições privadas de ensino (75%) da região norte do país (83,9%) e com no máximo 5 anos de atuação no SUS (69,5%) (Tabela 2).

Os enfermeiros por sua vez, são caracterizados em maioria do sexo feminino (86,7%), com idade entre 20 e 30 anos (48,3%), com formação em instituições públicas de ensino (60%) da região norte do país (70%) e com no máximo 5 anos de atuação no SUS (58,3%) (Tabela 2).

Foi encontrada diferença significativa na variável tempo de atuação no SUS entre médicos e enfermeiros, na qual os médicos possuem menor tempo de atuação em relação aos enfermeiros ($p<0,008$).

Tabela 2. Perfil da formação profissional de médicos e enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de Palmas (TO).

	Médicos (N=56)		Enfermeiros (N=60)	
	FA (n)	**FR (%)**	**FA (n)**	**FR (%)**
Sexo				
Feminino	35	62,5	52	86,7
Masculino	21	37,5	8	13,3
Faixa etária				
20 a 30 anos	36	64,3	29	48,3
31 a 40 anos	12	21,4	13	21,7
41 a 50 anos	8	14,3	16	26,7
> 51 anos	0	0,0	2	3,3
Dependência da universidade de formação				
Pública	14	25,0	36	60,0
Privada	42	75,0	24	40,0
Região da universidade de formação				
Norte	47	83,9	42	70,0
Nordeste	3	5,4	9	15,0
Sul	2	3,6	3	5,0
Sudeste	4	7,1	2	3,3
Tempo de atuação no SUS				
≤ 1 ano	13	23,2	14	23,3
2 a 5 anos	26	46,4	21	35,0
6 a 10 anos	14	25,0	8	13,3
> 10 anos	3	5,4	17	28,3

Fonte:Elaborada pelos autores.
Legenda: FA = Frequência Absoluta, FR= F 1

As respostas ao questionário de conhecimentos básicos sobre o beribéri não identificaram diferenças significativas entre as categorias profissionais avaliadas (Tabela 3), com exceção das respostas às perguntas (I) “Você conhece os sintomas de Beribéri?” e (II) “Existe tratamento?”, que resultou em valores de $p<0,022$ e $p<0,048$, respectivamente. Os resultados sugerem para essas questões que os médicos responderam conhecer melhor os sintomas (58,9%) e a existência de tratamento (75%).

Tabela 3. Caracterização dos profissionais de saúde: médicos e enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de Palmas (TO).

Pergunta	Médicos (N=56)		Enfermeiros (N=60)		
	FA (n)	**FR (%)**	**FA (n)**	**FR (%)**	χ^2
Você sabe o que é Beribéri?					
Não	9	16,1	14	23,3	0,327
Sim	47	83,9	46	76,7	
Você conhece os tipos de Beribéri?					
Não	46	82,1	51	85,0	0,284
Sim	10	17,9	9	15,0	
Você conhece os sintomas de Beribéri?					
Não	23	41,1	40	66,7	**0,022***
Sim	33	58,9	20	33,3	
Existe tratamento?					
Não	4	7,1	4	6,7	
Não sei	10	17,9	23	38,3	**0,048***
Sim	42	75,0	33	55,0	
Existe cura?					
Não	5	8,9	2	3,3	
Não sei	10	17,9	15	25,0	0,333
Sim	41	73,2	43	71,7	
Já teve contato com algum paciente com a doença?					
Não	49	87,5	53	88,3	0,890
Sim	7	12,5	7	11,7	

Apesar das respostas assertivas indicarem que a maioria dos profissionais conheciam a doença (83,9% e 76,7%), sabiam da existência de tratamento (75% e 55%) e cura (73,2% e 71,7%), porcentagem de médicos e enfermeiros respectivamente; nas respostas discursivas os profissionais citaram que o beribéri se tratava de "falta de vitamina C", "deficiência de B12", "deficiência de vitamina A", "deficiência de vitamina B6". E quanto ao tratamento citaram "reposição de vitaminas do complexo B", "reposição de vitamina C", "reposição de vitaminas e dieta", "reposição de B12".

Quando interrogados a respeito de contato anterior com a doença, a maioria relatou não ter tido contato com nenhum caso, ambos com um percentual de quase 90% de resposta negativa.

Discussão

Observa-se que os casos identificados como suspeitos de beribéri são majoritariamente do sexo masculino, em vulnerabilidade socioeconômica, com baixa renda e baixa escolaridade, pretos ou pardos, e que consomem excessivamente bebidas alcoólicas. A maioria do indivíduos notificados viviam próximos a uma UBS, apesar de não terem sido diagnosticados precocemente em nenhuma dessas unidades.

Quanto aos profissionais médicos e enfermeiros, estes são jovens, graduados na região norte do Brasil, com pouco tempo de experiência profissional e pouco contato com a doença. As respostas dada pelos profissionais apontou conhecimento insatisfatório quanto aos tipos e sintomas da doença em questão.

O Beribéri é uma doença de natureza carencial, causada pela deficiência de tiamina (vitamina B1) e está intimamente ligada a populações que convivem diariamente com cenários de insegurança alimentar [15].A tiamina é um cofator indispensável para vários processos metabólicos, tais como produção de energia, síntese de neurotransmissores e ácidos nucléicos e controle do estresse oxidativo [1]. Por possuir tempo de meia vida curto, necessita de ingestão periódica de alimentos que a possui, por

exemplo, os grãos integrais, legumes, carnes, nozes e alimentos fortificados, para manutenção dos níveis adequados [16].

[17] Ressalta que o beribéri é uma "doença esquecida", mesmo em países que ainda convivem com epidemias, como é o caso da África [18], sudeste da Ásia [15],países da américas do sul e central [19] e locais com alta concentração de refugiados [7], países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Neste contexto, observa-se relação do beribéri com fatores sociais e econômicos, também observados neste estudo, uma vez que a baixa escolaridade e a baixa renda, vinculadas a dificuldade de acesso financeiro a alimentos saudáveis,predispõem o indivíduo a uma dieta cronicamente deficiente em nutrientes essenciais [20].

Outro comportamento associado aos casos de beribéri é o consumo abusivo de álcool, que interfere diretamente na captação, na liberação no trato gastrointestinal e na transformação da tiamina em sua forma ativa (cofator), favorecendo sua deficiência [21] e podendo causar danos cerebrais irreversíveis [22].

Em nosso estudo, percebe-se uso crônico de álcool pelos indivíduos notificados, no qual 81,2% dos indivíduos suspeitos de beribéri consomem álcool. Comportamento semelhante foi encontrado por [12] no estado do Maranhão que obteve prevalência de 75% entre os casos notificados. Este comportamento também pode explicar a alta incidência de casos em pessoas do sexo masculino, uma vez que é observado consumo maior neste grupo populacional [23].

Já é evidência que a associação entre o consumo excessivo de álcool, dieta pouco variada em nutrientes e a prática de exercícios físicos extenuantes podem intensificar a deficiência de vitamina B1. [5] demonstraram em estudo de caracterização de beribéri por indígenas no norte do Brasil, que o consumo abusivo de álcool, associado a uma dieta deficiente em tiamina e prática de exercícios físicos extenuantes. No entanto, os dados do presente estudo identificaram que apenas 28,9% dos suspeitos de beribéri realizam exercícios com alta intensidade.

O abuso de álcool e o baixo acesso à alimentação adequada e saudável são hábitos de vida e fatores que podem ser prevenidos, monitorados e encaminhados pela atenção primária à saúde e pelos serviços de proteção social básica, que devem estar ligados em rede pelos princípios norteadores do SUS [24].

A Atenção Primária à saúde cabe a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades [24]. Apesar disso estar bem consolidado, observamos neste estudo que todos os casos suspeitos de beribéri foram atendidos inicialmente na atenção terciária, já com sinais e sintomas severos da doença, indicando baixa atuação da atenção primária em relação a este agravo no município de Palmas (TO).

Este fato é agravado quando evidencia-se que maioria dos indivíduos eram residentes em locais próximos a uma UBS e que provavelmente poderiam ser atendidos e diagnosticados precocemente em uma dessas unidades. Alguns casos eram residentes a menos de 50 metros. Além disso, os resultados deste estudo sugere insuficiência de conhecimento sobre o beribéri, pelas equipes de saúde do município.

Por outro lado, sabe-se que os homens frequentam menos os serviços da atenção básica, participando menos de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, por questões culturais; e que, quando procuram o serviço de saúde, já possuem alguma doença em situação avançada e necessidade de tratamento [25]. Este fator pode também, ter contribuído para que os casos no Tocantins tenham sido notificados pelos serviços de atenção terciários do SUS.

Médicos (83,9%) e enfermeiros (76,7%) afirmaram saber o que é beribéri, no entanto, nas respostas discursivas foram encontradas respostas como sendo deficiência de vitamina C, A, B12, B6 e complexo B. Já quando questionados acerca dos sintomas da doença, os médicos (58,9%) e os enfermeiros (33,3%) demonstraram conhecimento e citaram: astenia, fadiga, perda de peso, dificuldade respiratória e insuficiência cardíaca.

Em relação às respostas para a pergunta sobre a diagnóstico e o tratamento os enfermeiros apresentaram resultados diferentes em relação aos médicos para a resposta "não" p>0,003 (IC 95% 1,601;10,291) e para a resposta "não sei" p>0,0041 (IC 95% 1,050; 10,066). O que se repetiu na questão sobre o tratamento p>0,09 IC (95% 1,373;9,272). Em relação aos resultados apresentados sobre o diagnóstico era esperado um maior conhecimento por parte dos profissionais médicos , uma vez que o diagnóstico e de competência médica [26] , porém os resultados negativos encontrados junto aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre o tratamento,se contituem em fonte de preoucupação,uma vez que estes profissionais fazem parte importante do manejos desses pacientes.

[27] e [1] mostram que o quadro clínico da doença, a depender do tipo diagnosticado,pode se manifestar com alterações envolvendo os sistemas nervoso, cardiovascular e o trato gastrointestinal, com sintomas como dores musculares, alteração na sensibilidade à temperatura, parestesia nas pernas e dedos dos pés, dificuldade para caminhar, palpitações, fraqueza, atraso no esvaziamento gástrico e dilatação do cólon, perda de apetite (anorexia), queixas abdominais vagas, constipação e falta de ar. Em casos mais graves, pode levar à paralisia completa, encefalopatia aguda, psicose, confusão mental, perda de memória recente e insuficiência cardíaca.O diagnóstico de beribéri se da por meio da avaliação dos sintomas clínico e o tratamento é feito com reposição de tiamina, A reposição oral de tiamina deverá ser realizada através da administração de uma dose diária de 300mg feita administrada por via oral (Comprimido) por um período de seis meses ou, a critério médico, de acordo com a resposta clínica.

Em relação ao conhecimento a cerca dos tipos de Beribéri, 82,1% e 85% médicos e enfermeiros respectivamente, relataram não saber quais os tipos existentes da doença. O resultado encontrado está relacionado ao curto tempo de atuação nos SUS (média de dois a cinco anos de atuação), p>0017 (IC 95% 1, 420; 33,940).

Em relação ao tempo de atuação no SUS e conhecimento da doença, destaca-se o fato que 41,3% dos enfermeiros possuem tempo de atuação maior que 6 anos, possivelmente devido a estabilidade da carreira obtida por concursos para servidores efetivos. Já quanto aos médicos o resultado é inverso já que 69,6% relataram ter um tempo de atuação de até cinco anos no SUS (p>0,008). Fator esse que pode ser explicado devido a presença de profissionais médicos com baixo tempo de atuação no SUS, com média de dois a cinco anos (46,4%).

Esses aspectos podem ser explicado pela presença de profissionais residentes que atuam na Atenção Primária por meio de Processos Seletivos para residências multiprofissionais, que possuem duração de apenas dois anos. O que implica em uma alta rotatividade de profissionais que atuam nas UBS e não permanecem no serviço de saúde por tempo suficiente para manter o acompanhamento longitudinal dos casos.

Quanto ao conhecimento sobre a cura, o tempo de formação mostrou-se importante, já que os 17,9% médicos e os 25% enfermeiros que afirmaram não saber se existia cura para o beribéri, possuíam até cinco anos de formação (p>0,005). A idade dos profissionais em relação ao conhecimento do tratamento da doença indicou que quanto menor a idade menor era o nível de conhecimento, como se observa para a afirmação de que não existe tratamento p> 0,020 (IC 95% 0,376;9,145) e não conhecer se existe p>0,032 (IC 95% 1,089; 6,879).

Esses resultados intrigam, pois por um lado, ao termos um número de profissionais com menor tempo de atuação e menor idade, indicando que estes seriam recém graduados; desta forma, em teoria, o conhecimento recém adquirido na graduação estaria, de certa forma, mais atualizado sobre doenças e agravos gerais, o que alerta para uma possível deficiência na grade curricular dos cursos de graduação.

Por outro lado, investigações sobre a atuação profissional mostram uma diferença quanto o nível de conhecimento e segurança na prática do trabalho atrelado

principalmente ao tempo e experiência do profissional. Os estudos discutem a diferença entre o conhecimento formal e competências gerais ensinadas nas faculdades, que certificam e qualificam o profissional para a prática e o conhecimento e competências específicas para o trabalho, advindas da experiência prática [28] [29] e [30] .

A experiência ao longo da prática com as situações reais dos serviços faz com que o profissional mobilize conhecimentos e habilidades uma vez lhes ensinadas e lhes proporciona, por meio das situações vivenciadas, novos conhecimentos e habilidades, agora específicas, de acordo com a realidade e necessidade de saúde da população atendida [31].

Desta forma, é possível observarmos um ponto negativo quanto ao cenário da atenção primária ser constituída em sua maioria por profissionais que ingressam na rede muncipal de sáude por meio de processos seletivo de residencia multiprofissionais em saude da familia, que na maioria das vezes, permanecem por um curto período de tempo na realidade daquele serviço, rompendo com este caminho de aquisição de habilidades e competências profissionais.

Ressalta-se ainda que 83,9% dos médicos e 70% dos enfermeiros foram formados por instituições da região norte do país, chamando a atenção para a necessidade de incorporar nas grades curriculares agravos que sejam de importância para a região na qual estão inseridas, já que a tendência é dos profissionais, ao encerrar a graduação, terem suas primeiras experiências profissionais ou permanecerem atuando na região de formação, o que pode ser indicado por aqueles que tiveram formação na região norte do País (83,9% e 70%, médicos e enfermeiros, respectivamente) possuírem menor tempo de atuação no SUS (de 2 a 5 anos) ($p>0,000$).

Estados da região norte e nordeste do País, após 80 anos de ausência de epidemias de beribéri, registraram surtos da doença com o registro de 1267 casos, entre os anos de 2006 a 2008, sendo que a maior parte dos casos foram registrados no estado do Maranhão,que notificou 1207 casos e 40 óbitos nesse periodo [11].

Os Dados epidemilogico recentes obtidos através da Secretária Estadual de Saúde, apontam que durante o periodo de 2016 a 2018, foram notificados 168 casos da doença no estado do Tocantins [32]. Fator este que pode demonstrar uma possível falha na vigilância estadual e municipal deste agravo. Portanto, os resultados encontrados nesse estudo apontam para a necessidade da reinserção do beribéri na graduação e pós-graduação em saúde, visto que apesar de anos da ausência da doença, um importante número de casos ainda ocorre no estado.

Este estudo apresenta como limitações a utilização de bases de dados secundárias que dependem do correto preenchimento pelos profissionais e o baixo número amostral para a categoria médica, que não pôde ser atingida. Por outro lado, este estudo apresenta potencialidades já que é o primeiro estudo que analisa e discute sobre diferentes óticas o panorama do beribéri na capital do estado do Tocantins.

Conclusão

Este estudo teve como principal intuito descrever as características epidemiológicas dos casos com suspeita de beribéri no município de Palmas (TO) e verificar possível relação com o nível de conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros atuantes na Atenção Primária à saúde, frente a este agravo.

Os dos dados obtidos demonstram que um número considerável de profissionais da saúde ainda possuem conhecimento vago sobre a doença, não estando portanto, capacitados para a identificação de novos casos e oferta de tratamento, permitindo

agravamento dos casos.

Conclui-se que o município carece de estratégias de educação continuada para profissionais da estratégia da sáude da famila e residentes multiprofissionais da saúde da familia das categorias médicas e de enfermagem, para a ampliação do conhecimento destes profissionais da atenção primária sobre o Beribéri e garantia do manejo adequado deste paciente na rede primária de saúde.

Diante disto sugere-se que sejam realizadas capacitações periódicas em loco Unidades Básicas de Saúde tanto para profissionais efetivos quanto para residentes,além de medidas como a inclusão do Centro De Atenção Psicossocial Álcool E Drogas - Caps Ad II, na vigilância dos casos junto as Unidades Básicas de Saude do Municpio, a inclusão da Tiamina e disponibilidade da tiamina nas farmacias da rede municipal, mediante notificação dos casos suspeitos ou confirmados no municipio e a inclusão da ficha de inquerito de frequencia alimentar na ficha do FORMSUS.

Referências Bibliográficas:

1. World Heath Organization. Thiamine deficiency and its prevention and control in major emergencies. Geneva: World Heath Organization; 2006.[Links]

2. Darton - Hill, Ian. Public Health Aspects in the Prevention and Control of Vitamin Deficiencies. Current developments in nutrition. 2019 v. 3, n. 9, p. 075. https://doi.org/10.1093/cdn/nzz075

3. Alves, Lilian FA et al. Beribéri pós bypass gástrico: uma complicação não tão rara. Relato de dois casos e revisão da literatura. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2006 ;v. 5; n. 3; p. 564-568. https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000300021.

4. Viera Filho, J.P.B, Oliveira,A.S.B., Da Silva ,M.R.D, Amaral ,A.L ,& Scultz R.R. Polineuropatia nutricional entre índios Xavantes. Revista da Associação Médica Brasilleira 1997;Vol 43; n.1. São Paulo. Jan/Mar, pp. 82-88. https://doi.org/10.1590/S0104-42301997000100018.

5. Barreto, Tarcia Millene de Almeida Costa; Barreto, Fabricio. Caracterização dos casos de Beribéri entre indígenas no norte do Brasil. SANARE-Revista de Políticas Públicas, 2016;v. 15; n. 2. file://Downloads/1044-2471-1-SM%20(2).pdf.

6. OKumura, Akihisa et al. Vitamin B1 deficiency related to excessive soft drink consumption in Japan. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2018; v. 66; n. 5; p. 838-842. https://doi:10.1097/MPG.0000000000001839.

7. Bal, Sila;Duckles , Anne; Buttenheim , Alison. Visual health and visual healthcare access in refugees and displaced persons: a systematic review. Journal of immigrant and minority health, 2019;v. 21; n. 1;p. 161-174. httpps://DOI:10.1007/s10903-018-0766-x.

8. Goldenberg, Paulete; Marsigilia,Regina Maria Giffoni; Gomes, Mara Helena de Andréa. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Editora Fiocruz, 2003.

9. Jacobina, Ronaldo Ribeiro; Carvalho, Fernando Martins. Nina Rodrigues, epidemiologista: estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo para doentes mentais na Bahia, 1897-1904. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 2001; v. 8; n. 1, p. 113-132. https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200006.

10. Lira, Pedro Israel Cabral de; Andrade, Sonia Lucia Lucena Sousa de. Epidemia de beribéri no maranhão, Brasil 2008. https://doi.org/10.1590/S0102311X2008000600001.

11. Padilha EM, Fujimori E, Borges ALV, Sato APS, Gomes MN, Branco MRFC,Dos Santos HJ e Junior NL. Perfil epidemiológico do beribéri notificado de 2006 a 2008 no Estado do Maranhão, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 449-459, 2011.https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300006.

12. Palmas. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria Inst Nº 1482 /sesau/gab, de 10 de Março de 2016. Que altera a portaria SESAU Nº 1482, de 18 de Dezembro de 2015,que define a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória de interesse para o estado do Tocantins. Diário Oficial do estado do Tocantins , no 4577, p.17 , 10 de Março de 2016. Disponível em :

file:///C:/Users/Marcella/Downloads/doe-4577-10032016.pdf

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2019 - primeiros resultados. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019.

14. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Inst Nº 457 /semus/gab, de 15 de Abril de 2019. Que torna Pública a alteração de informações sobre Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do Município de Palmas, no 1.533, p. 12-14, 28 de junho de 2016. Disponível em http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2222-15-4-2019-20-59-52.pdf

15.-Johnson,C.R.,Fischer,P.R.,Thacher,T. D.,Topazian,M.D.,Bourassa,M.W.,e Combs Jr, G .F. Thiamin deficiency in low- and middle-income coutries:Disorders, prevalences, previous interventions and current recommendations.*Nutrition and health*, 2019; *25*(2): 127-151.https:// doi::10.1177/0260106019830847

16.US Department of Agriculture (USDA), Agricultural Research Service, Nutrient Data Laboratory. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Legacy. [Acesso em 13 de Fevereiro de 2019].Disponível em: http://www.ars.usda.gov/nutrientdata.

17.Rahman, Sunita Abdul et al. Beriberi Outbreak Among Unauthorised Immigrants in a Detention Camp in Malaysia. Journal of immigrant and minority health, 2018; v. 20, n. 5, p. 1294-1297. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028345.t001.

18.Adamoleku B.,& Hiffler, L. A diagnosis and treatment gap for thiamine deficiency disorders in sub-Saharan Africa. *Ann. NY Acad.Sci*. 2017;*1408*, 15-1. htpps://doi10.1111/nyas.13509.

19.Whitfield, K. C., Bourassa, M. W., Adamolekun, B., Bergeron, G., Bettendorff, L., Brown, Cox L. et. al (2018). Thiamine deficiency disorders: diagnosis, prevalence, and a roadmap for global control programs. Annals of the New York Academy of Sciences, 2018; v. 1430, n. 1, p. 3. https//:10.1111/nyas.13919.

20.Drewnowski A, Darmon N, Ferguson E, Briend A. Replacing fats and sweets with vegetable and fruits – a question of cost. *Am J Public Health* .2004; 94(9):1555- 1559.https//: doi: 10.2105/ajph.94.9.1555.

21.Todd, Kathryn G.; Hazell, Alan S.; Butterworth, Roger F. Alcohol thiamine interactions:an update on the pathogenesis of Wernicke encephalopathy. Addiction biology. 1999; v. 4, n. 3, p. 261-272.

22.Thomaz, K. D. C. V., Corgozinho, M. L. M. V.,Saldanha, P. V., & de Paiva, A. M. R. . Alcoolismo e deficiência de tiamina associada à síndrome de wernicke-korsakoff. Revista UningáRewiew . 2018;v. 20, n. 3.

23.VIGITEL, Brasil. Sa de Suplementar vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Agência acional de Saúde Suplementar.– Brasília inistério da Saúde, 2018.

24.Brasil.Ministério da saúde.Secretaria Executiva.Sistema Ùnico de saúde (SUS):Princípios e conquistas/Ministério da Saúde,Secretaria Executiva,-Brasília : Ministério da Saúde 2000.

25.Barbosa YO, Menezes LPL, Santos JMJ ,Da Cunha JO,Menezes A F, Araujo DC et.al.Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. Rev enferm UFPE online. 2018 nov; 12(11):2897-905. https://doi.org/10.5205/1981-8963 v12i11a237446p2897-2905-2018

26.Brasil, Lei. 12.842 de 10 de Julho de 2013. Dispõe sobre o exercicio da medicina . Presidência da República, Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF, 2013.

27.Brasil. Guia de consulta para vigilância epidemiológica, assistência e atenção nutricional dos casos de beribéri. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

28.Manfredi, Silvia Maria. Trabalho, qualificação e competência profissional-das dimensões conceituais e políticas. Educação & Sociedade, 1998; v. 19, n. 64, p. 13-49.https://doi.org/10.1590/S0101-73301998000300002.

29.Fleury, Maria Tereza Leme; Fleury Afonso. Construindo o conceito de competência. Revista de administração contemporânea, 2001;v. 5, n. SPE, p. 183-196. https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010

30.Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A. Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics. 2 ed Springer Publishing Company, 2009.

31.Dreyfus HL, Dreyfus SE, Benner P. Implications of the phenomenology of expertise for teaching and learning everyday skilful ethical comportment. In: Benner P, Tanner C, Chelsa C, organization. Expertise in nursing practice, caring clinical judgement and ethics. New York (NY/USA): Springer; 1996. p.258-306.

32.Tocantins.Secretaria do Estado da Sáude.Manejo Clínico dos casos de Beribéri, 2019, SGD: 2019/30559/044088 NOTA TÉCNICA - 5/2019/SES/SVPPS.

LIMA, Maria Cryslaine de Moraes**.** 2020. **PERFIL DAS CONDIÇÕES DE INSATISFAÇÃO DAS LÂMINAS DE CITOPATOLOGIA ONCÓTICA COLETADAS NA REDE SUS DE PALMAS NO BIÊNIO 2017 A 2018**; Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Coletiva) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2020. [Não disponível nesta versão do Acervo].

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO TOCANTINS, BRASIL, NO PERÍODO DE 2001 A 2018

Autoras:

Suenne Ramos de Souza Lemos[1]

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos[2]

RESUMO:

O presente estudo objetivou realizar um levantamento acerca dos casos de tuberculose (TB) confirmados no estado do Tocantins entre os anos de 2001 a 2018. Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa. As informações para a construção da pesquisa foram coletadas da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e de levantamento bibliográfico. Os resultados obtidos determinaram que o Tocantins, de 2001 a 2018, foram confirmados 4.192 casos de tuberculose. O perfil evidenciou que o sexo masculino representou 66 % dos casos, enquanto que o sexo feminino representou 34%, a maior incidência foi entre pessoas com idade entre 20 e 39 anos, representando 39% do total de casos. Em relação à escolaridade dos acometidos, a que apresentou maior número de casos foi a população de 1ª a 4ª série do ensino fundamental, com 920 (22%) casos, já em relação à raça/cor, a maior incidência foi entre a população parda, com 2.687 (64%) casos. A forma clínica que apresentou maior número de casos foi a de tuberculose Pulmonar, com 3.580 (85%) casos, em segundo lugar ficou a Extrapulmonar, com 552 (13%) e, em terceiro, a TB Pulmonar + Extrapulmonar, com 57 (1%) casos. A principal forma de encerramento da TB foi pela cura, com 2.939 (70%) casos. É indiscutível a importância de se conhecer as características e o perfil clínico e sociodemográfico da tuberculose, uma vez que facilita a identificação e acompanhamento da população mais vulnerável à doença, permitindo tratamento precoce e satisfatório.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose prevalece como um importante ameaça à saúde pública no mundo, atinge cerca de 1/3 da população mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa é a doença infecciosa que mais mata pessoas no mundo, superando, inclusive, o HIV. Em 2016 cerca de 10,4 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose no mundo, e aproximadamente 1,3 milhão de pessoas foram a óbito em decorrência da doença. Em 2017, cerca de 1 (um) milhão de

[1] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins, Brasil.
[2] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins, Brasil.

crianças adoeceram com tuberculose e 230.000 crianças morreram em decorrência da doença, incluindo crianças com tuberculose associada ao HIV (OMS, 2018).

O Brasil registrou 72 mil novos casos de tuberculose (TB) em 2018 com um coeficiente de detecção de casos de 36, 29/100 mil habitantes (BRASIL, 2018). O País ocupa o vigésimo lugar na lista da OMS que reúne os 20 países com maior incidência da doença, esses países juntos acumulam 84% dos casos de todo o mundo (FORTES, 2016).

A TB é uma doença relacionada à pobreza que afeta desproporcionalmente os mais pobres, os grupos populacionais mais vulneráveis e marginalizados. Melhorar o acesso ao diagnóstico e o atendimento são requisitos básicos para o controle doença. Além disso, o controle da TB não pode ser realizado sem se pensar em um sistema de vigilância eficaz com a finalidade de avaliar o comportamento da doença e avaliar o impacto das medidas de controle. Nesse sentido, os programas de controle devem focar recursos em ações significativas para a detecção e notificação de casos em tempo oportuno (SULIS et al., 2014).

Dados do Ministério da Saúde de 2018 mostram que Tocantins é o estado brasileiro com menor taxa de incidência de TB. Em 2018, foram diagnosticados 239 casos, o que corresponde a cerca de 12,28 casos por 100 mil habitantes, um coeficiente muito abaixo da média nacional nas últimas décadas. Esse cenário epidemiológico sugere baixo desempenho dos serviços de saúde para detecção de casos, tendo em vista a complexidade epidemiológica da doença em todo o território nacional.

Tendo em vista as especificidades entre a TB e a hanseníase, as condições predisponentes são as mesmas. Assim, as atividades dos programas de controle precisam ser focadas em municípios de maior vulnerabilidade social com investimentos intersetoriais focados na melhoria das condições de vida da população. Nesse contexto, faz se importante descrever o Perfil sociodemográfico clínico e epidemiológico da tuberculose no Estado do Tocantins, 2001 a 2018.

2 METODOLOGIA

2.1 Local do estudo

O Estado do Tocantins está localizado na região Norte do Brasil e é o mais novo estado do País (fundado em 1988) e faz parte da Amazônia brasileira, com uma vegetação predominantemente de cerrado. Possui uma extensão territorial de 277.622 km^2 e uma

população estimada de 1.532.902 milhões de pessoas em 2017.

Composto por 139 municípios, o estado está dividido em oito regiões de saúde criadas pela comissão intergestores bipartite em 2012, considerando os municípios com suas populações e densidade demográfica para oferta de ações e serviços mínimos em cada território, sendo elas: Capim Dourado, Ilha do Bananal, Sudeste, Cerrado Tocantins Araguaia, Médio Norte Araguaia, Amor Perfeito, Cantão e Bico do Papagaio A taxa de urbanização do Tocantins cresceu de 40% em 1980 para 80% em 2010. Os dados sociodemográficos apontam para uma melhoria importante das condições de vida da população nas duas últimas décadas (IBGE, 2015).

2.2 Desenho e população do estudo

Foi realizado um estudo com base de dados secundários sobre perfil sociodemográfico clínico e epidemiológico relacionado à tuberculose no estado do Tocantins. Incluíram-se todos os casos confirmados da doença no estado entre os anos de 2001 e 2018, totalizando 4.192 casos.

2.3 Coleta de dados

Os dados de tuberculose foram obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde. Os dados analisados são provenientes de notificações compulsórias geradas nos serviços de saúde e estão disponíveis para domínio público no sítio eletrônico do DATASUS. A notificação compulsória é um documento padronizado com preenchimento sob a responsabilidade do profissional de saúde em todo o país, que foi regulamentado pela Portaria 204/2017 do Ministério da Saúde, que a define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2017).

Um caso de tuberculose é definido pela OMS como todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou Teste Rápido Molecular (TRM), e aquele em que o médico, com base nos dados clínicos epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose (BRASIL, 2018).

Os dados populacionais foram obtidos dos documentos eletrônicos disponibilizados pelo

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) com base nos censos demográficos de 2000 e 2010 e estimativas populacionais para os anos intercensitários (2001-2009 e 2011-2015), com os dados extraídos do site do DATASUS.

2.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do programa Windows Excel, e os resultados apresentados de forma descritiva por meio das frequências absolutas e relativas. Descreveram-se as características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas dos casos registrados no período de estudo, segundo as variáveis: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, forma clínica, confirmação laboratorial, tabagismo, alcoolismo, HIV, aids tratamento direto observado e tipo de encerramento.

2.5 Aspectos éticos

O estudo foi baseado em dados secundários de tuberculose de domínio público, sendo disponibilizado para acesso no site do DATASUS. Esta base de dados possui dados anônimos e não permite a identificação de pessoas. Com base nisso, não foi necessária a submissão do estudo para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2001 a 2018, foram confirmados 4.192 casos de tuberculose no estado do Tocantins. Ao avaliar ano a ano, percebe-se que houve oscilações entre 333 e 185 casos por ano. No entanto, de modo geral, e excluindo o aumento de casos ocorrido em 2018, a incidência de TB se mantém em tendência de queda, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1- Casos confirmados no período de 2001 a 2018

ANO DIAGNÓSTICO	CASOS CONFIRMADOS
2001	320
2002	333
2003	284
2004	260

2005	253
2006	256
2007	231
2008	207
2009	223
2010	216
2011	215
2012	185
2013	194
2014	186
2015	193
2016	211
2017	186
2018	239
Total	4.192

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan Net, 19/12/ 2019.

A análise das variáveis, dividiu se por sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, forma clínica, confirmação laboratorial, tabagismo, alcoolismo, HIV, AIDS, tratamento direto observado e situação do encerramento.

Tabela 2 - Casos confirmados por sexo e faixa etária

SEXO	**CASOS CONFIRMADOS**	
Masculino	2771	66%
Feminino	1421	34%
Total	4192	100%
FX ETÁRIA	**CASOS CONFIRMADOS**	
< 1 ano	20	0%
01-4 anos	41	1%
05-9 anos	39	1%
10-14 anos	87	2%
15-19 anos	213	5%
20-39 anos	1615	39%
40-59 anos	1286	31%
60-64 anos	242	6%
65-69 anos	189	5%
70-79 anos	322	8%
80 e + anos	138	3%

Total	4192	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan Net, 19/12/ 2019.

Conforme se depreende da tabela 2, o sexo masculino é o mais afetado pela tuberculose, representando 66% dos casos. O Resultado confirma a tese de Santos et al. (2017), quando diz que o homem não cuida adequadamente da sua saúde, e é o que menos utiliza serviços clínicos e hospitalares como forma de prevenção de doenças, estando em maior situação de risco quando comparados às mulheres.

A prevalência de TB foi maior entre indivíduos com idade entre 20 e 39 anos, com 1.615 (39%) casos. Esse resultado é preocupante e apresenta uma considerável importância social, uma vez que essa faixa etária, conforme dados obtidos pelo IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2016) é a que mais está inserida no mercado de trabalho e, consequente, a que mais contribui para o sustento da família. A menor taxa foi entre indivíduos com menos de um ano de idade, já que a incidência não chegou a um por cento

Tabela 3 – Casos confirmados por raça/cor e por escolaridade

RAÇA/COR	**CASOS CONFIRMADOS**	
Ign/Branco	166	4%
Branca	645	15%
Preta	428	10%
Amarela	66	2%
Parda	2687	64%
Indígena	200	5%
Total	4192	100%
ESCOLARIDADE	**CASOS CONFIRMADOS**	
Ign/Branco	560	13%
Analfabeto	584	14%
1ª a 4ª série incompleta do EF	920	22%
4ª série completa do EF	165	4%
5ª a 8ª série incompleta do EF	811	19%
Ensino fundamental completo	143	3%
Ensino médio incompleto	418	10%
Ensino médio completo	261	6%
Educação superior incompleta	58	1%
Educação superior completa	188	4%
Não se aplica	84	2%

Total	4192	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan Net, 19/12/ 2019.

A maior parte dos casos confirmados foi de indivíduos pardos, seguidos da população branca. Tal resultado está relacionado com o fato de os pardos representam, segundo dados do IBGE (2019), 46,5% (96,7 milhões) da população brasileira, no ano de 2018. No estado do Tocantins a população parda representa cerca de 65% dos indivíduos, enquanto a branca representa 21,1% e a negra 12,4% (IBGE, 2019).

Conforme Brazolino e Trajman (2018) a população pobre e de baixa escolaridade, muitas vezes, está mais vulnerável ao adoecimento por TB, uma vez que esse grupo de indivíduos possui menos acesso a informações de prevenção e tratamento. O risco aumenta quando se trata da população de rua, tendo em vista que fatores como alimentação inadequada, exposição a atividades insalubres e a resistência em buscar serviços de saúde facilita a o desenvolvimento da doença.

Tabela 4 – Casos confirmados por forma clínica e confirmação laboratorial

FORMA	**CASOS CONFIRMADOS**	
Pulmonar	3580	85%
Extrapulmonar	552	13%
Pulmonar + Extrapulmonar	57	1%
Total	4192	100%
CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL	**CASOS CONFIRMADOS**	
Com confirmação laboratorial	2743	65%
Sem confirmação laboratorial	1449	35%
Total	4192	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan Net, 19/12/ 2019.

Em se tratando de dados clínicos, a tuberculose pulmonar correspondeu a 3.580 (85%) casos, bem acima da metade, enquanto que a TB extrapulmonar representou 552 (13%) dos casos e a pulmonar + extrapulmonar 57 (1%) dos casos. Resultados análogos foram encontrados no estudo de Jesus et al., (2012), onde se comprovou a prevalência da TB pulmonar sobre as demais formas clínicas, correspondendo a 67,2% dos casos confirmados, no ano de 2009, já a TB extrapulmonar teve porcentagem de 28,3% dos casos, e a tuberculose pulmonar + extrapulmonar somaram 4,5% dos casos. A forma de confirmação laboratorial se deu em 2.743 (65%) casos e

sem confirmação laboratorial foram 1.449 (35%) casos.

Tabela 5 – Casos confirmados segundo as comorbidades tabagismo, alcoolismo, HIV e AIDS

TABAGISMO	CASOS CONFIRMADOS	
Ign/Branco	3341	80%
Sim	183	4%
Não	668	16%
Total	4192	100%
ALCOOLISMO	**CASOS CONFIRMADOS**	
Ign/Branco	1700	41%
Sim	416	10%
Não	2076	50%
Total	4192	100%
HIV	**CASOS CONFIRMADOS**	
Positivo	215	5%
Negativo	1835	44%
Em andamento	178	4%
Não realizado	1964	47%
Total	4192	100%
AIDS	**CASOS CONFIRMADOS**	
Ign/Branco	2001	48%
Sim	182	4%
Não	2009	48%
Total	4192	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan Net, 19/12/ 2019.

De acordo com Organização Mundial da Saúde - OMS (2009) o hábito de ingerir tabaco resulta em um importante fator de risco para a incidência de infecção por tuberculose, independente do consumo de álcool e demais fatores socioeconômicos, mais de 20% da dos casos confirmados de TB no mundo podem ser atribuídos ao tabagismo, a OMS entende que o tabagismo é um fator de disseminação de morbidades e mortalidade pela TB, e deixa claro que o controle do consumo de tabaco favoreceria o combate ao surto da doença. Conforme depreendido do presente estudo, 183 (4%) dos casos confirmados eram tabagistas, 688 (16%) não eram tabagistas e 3.341 (80%) não foram determinados.

Em se tratando da comorbidade alcoolismo, para Andrade et al (2005) o alcoolismo crônico é tido como um considerável fator de risco para o desenvolvimento da TB, uma vez que há elevada incidência de casos e de formas avançadas de TB na forma clínica pulmonar entre esses casos. Os alcoolistas têm maiores chances de abandonar o tratamento e os riscos de

aparecimento de efeitos colaterais aos medicamentos são maiores em alcoolistas do que em não alcoolistas. De acordo com os dados obtidos no DATASUS, no Tocantins 416 (10%) dos casos confirmados de TB são alcoolistas, 2.076 (50%) não são e 1.700 (41%) foram ignorados.

Conforme aduz Freitas (2016) o HIV ocasiona diversas alterações nas estruturas de defesa do organismo humano que atuam contra o agente causador da TB, por este motivo, a co infecção pelo HIV pode ser incluída como o principal fator de risco para a incidência da infecção provocada pela tuberculose. No Tocantins 205 (5%) pacientes com tuberculose testados forma positiva para o HIV, 1.835 (44%) foram negativos, 178 (4%) ainda estão em andamento e 1.964 (47%) não foram realizados. Embora tenha sido identificado neste estudo que a maioria dos casos confirmados não são portadores do HIV, é indispensável que a realização do teste sorológico seja incentivada, pois auxilia no diagnóstico da doença e potencializa a eficácia do tratamento.

Ademais, a não realização do exame para detectar a existência de HIV está em desacordo com as determinações do Ministério da Saúde - MS, que recomenda que seja realizado o exame em 100% dos casos de TB. Porém, sabe-se que o teste só pode ser realizado com anuência do paciente, isso contribui para a baixa quantidade de realizações. Cabe, portanto, ao profissional de saúde esclarecer a necessidade do teste para a melhoria das condições de saúde do paciente.

Já em relação à AIDS, Brito et al (2004), afirma que ela é uma das enfermidades que apresenta significável risco para o desenvolvimento de tuberculose. Ocorre que, conforme demonstrado na Tabela 5, 2.001 (48%) não foi realizado teste sorológico para identificação do vírus, 182 (4%) dos casos confirmados de tuberculose também eram portadores de AIDS e 2.009 (48%) dos casos foram negativos quanto à existência do vírus.

Tabela 6 – Realização de TDO e formas de encerramento

TDO REALIZADO	**CASOS CONFIRMADOS**	
Ign/Branco	1580	38%
Sim	1774	42%
Não	838	20%
Total	4192	100%
SITUAÇÃO ENCERRAMENTO	**CASOS CONFIRMADOS**	
Ign/Branco	47	1%
Cura	2939	70%
Abandono	306	7%
Óbito por tuberculose	94	2%
Óbito por outras causas	191	5%
Transferência	588	14%

TB-DR	16	0%
Mudança de Esquema	5	0%
Falência	2	0%
Abandono Primário	4	0%
Total	4192	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sinan Net, 19/12/ 2019.

Sobre a indicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO), percebe-se que 1.774 (42%) dos pacientes realizaram o tratamento, 838 (20%) não realizaram e para 1.580 (38%) dos pacientes o tratamento não foi indicado. Tal resultado pode vir a fragilizar o tratamento, uma vez que, conforme Barros (2010) há evidências de que a quantidade de abandonos é inferior nos pacientes acompanhados pelo TDO. O estímulo à recomendação do TDO aos doentes aumenta a probabilidade de cura, uma vez que há maior aproximação do profissional da saúde no contexto em que o acometido está inserido, facilitando a aumento da probabilidade de cura, tendo em vista que há uma maior aproximação do profissional do serviço ao contexto em que o doente está inserido, facilitando a percepção dos grupos de risco em que eventualmente o paciente esteja inserido.

Já em relação ao encerramento dos casos confirmados, a principal forma foi a cura representando 70% dos casos, a transferência representou 14%, o abandono 7% e óbito representou 2% dos casos. É importante salientar que a forma de encerramento pela cura encontra-se abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (2009) que preconiza um percentual de no mínimo 85% de cura.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar o perfil sociodemográfico clínico e epidemiológico dos pacientes identificados com tuberculose no estado do Tocantins no período de 2001 a 2018, analisaram-se os casos segundo diversas variáveis, sendo elas: sexo, escolaridade, faixa etária, raça/cor, forma clínica, confirmação laboratorial, e comorbidades tabagismo, alcoolismo, HIV e AIDS. A identificação dessas variáveis facilita e auxilia os profissionais da saúde no acompanhamento da população acometida e possibilita o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de novos casos.

Percebeu-se na análise dos resultados que o Tratamento Supervisionado deixou de ser indicado em muitos casos, ainda que a recomendação do Ministério da Saúde seja de oferecer e

incentivar o TDO para todos os pacientes, permitindo o máximo de adesão terapêutica.

Além disso, os testes para identificar as variáveis tabagismo, alcoolismo, HIV e AIDS foram ignorados ou não realizados na maioria dos casos. O preenchimento dessas informações na ficha de notificação permite conhecer a relação da doença com outros problemas ou hábitos de saúde, permitindo a criação de estratégias de prevenção e redução de novos casos, evitando os abandonos do tratamento, complicações, recidivas e óbitos. Além de facilitar na decisão de qual tratamento será utilizado e por quais serviços de saúde o paciente deve ser acompanhado.

Embora as taxas de incidência da Tuberculose no decorrer dos anos analisados neste estudo demonstrarem diminuição, mesmo com anos de pico e, apesar de o diagnóstico e o tratamento da TB serem, de certa forma, acessíveis e com baixo custo, percebe-se que o processo não tem resultados melhores devido a não implementação das orientações feitas pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; VILLA, Tereza Cristina Scatena; PILLON, Sandra. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, fev. 2005.

BARROS, Phelipe Gomes de et al. Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba, 2001-2010. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 343-350, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000400343&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2017. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.** Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em 27 de setembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde**: tuberculose. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância

Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. **Boletim epidemiológico,** Brasília, v. 49, n. 11, Mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB):** nova tecnologia para o diagnóstico da tuberculose. Brasília, 2016.

_____. Resolução nº 3, de 07 junho de 2018. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2018, nº 112, 13 de junho de 2018. Seção I, p. 78. Brasília, 2011.

BRAZOLINO, R.C.; TRAJMAN, Z.A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis,** v.28, n. 2, p. 1–19,2018.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2004, vol.34, n.2, pp.207-217.

FORTES, Pablo Dias. A justa dose da medida: o tratamento compulsório da tuberculose em questão. **Interface,** Botucatu, v. 20, n 58 p. 743-751. 2016.

FREITAS, Wiviane Maria et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Pará, 7(2):45-50, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7n2/2176-6223-rpas-7-02-00045.pdf. Acesso em: 03 de outubro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** 2019. Coordenação de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 12p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** síntese de indicadores. 2015. Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

IBGE. Estados@: Tocantins. 2015. Disponível em: <http://ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=to>. Acesso em: 19 de dezembro de 2019.

JESUS, Guedes et al. Perfil epidemiológico da tuberculose na cidade de Montes Claros de 2005 a 2009. **Rev. Bras. Farm.** 93 (1): 80-84, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Tuberculose 2018.** Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1&ua=1.

Acesso em: 12 de setembro de 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Tuberculose e tabagismo.** Genebra: OMS; 2009. Disponível em: https://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/en_tfi_tb_tobacco_factsheet_port.pdf?ua=1. Acesso em: 27 de setembro de 2019.

SANTOS, B.O.; Brito, T.V.R.; Mesquita, C.R.; Guimarães, R.J.P.S.; Leão, L.A.; Rocha, M.P. Space-temporal analysis of the incidence of tuberculosis in primary care. **Res Medicine Journal**, v.21, n.2, p.1-6, 2017.

SULIS, Giorgia et al. Tuberculosis: epidemiology and control. **Mediterranean journal of hematology and infectious diseases,** vol. 6,1 e2014070. 1 Nov. 2014, doi:10.4084/MJHID.2014.070.

TOCANTINS. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB n 161/2012 de 29 de agosto de 2012.** Governo do Tocantins. Secretaria do Estado da Saúde.

O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA OS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM PALMAS/TO

Tatiane da Paixão Silva dos Santos
Betânia Moreira Cangussu Fonseca

RESUMO

O número expressivo de casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil configura-o como um importante problema de saúde pública. Assim, o presente estudo objetivou compreender as percepções dos profissionais que atuam nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família em Palmas/Tocantins quanto a abordagem do respectivo agravo. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com três Grupos Focais de equipes destes Núcleos localizados nas regiões Norte, Central e Sul da cidade. A sistematização e análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Na discussão dos resultados abordou-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a Política Nacional de Atenção Básica e Atenção à Saúde Mental do Trabalhador. Verificou-se que os profissionais compreendem o processo Saúde-Trabalho-Doença, mas alguns relacionam apenas ao seu próprio processo de trabalho. As discussões de equipe e ações desenvolvidas com a respectiva temática são incipientes, sendo prejudicadas por questões relativas aos processos de trabalho das equipes, precariedade de vínculos empregatícios e fragilidade de educação permanente em saúde. Espera-se que a partir da compreensão desse contexto, esforços sejam investidos para uma mudança de realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Trabalhador; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

The significant number of cases of Work-related Mental Disorders in Brazil configures it as an important public health problem. Thus, the present study aimed to understand the perceptions of professionals working in the Extended Family Health Centers in Palmas / Tocantins regarding the approach to the respective problem. It is a qualitative, descriptive and exploratory research, carried out with three Focus Groups of teams from these Centers located in the North, Central and South regions of the city. The systematization and analysis of the data was performed through Bardin's Content Analysis. In the discussion of the results, the National Policy for Workers' Health was addressed, the National Policy for Primary Care and Attention to the Worker's Mental Health. It was found that professionals understand the Health-Work-Disease process, but some relate only to their own work process. The team discussions and actions developed with the respective theme are incipient, being hampered by issues related to the teams' work processes, precarious employment relationships and fragility of permanent health education. It is expected that after understanding this context, efforts will be invested to change reality.

KEYWORDS: Primary Health Care; Occupational Health; Mental Disorders.

INTRODUÇÃO

Saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não se limitando a ausência de afecções e enfermidades. Determinantes sociais como educação, lazer, transporte, cultura, saneamento e trabalho, influenciam diretamente estas condições[1].

Sabe-se que o trabalho consiste em uma atividade antiga e inerente ao ser humano, ocupando parte considerável da vida. Compreende a subjetividade do sujeito e pode atuar como importante provedor de prazer e realização pessoal/social, mas também, pode adquirir cargas de sofrimento, fadiga, adoecimento ou morte[2].

As transformações ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas, como a intensificação das pressões, aumento do ritmo de trabalho, longas jornadas, repetitividade e monotonia de tarefas, conflitos de papéis e interpessoais, relações precárias (instabilidade no emprego, contratos parciais e/ou temporários, subcontratações, etc.) e as várias nuances de violência psicológica e assédio moral, desvelaram impactos na saúde mental dos trabalhadores de diferentes formas e intensidades[3,4].

Não é raro que trabalhadores em sofrimento psíquico em virtude do contexto laboral relatem sentimentos de desamparo e de falta de apoio social. Alguns aspectos tornam esse percurso mais doloroso para o sujeito, tais como incompreensão dos colegas e gestores, preconceito, falta de apoio dos amigos e familiares e as dificuldades enfrentadas nas instâncias administrativas como as periciais, responsáveis por validar a incapacidade para o trabalho e conceder benefícios em casos que precisam de

afastamento, para trabalhadores com carteira assinada[5].

Parte dos trabalhadores em sofrimento psicológico ou acometidos por diferentes distúrbios psíquicos e comportamentais acessarão, em algum período da vida, o Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de assistência. O atendimento, acompanhamento e encaminhamento adequado de cada caso exige uma visão atenta para o possível nexo entre o quadro clínico e o histórico laboral do usuário[5].

Desde 2004, os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) estão definidos pelo SUS como agravos de notificação compulsória[6]. Esta deve ser realizada via Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN[7]. Para tanto, são considerados todos os trabalhadores e trabalhadoras, independentemente do tipo de vínculo empregatício[8].

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se apresentado nos últimos tempos como importante estratégia para a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS, pela capilaridade da rede de serviços, que viabiliza o cuidado próximo ao local onde as pessoas vivem e trabalham (facilitando identificar, conhecer e intervir sobre as condições de saúde da população), bem como a possibilidade de identificar e intervir sobre as situações de trabalho, inclusive as domiciliares, que envolvem grande parcela dos trabalhadores informais[9].

Nesse contexto, cabe pontuar o papel dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), criado pela Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, com a finalidade de ampliar a abrangência, resolubilidade e escopo das ações da APS, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização[10].

Os NASF devem ser constituídos por equipes multiprofissionais, atuando de

forma integrada, com a finalidade de ofertar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos trabalhadores das equipes da ESF e das equipes da APS. Busca-se efetivar um trabalho horizontal e interdisciplinar, a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado, prestação de serviços diretos à população, compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado[11].

Logo, os profissionais precisam ir de encontro aos problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, assim como as dificuldades apresentadas pelas demais equipes da APS. Portanto, os NASF se encontram em uma posição estratégica de forma a contribuir com a Saúde Mental do trabalhador na sua integralidade, uma vez que a APS é a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede SUS[11].

Desta forma, esse trabalho buscou compreender as percepções dos profissionais que atuam nos NASF no município de Palmas/TO, quanto à abordagem dos TMRT.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de campo, qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizada em três NASF do Município de Palmas/TO. Em 2019, a rede de saúde municipal contava com quinze NASF distribuídos entre as regiões Norte (03), Central (05) e Sul (07), situados em Centros de Saúde da Comunidade (CSC), nomenclatura local designada para abranger as Unidades de Saúde da Família da gestão municipal do SUS[12]. A escolha dos NASF para participação na pesquisa levou em consideração a localização geográfica, a fim de contemplar as diferentes regiões da cidade

(considerando assim as especificidades locais) e dentre os NASF que pertenciam à mesma região, o critério de escolha ocorreu mediante sorteio.

Foram convidados para participação no estudo todos os profissionais que atuavam nos NASF selecionados há pelo menos seis meses, explicando a importância das categorias envolvidas no processo de trabalho local estar ali representadas e excluídos os que estavam de férias, licença ou que não concordaram em participar da pesquisa. A média de participantes por grupo foi de 6 profissionais, número considerado suficiente pois refletiu a diversidade de percepções, opiniões e sentimentos do grupo sobre o tema em estudo, até sua saturação.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizada a técnica do Grupo Focal (GF)[13,14], cujas questões norteadoras abordaram as seguintes temáticas: compreensão da relação saúde-trabalho-doença e o trabalho enquanto condicionante e determinante social de saúde; relação existente entre Saúde Mental e trabalho no território de abrangência das equipes; realização de ações e intervenções quanto ao agravo TMRT; fragilidades identificadas para o desenvolvimento dessas ações.

Os grupos foram realizados nos meses de outubro e novembro de 2019, no mesmo local de trabalho dos participantes, em horário que não prejudicou o andamento das atividades laborais. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas, a fim de assegurar o registro fidedigno das informações. Os participantes foram identificados pela letra inicial do território de abrangência de cada equipe, seguida por um número correspondente a sequência de fala deste no grupo, para garantia do anonimato. Assim, a letra N corresponde a região Norte, C para região Central e S para região Sul.

A sistematização e análise dos dados foi feita por meio da técnica Análise de

Conteúdo proposta por Bardin[15]. Para tanto, foram seguidas as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Buscou-se a determinação de unidades de registro, tendo os objetivos pré-estabelecidos como norteamento, para posterior definição de categorias temáticas. Os principais núcleos de sentidos que emergiram na pesquisa foram identificados, considerando as regularidades do discurso e os sentidos presentes nas falas.

Na sequência, os dados foram organizados e classificados de acordo com as categorias: Compreensão do processo Saúde-Trabalho-Doença pelo profissional do NASF e a relação com o território de atuação; Discussões de equipe e ações desenvolvidas com a temática TMRT e Fragilidades na realização destas ações.

A discussão dos resultados considerou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a Política Nacional de Atenção Básica e Atenção à Saúde Mental do Trabalhador.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO sob o número 14672619.5.0000.9187. Os participantes dos grupos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 466/12[16].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo os seguintes profissionais: Assistência Social, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. Apresenta-se abaixo os resultados consolidados, considerando as categorias e subcategorias temáticas e destacando-se as especificidades identificadas em cada grupo.

Compreensão do processo Saúde-Trabalho-Doença pelo profissional do NASF e a relação com o território de atuação

O trabalho, ou a ausência dele, consiste em um importante determinante das condições de vida, da situação de saúde e do bem-estar dos trabalhadores e familiares. Para além de originar renda, há a dimensão humanizadora e de inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio, aspectos importantes para a saúde do sujeito. Desse modo, o trabalho pode ter um efeito protetor, ser promotor de saúde, mas também pode produzir mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte, aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades e produzir degradação do ambiente[17].

Nesse contexto, a relação Saúde-Trabalho-Doença foi reconhecida pelos profissionais dos três territórios, contudo, percebe-se que a abrangência desta compreensão variou entre os grupos pesquisados.

Na *região Norte*, as falas permearam majoritariamente, relacionando a temática aos processos de trabalho do Centro de Saúde da Comunidade (CSC) em que os sujeitos da pesquisa encontravam-se atuando. Sobressaíram as abordagens sobre a sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional, processos de trabalho fragilizados, baixa resolutividade laboral, instabilidade no emprego e baixa remuneração.

> *"Quando eu vim para residência, ficou mais claro porque muitas pessoas adoeciam. Grande carga de trabalho, né, às vezes não tem recurso suficiente, uma rede fragilizada, isso causa ansiedade no profissional..." (N1).*
>
> *"Você tem cobrança da gestão... do usuário, você não tem condições de trabalho e isso gera um adoecimento..." (N2).*
>
> *"A gente vê muito hoje no SUS profissionais que trabalham desmotivados..., afeta o seu desempenho, afeta, né, todas as áreas da nossa vida" (N4).*

As condições dos trabalhadores usuários da rede SUS inseridos no território e a relação Saúde Mental e Trabalho como problemática inerente a este contexto e, consequentemente, geradora de ações, apareceram de maneira incipiente nas falas, apenas quando questionado pela facilitadora do grupo focal. Neste momento, relataram como fator positivo a proximidade do CSC com os dispositivos da rede intersetorial e as famílias ali inseridas.

> *" [...] é o território onde eu vivo né, é tudo muito próximo. Eu pude conhecer alguns dispositivos que eu não conhecia próximo a minha casa, igual o CRAS. Aqui a gente pode fazer uma visita a pé [...] a gente tem mais esse contato com o usuário..." (N5).*

Os sujeitos da pesquisa pertencentes a *região Sul* trouxeram em seus relatos queixas relacionadas ao seu próprio processo de trabalho, relatando o quanto isso impacta negativamente na realização das ações no território. No entanto, também abordaram os trabalhadores usuários da rede SUS, refletindo sobre a implicação da categoria trabalho enquanto determinante social de saúde e suas influências.

> *"Eu acho que, por nós, trabalhadores da saúde... a gente percebe um contexto de adoecimento, sofrimento mental relacionado ao trabalho, mas através da nossa prática, atividades externas, a gente também tem conseguido visualizar essa relação... inclusive, na saúde relacionada aos professores, né, na educação..." (S1).*

A *região Central* apresentou uma compreensão ampliada da relação Saúde-Trabalho-Doença.

> *"A gente sabe que o trabalho é um condicionante, um determinante da saúde e, as condições de trabalho da pessoa... materiais... físicas, a forma como a gestão trabalha, são características que compõem todos esses condicionantes de trabalho relacionado ao adoecimento" (C1).*
>
> *"Não tem como dissociar, são indissociáveis esses conceitos. Até porque nós passamos uma boa parte da nossa vida no trabalho, seja formal, informal" (C3).*

Demonstraram visualizar os componentes do trabalho no território de abrangência das equipes, momento em que apresentaram elementos importantes como as vulnerabilidades sociais do território, vínculos empregatícios, alto índice de trabalhos informais e desemprego, contextos que interferem diretamente na adesão dos trabalhadores às ações dos CSC.

> *"[...] eu observo bastante aqui no nosso território a questão dos vínculos de trabalho, né, muitos vínculos frágeis [...] A falta do emprego é um fator de adoecimento, mas, às vezes, a presença do emprego pras pessoas também é um fator, não deixa ela se cuidar. Gestante não consegue sair do trabalho por conta desse vínculo tão fragilizado" (C6).*

A construção do nexo Saúde-Trabalho-Doença não consiste em uma tarefa simples. O processo de adoecer é específico para cada indivíduo e o trabalho pode ser um fator contributivo para o adoecimento ou seu desencadeador direto[5].

No cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais necessitam construir um olhar diferenciado, considerando as relações entre o trabalho atual ou passado e suas condições de saúde-doença, podendo estas serem refletidas em formas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Um diagnóstico adequado abrange escuta atenta e qualificada, exame adequado do quadro clínico e investigação da vida laboral[5] .

Na perspectiva da atenção integral, o cuidado deve envolver ações de promoção e proteção da saúde, vigilância, assistência e reabilitação. Assim, todos os profissionais da rede de saúde precisam estar qualificados para o estabelecimento desta relação[17].

Discussões entre a equipe e ações desenvolvidas com a temática TMRT

A literatura aponta a importância de se discutir entre as equipes de saúde a temática dos TMRT, devido a gravidade e alto número de casos ocorridos, ainda que não seja possível a obtenção de um quadro fidedigno desta magnitude[18].

De acordo com a OMS, uma em cada quatro pessoas que frequentam um serviço de saúde tem pelo menos um tipo de transtorno mental, mas a maioria não é diagnosticado ou tratada[19]. Dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) revelam que os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho no período de 2012 a 2016 no Brasil, totalizando 668.927 casos de afastamentos[20].

Esse número ainda é parcial e não representa a realidade da população, uma vez que tais informações são restritas a trabalhadores segurados que perfazem apenas um terço da população economicamente ativa, ao contrário do SUS, que através do princípio da universalidade abrange todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício[15].

No município de Palmas, levantamento do perfil de afastamento para tratamento de saúde dos trabalhadores inseridos no CSC, constatou que ano de 2015, 29,23% destes se ausentaram de suas atividades laborais para o tratamento da própria saúde, sendo 50% dos afastamentos motivados por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho[21].

Apesar da expressividade, no presente estudo identificou-se que não há entre os NASF entrevistados, discussões sistemáticas sobre a temática dos TMRT. Existem algumas falas direcionadas para o processo de trabalho das equipes e poucas colocações para os trabalhadores inseridos no território de abrangência.

A maior parte das ações desenvolvidas são iniciativas voltadas para a saúde da equipe NASF e eSF, mas para isso, referem o baixo apoio recebido por parte da gestão local. As poucas atividades realizadas com a comunidade são frágeis e pontuais, estas foram relatadas pelos pesquisados inseridos nas regiões *Sul* e *Central* da cidade.

Os entrevistados da *região Norte* apontam que não debatem especificamente sobre os TMRT, mas que existe uma preocupação quanto a saúde e o adoecimento no trabalho dos mesmos, sem delimitar um agravo específico e sem abranger os trabalhadores usuários do SUS. Esse contexto tem direcionado o planejamento de tais ações para grupos de autocuidado, onde os trabalhadores da saúde são o público alvo. Buscam ofertar práticas integrativas (auriculoterapia) e massagens.

> *"A gente sempre teve essa preocupação, mais assim, voltada pro trabalhador mesmo, o nosso, do nosso setor [...] mas especificamente pra saúde mental relacionada ao trabalho não [...] Já tivemos momentos motivacionais, plano de ação pra motivação dos trabalhadores [...]" (N4).*

Os participantes da *região Sul* afirmam que são recorrentes os casos de TMRT no território em questão, mas relatam dificuldades em elencar o tema como pauta de discussão, durante as reuniões de equipe. Afirmam que há reflexões sobre Saúde Mental, mas não fazem a relação com o trabalho.

> "*Nas reuniões que eu estive presente, em nenhum momento vi levantando essa questão, em relação a Saúde do Trabalhador, às ações que podem ser desenvolvidas para atender essa demanda, que é recorrente no nosso território, na nossa cidade (S2).*

Em seus relatos, foi evidenciado o desenvolvimento de ações pontuais com a população, especificamente com os profissionais da educação, bem como, um projeto "cuidando do cuidador" voltado para os profissionais do Centro de Saúde.

> *"Foi numa reunião nas escolas e aí eles solicitaram uma ação voltada pra eles, que a gente só faz voltado pros alunos e eles pediram... a gente quer um momento, nem que seja só uma roda de conversa ou um alongamento, mas a gente tá precisando..." (S1).*
> *"... um grupo que tá sendo pensado pra trabalhar cuidando do cuidador... pessoas que cuidam da saúde de pessoas, que necessitam de um cuidado maior, diariamente" (S4).*

Em relação à *região Central,* os participantes também descreveram que os TMRT

não são alvo de discussões pela equipe.

> *"Eu tenho a percepção de que essa não é uma temática que a gente traga diretamente pra ser abordada [...] a gente tem espaços de reunião entre os NASF onde a gente traz alguns assuntos que nós percebemos como interessantes de problematizar e, esse nunca foi um tema que a gente já trouxe" (C1).*

Apesar disso, o grupo apresentou algumas iniciativas visando maior acesso da população do território às ações de saúde, como ampliação do horário de atendimento do CSC e ações noturnas realizadas na feirinha com oferta de práticas alternativas. Também demonstraram preocupação com o trabalhador que atua no CSC e referem a realização de intervenções para esse público.

> *"Eu acho que nessa questão entra [...] as nossas tentativas de implantar no serviço atividades e ações destinadas a Saúde do Trabalhador. Foram tentativas um tanto frustradas, né, mas que de certa forma foi uma forma de problematizar e intervir sobre isso" (C1).*
>
> *"[...] ações noturnas, costuma acontecer mensalmente, saúde do homem, eles passam por consultas, educação em saúde, tem oferta de teste rápido, de vacinação, de todos os serviços que eles não vão cedo porque eles estão trabalhando. É uma forma, né, é aberto para os trabalhadores da população. Nessas campanhas também de Outubro Rosa, Novembro Azul, costuma acontecer isso em forma de campanha, focado no trabalhador pra atingir essa parcela da população que nunca tá aqui dentro" (C6).*

Verifica-se que a visibilidade e o reconhecimento do sofrimento psicológico atrelado ao trabalho ainda é uma questão que necessita aprofundamento, inclusive, entre profissionais da saúde. Muitos casos, acabam sendo interpretados pelo viés da fraqueza ou dissimulação, fazendo com que o trabalhador sinta-se responsável e culpado pelo seu adoecimento[5].

Os profissionais do SUS precisam estar preparados para reconhecer o usuário do território enquanto trabalhador e compreender que o trabalho pode gerar impactos

positivos e negativos para a saúde das pessoas e para o ambiente. Portanto, não se trata de acrescentar novas tarefas, mas requalificar aquelas já realizadas pela equipe, uma vez que estes fazem parte da população adscrita[17].

No âmbito da APS, as equipes precisam promover ações individuais e coletivas, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde[5].

Como estratégias de ação utiliza-se inicialmente o diagnóstico situacional de saúde no território, com perfil demográfico, epidemiológico e ocupacional dos trabalhadores, também a identificação e análise do perfil produtivo[22].

Outras ações a serem realizadas pelo NASF abordam o acolhimento, atendimentos individuais ou coletivos, visitas domiciliares, grupos educativos (para orientação ao trabalhador sobre as medidas de promoção e proteção da saúde ou de escuta em situações diversas), apoio a construção de projetos terapêuticos compartilhados ou singulares, elaboração de orientações escritas para condução de casos pela eAB/eSF, encaminhamentos trabalhistas e previdenciários e notificação no sistema de informação em saúde[17].

Necessitam também acionar, quando necessário, as redes institucionais e sociais e desenvolver projetos conjuntos de vigilância, dirigidos a populações específicas, conforme características e/ou necessidades de cada território[17].

Também foi identificada fragilidades na notificação Compulsória dos TMRT.

Na *região Norte,* parte dos participantes não sabem da necessidade de notificar estes casos. Outros possuem conhecimento da mesma, mas afirmam não conseguir efetivar o preenchimento correto da ficha e desconhecem o fluxo seguinte à notificação. Segundo relatos, em sua trajetória profissional, nenhum dos entrevistados realizou ou

participou do processo de notificação de casos suspeitos ou confirmados de TMRT.

> *"Eu vou falar pela minha experiência, não é algo muito consolidado ainda por nós do NASF"*
> *"[...] Eu lembro que tem uma ficha, né, que a gente precisa preencher. Tem um ficha extensa pra se preencher" (N4).*
> *"Eu acho que falta mais essa área aí, de ter acesso a essas fichas. Onde estão? Se estiver em cima da mesa ali, é mais fácil. É no sistema, não é?[...]" (N2).*

Na *região Central* participantes também relatam desconhecer a obrigatoriedade da notificação compulsória desse agravo. Apenas uma pessoa expressou propriedade na identificação, diagnóstico e registro do caso no sistema de informação em saúde. Também foi apontado como dificuldade o manejo com os sistemas de informação e transferência de responsabilidade apenas para a área de psicologia.

> *"A questão de notificar, eu tenho dificuldade de mexer com sistemas. Assim, eu só faço o básico mesmo e nunca me apareceu paciente que eu pudesse identificar não. E como geralmente o cuidado é compartilhado, quando as meninas encaminham, já vem da psicologia, então eu já fico meio que assegurada que já foi notificado, né". (C4).*

Os participantes da *região Sul* focaram as narrativas na dificuldade em estabelecer o nexo com o trabalho, afirmando que não efetivam a notificação por não identificarem com clareza a causa base do adoecimento. Dessa maneira, não há o entendimento de que o trabalho não precisa ser a única fonte do adoecimento para a referida notificação, podendo ser apenas um agravante.

> *"[...] porque é difícil você olhar/ouvir um depoimento e você fazer uma relação bem clara da causa base daquele transtorno, daquela doença [...] Tem também a importância do atendimento compartilhado, porque a gente poderia avançar nesse sentido, de vários olhares diante de uma situação que pode talvez até fechar um diagnóstico, por exemplo" (S4).*

Apontam como impedimento questões materiais como a falta de computadores e

internet, bem como o tempo limitado para o atendimento, investigação do caso e o preenchimento da ficha de notificação.

> *"E dificuldade estrutural, de recurso. Para notificar a gente precisa de um computador e, às vezes, a gente tem a sala, a gente precisa atender, precisa lançar no E-SUS, chamar outra pessoa pra atender. Que hora, que momento ali naquele processo trabalho a gente tem tempo para notificar? Tempo, computador e internet pra notificar?" (S1).*

O processo de vigilância epidemiológica dos TMRT inicia com a suspeita de um caso, que deve ser investigado e, sendo confirmado, deve ser notificado no SINAN, com preenchimento completo da Ficha de Notificação e Investigação. O fluxo das informações é: unidade assistencial notifica, encaminha para vigilância epidemiológica do município, que registra o caso no sistema informatizado (SINAN) e envia eletronicamente para o âmbito estadual. O monitoramento dos casos notificados deve ser feito pela Vigilância em Saúde municipal, pela equipe do CEREST, e pela área técnica de Saúde do Trabalhador em âmbito estadual. Bahia[17]

Este agravo, apesar de apresentar alta prevalência entre a população trabalhadora, frequentemente não é reconhecido como tal no momento da avaliação clínica. Situação que pode estar atrelada às características peculiares desses transtornos, regularmente mascarados por sintomas físicos, aliado a complexidade inerente a associação entre os distúrbios mentais e as atividades laborais desenvolvidas[32].

Ressalta-se a importância da notificação desses agravos para a construção de uma base de dados que permita o conhecimento da situação de saúde e a mensuração do problema para toda a população trabalhadora, a fim de propiciar subsídios a uma intervenção adequada à necessidade identificada. Esta deve ser feita pelos diversos serviços de saúde que compõem a rede de atenção, por meio da identificação e manejo deste agravo, bem como encaminhamento para os setores de vigilância em saúde e

adoção de medidas de prevenção[17].

Fragilidades na realização das ações envolvendo os TMRT

Entre as dificuldades para o desenvolvimento das ações relacionadas à implementação da atenção integral à Saúde Mental do Trabalhador no território da APS, foram apontadas: queixas inerentes aos processos de trabalho, precariedade dos vínculos empregatícios e incipiência na Educação Permanente em Saúde:

Queixas inerentes aos processos de trabalho

A organização do trabalho consiste na divisão entre tarefas e homens. O trabalho prescrito expressa representações sobre: divisões do trabalho, normas, tempo e controle exigido para o desenvolvimento da tarefa. Corresponde ao que antecede a sua execução, um registro que atende uma necessidade de orientação, burocratização e fiscalização[23].

Entretanto as situações comuns do trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados: incoerência organizacional, imprevistos, anomalias de funcionamento, panes e incidentes. Tais fatores produzem diferenças entre o trabalho prescrito e o real, organizando subjetivamente o indivíduo por meio das vivências de prazer e sofrimento, que ajuda ou prejudica seu engajamento afetivo-emocional no compromisso com o trabalho[23].

Durante a realização dos GF, as queixas relativas ao processo de trabalho das equipes permearam todos os NASF pesquisados, onde falas sobre cobranças excessivas por parte da gestão, alta demanda do serviço, falta de incentivo, de reconhecimento e de materiais, além de críticas quanto ao calendário de ações campanhistas, foram relatos frequentes. Esse cenário foi apresentado enquanto fator limitante para a realização das

ações em Saúde do Trabalhador no território e como fonte de adoecimento dos próprios trabalhadores ali inseridos.

> *"Os profissionais da saúde não são vistos como uma pessoa que pode também adoecer, né [...] A produtividade tá em primeiro lugar e a saúde do Trabalhador tá em último." (C2).*
>
> *"Os processos de trabalho aqui dentro da Atenção Básica, a conformação que tá hoje, é totalmente adoecedora [...] É sobrecarga, acúmulo de funções, né. Às vezes, o profissional tá pra realizar tal atividade, mas se ele não fizer a outra, que não é responsabilidade dele, não acontece. É esperado muito mais de nós do que aquilo que a gente é capaz de fazer [...] É bem cansativo!" (C6).*
>
> *"[...]essa falta de continuidade do trabalho, o não reconhecimento, a não valorização, muitas vezes é uma coisa que provoca uma frustração emocional, desmotiva [...] afeta o desempenho, afeta, né, todas as áreas da nossa vida" (N4).*

Um ambiente de trabalho saudável consiste em um local onde trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da promoção e proteção à saúde e bem-estar de todos e para a sustentabilidade do ambiente laboral. Para tanto, é preciso considerar as questões de saúde no ambiente físico, psicossocial (incluindo a organização do trabalho), recursos para a saúde pessoal e envolvimento com a comunidade local[24].

A Política Nacional de Humanização foi criada com a finalidade de envolver usuários, trabalhadores do SUS e gestores para melhoria dos processos e gestão do cuidado. Traz elementos como a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos para a melhoria das relações de trabalho e autonomia dos profissionais, oferecendo possibilidade de reinvenção dos processos de trabalho cotidianos[25].

No entanto, diretrizes como a gestão participativa e cogestão, ambiência e valorização do trabalhador, são constantemente apontadas pelos participantes como

negligenciadas[25].

Vínculos empregatícios

A fragilidade dos vínculos empregatícios dos profissionais que estão atuando nos NASF foi outro ponto marcante nos discursos. A maior parte destes são vínculos instáveis, formados por bolsistas provenientes do Programa "Palmas para Todos", além de residentes das Residências Multiprofissionais. Já os efetivos encontram-se em um quantitativo reduzido se comparado com os demais. Essa situação gera grande rotatividade no serviço, descontinuidade do cuidado e dificuldade no manejo dos casos, nos processos formativos e insatisfação por parte dos profissionais.

> *"[...] Na maioria das vezes a gente é visto como se fosse um funcionário efetivo e não profissional em formação, porque a sobrecarga, a pressão que a gente sente dentro da residência [...] não é qualquer pessoa que consegue suportar [...]" (C2).*
> *[...]. eu vou trabalhar de contrato temporário de 1 ano, aí quando terminar quem me garante que ele vai ser renovado? se eu ficar desempregado, eu tenho minhas contas para pagar, eu tenho filhos, eu tenho despesas.(N2)*

Essas queixas vão de encontro à realidade nacional envolvendo a precarização do trabalho na saúde[26], que se manifesta através da baixa qualidade de contratos legais e existência de diversos tipos de vínculos empregatícios por trabalhador ocupado[27].

Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma importante ferramenta na prática dos serviços em saúde. Potencializa o trabalho da equipe multidisciplinar a partir de ações integralizadas e humanizadas, ampliando a liberdade dos trabalhadores e criando espaços coletivos comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários[28].

Desse modo, a EPS se torna não só uma estratégia de mudança dos perfis dos profissionais, mas também permite a criação de espaços de coletividade, nos quais cada indivíduo é visto em seu processo de trabalho como protagonista desse meio, tornando-se instrumento e ator social do cenário no qual está inserido[28].

Verificou-se nesse estudo a necessidade de ampliação da EPS envolvendo a temática dos TMRT, uma vez que esta ainda é pouco discutida entre as equipes. Os participantes também entendem que a alta rotatividade dos profissionais tem prejudicado as formações ofertadas, pois os que participam das ações educativas logo se despedem do serviço.

Nessa direção, alguns afirmam não se sentirem preparados teoricamente para lidar com possíveis casos, apesar de terem participado de capacitação sobre o agravo, outros relataram não terem participado desse momento de aprendizado.

> *"Desde que eu entrei aqui na atenção básica, nunca houve capacitação nesse sentido, eu nunca estive sabendo, pelo menos que teve, né, então nada de conhecimento" (C6).*
> *"Eu sei que teve a capacitação, né, sobre os Transtornos Mentais Relacionado ao Trabalho que, por exemplo, eu não pude participar, né, por outros compromissos" (S1).*
> *"Eu lembro que a gente fez a pouco tempo uma capacitação sobre isso [...] eu vou falar por mim, até então eu não tinha esse olhar pra esse lado, em relação ao trabalho[...] Depois dessa capacitação que nós tivemos foi que ampliou-se mais a nossa visão sobre isso. (N4).*

A equipe da *região Norte* elencou as dificuldades na identificação dos casos e no estabelecimento dos nexos causais entre o adoecimento e o trabalho, no desconhecimento do fluxo e protocolo, na alta demanda do serviço e outros aspectos atrelados a rotina de trabalho.

> *"Como essa questão da saúde mental não é uma cobrança direta, então, acaba que a gente muitas vezes deixa sucumbir por aquilo que é cobrado diretamente por exemplo, por filas de esperas, seja em forma de grupo, seja em forma de atendimentos, visitas"*

(N4).

"E ainda se tem muito tabu sobre isso. Até o fluxo pra diagnóstico disso ainda é muito incerto" (N4).

"Na minha opinião é passar essa educação permanente com todos os profissionais da rede. A gestão tem que vir forte assim e colocar essa importância, né" (N1).

A região Sul, assim como a Norte, também retrata como dificuldades: identificar os casos suspeitos e estabelecer o nexo causal com o trabalho trabalho, justificando a necessidade de formações na área.

"Esses nexos causais ainda são muito difíceis, né, requer uma atenção diferenciada, uma pesquisa, né... mas é um tema tão delicado que pra evidenciar a gente acaba mexendo em vespeiros" (S1).

"Talvez a dificuldade seja em realizar um nexo causal entre ações, carga de trabalho e o adoecimento. A gente atribui a muitos fatores clínicos, a fatores externos, mas, talvez, não atribua ao trabalho"(S1)

Na *região Central* foi possível identificar participantes que conseguem estabelecer com clareza o nexo entre o adoecimento mental e o trabalho, abordando resultados positivos de um processo formativo. Entretanto, também há profissionais que ainda apresentam dificuldade em visualizar essa relação.

"Eu atendi dois casos. Um deles eu eu tinha praticamente certeza, pelo meu olhar clínico, mas foi bem na época que aconteceu aquela capacitação de notificação e aí nos foi apresentado, nesse contexto, um conjunto de materiais que seria subsídio pra que a gente pudesse dar esse diagnóstico, ter entendimento, fazer esse nexo causal entre o adoecimento e o transtorno mental, mas aí essa paciente desistiu do acompanhamento" (C1).

"Eu nunca atendi nenhum que fosse diretamente o transtorno mental, no caso né. Diretamente ligado ao trabalho [...] na época eu não sabia identificar isso. Eu sabia identificar a questão física decorrente do trabalho, mas a questão psicológica, não" (C6).

Outro tema que necessita ser abordado nas EPS diz respeito a compreensão dos

papéis entre os setores da Vigilância em Saúde do Trabalhador, papel do NASF na execução das ações em Saúde do Trabalhador e a responsabilidade da Gestão de Pessoas da SEMUS quanto ao cuidado à saúde de seus trabalhadores. Em muitos momentos percebe-se conflitos nestes entendimentos, especialmente nos GF das regiões norte e central,

> *"Vocês já ouviram falar de CEREST? Aqui tem CEREST, né? Que é que atende saúde do trabalhador (N1). "Tem o setor de Saúde do Trabalhador, mas voltado pros trabalhadores, mas não pros servidores, né? Ou é pra todo mundo o CEREST?" (N6).*

Compete aos CEREST incorporar a Saúde do Trabalhador nas ações do SUS, promovendo a integração, fortalecendo e organizando a articulação entre suas redes de serviços de saúde, para que estes façam a identificação e atendimento dos acidentes e agravos relacionados ao trabalho, também vigilância e gestão, além das ações intersetoriais [31, 32, 33].

Estão incluídas em suas atribuições o suporte técnico e apoio matricial às investigações de maior complexidade, assessoramento, além de subsídio à formulação de políticas públicas, Assume assim a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS, se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica [31, 32, 33]

Questionam que é cobrado a estes o cuidado à saúde dos trabalhadores da população adscrita mas os mesmos não são cuidados quanto à sua própria saúde. Afirmam que esse fluxo deve começar pelos trabalhadores do SUS.

> *"Eu acho que a gestão tem que priorizar nós que estamos aqui dentro. A partir do momento que ela cria um fluxo para nós que estamos aqui dentro e dá certo, a gente pode replicar isso com os pacientes que a gente atende. Não faz sentido eu estar doente e não ter condições suficientes de atender uma pessoa, mas aquilo ainda é imposto" (C3)*
>
> *"Seja o fluxo que acontecer, ele tem que iniciar primeiro com servidores de saúde, né. Até pra gente falar pro outro pela experiência que a gente vive também" (C6).*

É competência do SUS realizar as ações de saúde do trabalhador e colaborar na

proteção do meio ambiente de trabalho[33]. Promover e proteger a saúde dos trabalhadores, assim como recuperar e reabilitar aqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho[34]. Desta forma, todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS devem estar comprometidas com o desenvolvimento dessas ações, inclusive a APS[32], No intuito de contribuir com a questão, o Ministério da Saúde elaborou dentre os cadernos de atenção básica, um específico com esta temática[32].

A região Sul apresenta mais clareza quanto a estes papéis, articulam e realizam ações conjuntas com o Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador - NUSAT, quando necessário, mas também anseiam por iniciativas que contemplem a saúde ocupacional dos servidores.

> *"Inclusive, o NUSAT teve um papel muito importante, né. Fizemos atendimentos compartilhados, o médico esteve presente, fez intervenções, os encaminhamentos que, inclusive, culminaram no auxílio doença, que facilitou o processo de mudança dessa pessoa" (S3)*

Cabe ressaltar ainda a importância do setor de gestão de pessoas vinculado a SEMUS estar realizando o acompanhamento à saúde de seus trabalhadores, com a oferta de serviço similar ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, de preferência, com oferta também de equipe multiprofissional. Sabe-se que este cuidado reflete também na qualidade do atendimento prestado à população do território de abrangência das equipes[30].

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação

e de seus papéis. Pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que visam a resolução de problemas concretos, por meio de um processo de discussão em equipe ou autoavaliação, a fim de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho, de modo a atingir resultados mais efetivos e eficazes[28,29].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo revelam que os trabalhadores inseridos no Núcleo Ampliado de Saúde da Família possuem a compreensão da relação saúde-trabalho-doença, entretanto parte destes percebem a mesma a partir da identificação do seu próprio processo de trabalho, já outros conseguem visualizá-la também nos trabalhadores inseridos no território de abrangência das equipes.

Apesar da expressividade dos casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, verifica-se que a temática não é pauta de discussões pelas equipes e as ações realizadas nesse sentido são pontuais e incipientes, parte destas direcionadas aos próprios trabalhadores da saúde. Além disso, a ausência de notificação do agravo no SINAN prejudica a informação para uma adequada intervenção a essa realidade.

As queixas, por todos os sujeitos da pesquisa, de questões relativas aos seus processos de trabalho é outro fator dificultador ao desenvolvimento das atividades e preocupante no que tange a relação desta situação com a saúde destes profissionais, fato que precisa ser considerado. Chama a atenção ainda a precariedade nos vínculos empregatícios e alta rotatividade dos profissionais, além de fragilidades quanto às ações de educação permanente.

Desta forma, a oferta deste momento educativo é extremamente necessária para contribuir com esclarecimentos sobre o tema, bem como inserir o TMRT na pauta das

discussões das equipes, para que os planejamentos e realizações de ações se tornem uma realidade de fato implementada no serviço.

Importante também repensar sobre as formas de contratações dos profissionais, pois a precariedade dos vínculos além de prejudicar as garantias sociais dos trabalhadores, produz alta rotatividade que compromete a formação de uma equipe qualificada e consequentemente a qualidade do trabalho ofertada à população usuária do SUS.

Espera-se que a partir da compreensão desse contexto, esforços sejam investidos para uma mudança de realidade e para que de fato as ações necessárias possam ser realizadas e os trabalhadores possam ser assistidos na sua integralidade, conforme preconiza o SUS.

REFERÊNCIA

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde, Brasília: MS; 1986.

[2] KESSLER, A. I, KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), 2012; 33(1):49-55.

[3]BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (DIVAST). **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. Salvador: DIVAST, 2014.

[4]NETO, F. D. M. M. Experiências de organização de referência para o diagnóstico e investigação da relação causal entre o trabalho e agravos à saúde mental. In: CRESPO, A. R.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). **Atenção à saúde mental do trabalhador:** sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014, C. 5, p. 93-116.

[5]AMAZARRAY, A. R.; CÂMARA, S. G.; CARLOTTO, M. S. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da saúde pública no brasil. In: CRESPO, A. R.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Orgs). **Atenção à saúde mental do trabalhador:** sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014, c. 4, p. 75-92.

[6]BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 2004, 28 abr.

[7]BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. **Diário Oficial da União,** 2016, 17 fev.

[8]BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União,** 2012, 23 ago.

[9] Lazarino, M. S. A.; Silva, T. L.; Dias, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Rev Bras Saúde Ocup** 2019;44:23.

[10]BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União,** 2008, 24 jan.

[11]BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União,** 2017, 21 set.

[12] PALMAS, Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). **Diário Oficial do município de Palmas**. 28, jun. de 2016.

[13]LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf** USP, v. 35, n.2, p.115-21.

[14]KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

[15]BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

[16]BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União,** 2012, 23 ago.

[17]BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41).

[18] BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. SOUZA, S. F.S (Org.), Salvador: DIVAST, 2014. 60 p: il. (Caderno de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador).

[19]WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Mental Health. Genebra, 2010.

[20] BRASIL. Ministério da Fazenda. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017 Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília-DF, 2017.

[21]BORGES, D. P.; FONSECA, B. M. C. **Perfil do afastamento por doenças e agravos de profissionais da Atenção Primária à Saúde de Palmas – TO:** análise do ano de 2015. (Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) CEULP/ULBRA e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP), 2017, no prelo.

[22] FONSECA, B. M. C.; BRAGA, A. M. C. B.; DIAS, E. C. Planejamento de intervenções em Saúde do Trabalhador no território: uma experiência participativa. **Rev Bras Saúde Ocup** 2019.

[23]DEJUOUS, C. (2008). Avaliação do trabalho submetido à prova do real – Críticas aos fundamento da avaliação. Em: Sznelwar, L. I.; MARCIA, F. L. Trabalho, Tecnologia e Organização. Editora Blucher: São Paulo, SP.

[24]ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação:** para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010. 26 p.

[25]BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

[26]CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência**. Argumentum**, Vitória (ES), v. 5, n.1, p. 235-256, jan./jun. 2013.

[27]PESSANHA, E. G. F.; ARTUR, K. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1569-1580, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**, 2007. 160 p.

[28]VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

[29]CECCIM, R. B. C.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

[30]TAMBASCO, L. P.; SILVA, H. S.; PINHEIRO, K. M. K.; GUTIERREZ, B. A. O. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate** [online]. 2017, vol.41, n.spe2, pp.140-151.

[31]BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 11 nov 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>.

[32] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 41).

[33] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

[34] BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 20 set 1990.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS CONFIRMADOS PARA O NOVO CORONAVÍRUS EM PALMAS - TO

Epidemiological profile of confirmed cases for the new Coronavirus in Palmas - TO

Perfil Epidemiológico de casos confirmados del nuevo Coronavirus em Palmas - TO

Revista Desafios

Alice Kelly Reis de Oliveira Camarolli[*1], Thaisa Tâmara Quaresma Moura[1], Marta Maria Malheiros Alves[2]

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

[1]Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – Secretaria Municipal de Saúde, CEULP-ULBRA, FESP, Palmas – TO, Brasil.

[2]Bióloga, Secretaria Municipal de Saúde, FESP, Palmas – TO, Brasil.

**Correspondência: Secretaria Municipal de Saúde, 1302 Sul, Palmas, Tocantins, Brasil. CEP:77.024-650. e-mail areis298@gmail.com.*

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

Um novo agente do coronavírus foi descoberto em 31 de dezembro de 2019, na China, sendo nomeado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como COVID-19, que leva a uma Síndrome Respiratória Severa e Aguda (SARS-CoV-2). Devido a sua grande capacidade de disseminação, o novo coronavírus foi caracterizado pela OMS como pandemia, no Brasil, todos os Estados possuem casos confirmados e óbitos pela COVID-19. O presente trabalho teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos confirmados no município de Palmas, Tocantins. É um estudo analítico, de abordagem quantitativa, utilizando dados oriundos dos Sistemas de Informações em Saúde, como o e-SUS Notifica, NotificaSUS, FormSUS e SIVEP-Gripe a fim de analisá-los, por meio da descrição e comparação dos dados. No período estudado, foram confirmados 16.660 casos, destes 54% foram do sexo feminino, 27% estavam na faixa etária de 30-39 anos e 42% autodeclararam-se pardas. Os sintomas mais presentes foram cefaleia (47,1%), febre (42,7%) e tosse (40,6%). A comorbidade mais prevalente foi de doença cardiovascular crônica, incluindo hipertensão (40%). Em relação à internação, 3,9% dos casos confirmados estavam internados. O estudo pode contribuir para o planejamento e implementação de medidas de controle e de vigilância epidemiológica mais efetivas.

Palavras-chave: COVID-19; Epidemiologia; Infecções por coronavírus.

ABSTRACT

A new coronavirus agent was discovered on December 31, 2019, in China, being named by the World Health Organization (WHO) as COVID-19, which leads to a Severe and Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV-2). Due to its great dissemination capacity, the new coronavirus was characterized by WHO as a pandemic, in Brazil, all states have confirmed cases and deaths by COVID-19. This study aimed to analyze the epidemiological profile of confirmed cases in the city of Palmas, Tocantins. It is an analytical study, with a quantitative approach, using data from Health Information Systems, such as e-SUS Notifica, NotificaSUS, FormSUS and SIVEP-Gripe in order to analyze them, through the description and comparison of data. During the study period, 16,660 cases were confirmed, of which 54% were female, 27% were aged 30-39 years and 42% declared themselves to be brown. The most common symptoms were headache (47.1%), fever (42.7%) and cough (40.6%). The most prevalent comorbidity was chronic cardiovascular disease, including hypertension (40%). Regarding hospitalization, 3.9% of confirmed cases were hospitalized. The study can contribute to the planning and implementation of more effective control and epidemiological surveillance measures.

Keywords: *COVID-19; Epidemiology; Coronavirus infections.*

RESUMEN

Un nuevo agente de coronavirus fue descubierto el 31 de diciembre de 2019 en China, siendo nombrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como COVID-19, que conduce a un Síndrome Respiratorio Agudo y Severo (SARS-CoV-2). Debido a su gran capacidad de diseminación, el nuevo coronavirus fue caracterizado por la OMS como una pandemia, en Brasil, todos los estados han confirmado casos y muertes por COVID-19. Este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico de los casos confirmados en la ciudad de Palmas, Tocantins. Se trata de un estudio analítico, con enfoque cuantitativo, utilizando datos de Sistemas de Información en Salud, como e-SUS Notifica, NotificaSUS, FormSUS y SIVEP-Gripe para analizarlos, a través de la descripción y comparación de datos. Durante el período de estudio, se confirmaron 16.660 casos, de los cuales el 54% eran mujeres, el 27% tenían entre 30 y 39 años y el 42% se declararon marrones. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea (47,1%), fiebre (42,7%) y tos (40,6%). La comorbilidad más prevalente fue la enfermedad cardiovascular crónica, incluida la hipertensión (40%). En cuanto a la hospitalización, el 3,9% de los casos confirmados fueron hospitalizados. El estudio puede contribuir a la planificación e implementación de medidas de control y vigilancia epidemiológica más efectivas.

***Descriptores**: COVID-19; Epidemiología; Infecciones por coronavírus.*

INTRODUÇÃO

Os coronavírus pertencem à família de vírus (*Coronaviridae*) que causam infecções respiratórias, variando desde um resfriado comum até síndromes mais graves, podendo afetar tanto animais como humanos. Um novo agente do coronavírus foi descoberto pela primeira vez em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China, como a causa de um conjunto de casos de pneumonia. Este vírus provoca a Doença Coronavírus 2019, posteriormente renomeada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como COVID-19, que leva a uma Síndrome Respiratória Severa e Aguda, descrita pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus de SARS-CoV-2 (YUEN et al., 2020; BRASIL, 2020a).

As síndromes respiratórias severas e agudas (SARS) possuem como principais agentes etiológicos os vírus, sendo que estes podem ser os patógenos principais ou levar os indivíduos a estarem propensos a infecções secundárias, sendo assim, as SARS possuem influência direta sobre os indicadores de morbidade e mortalidade de todo o mundo, tendo em vista suas manifestações graves (NOBRE et al., 2014).

Com capacidade de transmissão de humanos para humanos o SARS-CoV-2 pode ser transmitido principalmente por gotículas respiratórias, contato e aerossol. A COVID-19 tem manifestações clínicas que variam de casos leves a graves. Em pacientes com comorbidades e idosos a doença pode se manifestar de forma grave e até mesmo fatal (CASACA et al., 2020; YUEN et al., 2020).

No Brasil, o primeiro caso da COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, sendo também o primeiro caso da América Latina (BRASIL, 2020a) e em 20 de março de 2020 foi declarada transmissão comunitária em todo o território nacional (BRASIL, 2020b). No Tocantins, o primeiro caso foi confirmado no município de Palmas em 18 de março de 2020 (PALMAS, 2020a).

Desde o início de 2020, a COVID-19 dispersou-se rapidamente pelo mundo todo e até 09 de dezembro de 2020, já haviam sido confirmados mais de 67,7 milhões de casos de COVID-19, incluindo mais de 1,5 milhão de óbitos, reportados pela OMS. Na região das Américas, no mesmo período, foram confirmados mais de 28,8 milhões de casos e mais de 756 mil óbitos de COVID-19 (BRASIL, 2020c).

As notificações de casos suspeitos no município de Palmas inicialmente eram realizadas por meio do FormSUS, um serviço para criação de

formulários na WEB que foi desenvolvido pelo DATASUS, a fim de atender as finalidades dos serviços de saúde do SUS e órgãos parceiros. A partir do dia 02 de junho de 2020 as notificações passaram a ser realizadas no NotificaSUS, que é o sistema municipal para notificar os agravos de notificação compulsória e posteriormente a equipe de Sistemas de Informações em Saúde (SIS) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e do COE-PALMAS realiza a digitação das notificações no e-SUS Notifica, sistema do Ministério da Saúde (PALMAS, 2020b; BRASIL, 2015).

Até o dia 26 de março de 2020, as notificações eram realizadas na nova plataforma de formulários do Ministério da Saúde (FormSUS2), armazenado na plataforma web REDCap, que é um ambiente seguro com o intuito de criar e gerenciar dados online, fornecendo procedimentos de exportação e pacotes estatísticos facilitados. A partir do dia 27 de março de 2020, as notificações passaram a ser realizadas por um novo endereço eletrônico (disponível em: https://notifica.saude.gov.br/login), justificado pelo Ministério da Saúde como uma forma de melhorar a qualidade do sistema de notificação. De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária, a notificação deve ser realizada imediatamente via plataforma e-SUS Notifica. Desta forma, os profissionais de saúde da rede pública e privada de Palmas digitam as notificações no formulário disponibilizado no sistema municipal e as equipes da SEMUS repassam essas notificações para o sistema nacional (BRASIL, 2020a; 2020d; 2020e; 2020f).

Outro sistema utilizado para as notificações de casos suspeitos de COVID-19 é o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), esse sistema foi implantado no ano de 2000 enquanto ferramenta para monitorar os dados da Vigilância Sentinela das Síndromes Gripais (SG), em 2012 foi adaptado para o novo modelo de vigilância, passando a ser o sistema para as notificações dos casos de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) que são internados. Desta forma, considerando que o país passa por uma fase de transmissão comunitária, todos casos de SRAG hospitalizados ou óbitos por SRAG independente de hospitalização entrarão como caso suspeito de COVID-19, sendo que a notificação deve ser imediata no SIVEP-Gripe e realizada por todos os hospitais públicos ou privados (BRASIL, 2011; 2020g; 2020h).

No Brasil, até 09 de dezembro de 2020 foram confirmados mais de 6,7 milhões de casos da COVID-19, 178 mil óbitos e 5,9 milhões de recuperados. Até o final do mês de outubro de 2020, foram notificados cerca de 860 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados, com mais de 50% dos casos confirmados para COVID-19 (n=465.092) (BRASIL, 2020c).

A Vigilância Epidemiológica de Palmas informa que após 291 dias de resposta, até às 09 horas do dia 31 de dezembro de 2020, totaliza 94.040 notificações para síndrome gripal (SG), onde estão incluídos também os casos suspeitos para COVID-19, sendo: 39.026 descartados e 21.344 casos confirmados (números acumulados) para COVID-19, destes 217 pacientes evoluíram para óbito (PALMAS, 2020c).

Este artigo descreve o perfil epidemiológico dos casos confirmados de COVID-19 em Palmas, Tocantins, no período de março a outubro de 2020.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal, quanto ao objetivo analítico, com levantamento de dados oriundos de Sistemas de Informações em Saúde (SIS), como o FormSUS, E-SUS Notifica, SIVEP-Gripe e NotificaSUS, a fim de

analisá-los, por meio da descrição e comparação com dados da COVID-19 no âmbito nacional e estadual.

Para Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa quantitativa emprega a utilização da matemática para descrever os aspectos relacionados ao estudo, bem como descrever causas, analisar variáveis etc.

Os estudos transversais objetivam descrever determinada situação ou fenômeno em um ponto de tempo, se apresenta como um corte instantâneo feito numa população, através de uma amostragem, para determinar a relação entre os fenômenos (HOCHMAN et al., 2005).

O estudo descritivo é aquele que analisa e descreve os aspectos de determinado agravo ou doença, bem como sua distribuição no tempo, espaço e particularidades individuais, sem a interferência do pesquisador (HEERDT E LEONEL, 2007).

Essa pesquisa teve como finalidade descrever o perfil epidemiológico dos casos confirmados de COVID-19 de residentes em Palmas, Tocantins, no período de março a outubro de 2020.

Foram incluídos todos os casos de COVID-19 confirmados por meio de critério laboratorial ou clínico epidemiológico, cujo local de residência seja Palmas, Tocantins, notificados no período de março a outubro de 2020. Foram excluídos os casos confirmados de COVID-19 de não residentes em Palmas, Tocantins.

As variáveis escolhidas para análise foram: sexo, idade (faixa etária), raça/cor, escolaridade, local de residência, ocupação, comorbidades, sintomas, teste diagnóstico, forma de contágio e evolução do caso.

Para realização da pesquisa, foi utilizado o método de análise dos bancos de dados dos Sistemas de Informação em Saúde citados anteriormente. Os bancos de dados foram consolidados e analisados em forma de planilhas, tabelas e gráficos pelo programa Microsoft Excel. O primeiro passo foi analisar as particularidades de cada banco, corrigindo suas inconsistências e unificando os bancos de todos os Sistemas em planilha própria, elaborada pelos autores, conforme variáveis de interesse estabelecidas para o estudo. Os Sistemas de Informações utilizados possuem características semelhantes no que diz respeito ao modelo de notificação, sendo assim, não houve dificuldade na unificação dos dados. Não foi possível realizar a análise do banco de dados do Sistema de notificação federal, E-SUS Notifica, devido à instabilidade no sistema durante a coleta de dados, não sendo possível assim, extrair o banco para análise.

A realização e aplicação da pesquisa foi realizada segundo as diretrizes e regulamentações para pesquisas com seres humanos das resoluções nº 466/2012 e 510/2016. O acesso ao banco de dados se deu após avaliação favorável da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da FESP (CAPP), com parecer nº 82 de 18 de junho de 2020, e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da FESP (CEP) de nº 4.432.893 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 38708620.3.0000.9187.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As investigações para COVID-19 no município de Palmas, Tocantins tiveram início no dia 28 de fevereiro de 2020 com o primeiro caso suspeito notificado, sendo este, o primeiro caso descartado do município.

O Boletim Epidemiológico de Palmas é realizado diariamente desde março de 2020, além de ser indexado. O Boletim disponibiliza informações sobre as notificações, os casos confirmados, descartados, recuperados, ativos, óbitos, letalidade, taxa de ocupação hospitalar e quantitativo dos exames laboratoriais realizados para diagnóstico (PALMAS, 2020d).

No dia 16 de março de 2020, o primeiro Boletim Epidemiológico de Palmas foi publicado com 19 notificações, sendo 14 casos suspeitos, 05 descartados e nenhum caso confirmado. Dois dias após este evento, houve a primeira confirmação de um caso de COVID-19 no município, tratava-se de pessoa do sexo feminino com relato de viagem interestadual (PALMAS, 2020e).

Até 31 de outubro de 2020, período de interesse deste estudo, foram notificados 74.230 casos, sendo 27.561 (37%) descartados, 17.583 (24%) confirmados e 29.086 (39%) casos que não realizaram exame ou estavam aguardando resultado. Dos casos confirmados, 188 (1%) evoluíram a óbito durante o período, conforme o Boletim Epidemiológico publicado no dia.

O crescimento exponencial dos casos da COVID-19 resulta basicamente de sua alta capacidade de infecção e da falta de imunidade prévia das populações (GARCIA; DUARTE, 2020).

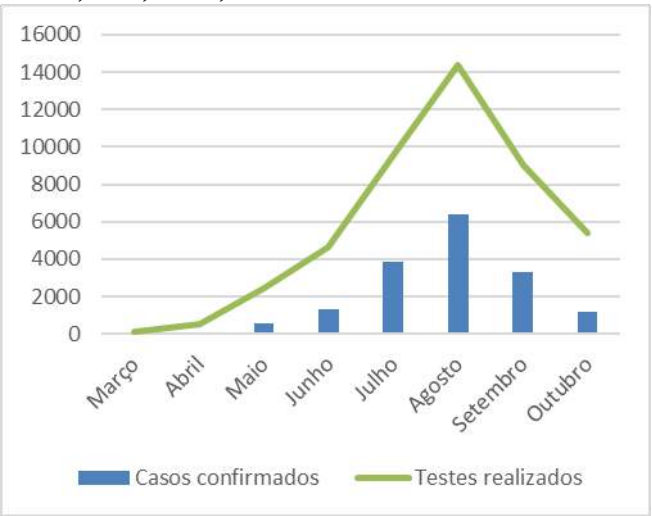
Após análise minuciosa do banco de dados dos casos confirmados de COVID-19 em Palmas-TO, foi possível observar que comparando o banco de dados com o Boletim Epidemiológico de Palmas publicado no dia 31 de outubro de 2020 (PALMAS, 2020f) houve uma redução do número de casos, de 17.583 casos publicados para 16.660 casos, pois foram encontradas 32 duplicidades, 85 casos que foram notificados como residentes de outro município e/ou estado e 806 casos em que não foi possível encontrar notificação em nenhum dos sistemas utilizados, sendo assim, não entra para análise do estudo, conforme critério de inclusão estabelecido. Os óbitos também sofreram alteração, porém houve um aumento do número de óbitos, passando de 188 óbitos para 197 óbitos no período em questão, isso pode ocorrer por causa do processo de qualificação da informação, pois existe um intervalo de tempo entre a data do óbito e o registro final no sistema, dessa forma, óbitos que ocorreram até o dia 31 de outubro de 2020 podem ter sido incluídos posteriormente.

Não foi possível identificar a notificação de 806 pacientes que constam no banco de dados de casos confirmados, isso pode acontecer devido a algumas unidades de assistência à saúde do município realizarem a notificação direto no sistema de notificação nacional (e-SUS Notifica) e não no sistema de notificação municipal (NotificaSUS) ou em casos de SRAG, no SIVEP-Gripe, sendo assim, devido a uma falha de comunicação com o servidor do e-SUS Notifica, não foi possível a extração do banco de dados desse sistema de informação.

A falha para extração dos dados também pode ser justificada pela alteração dos sistemas utilizados para notificação dos casos suspeitos de COVID-19 a nível nacional e municipal durante o período do estudo. No nível nacional, o REDCap foi o sistema utilizado no início da pandemia até o dia 27 de março de 2020, após essa data, o e-SUS VE passou a ser utilizado, sendo renomeado posteriormente para e-SUS Notifica. No nível municipal, o FormSus foi o sistema utilizado no início da pandemia até o dia 03 de junho de 2020, após essa data o NotificaSUS passou a ser utilizado. A falta de integração entre os sistemas utilizados atualmente, e-SUS Notifica e NotificaSUS, pode dificultar o cruzamento e prejudicar a análise dos dados, impactando no monitoramento dos casos.

O gráfico 1 apresenta a curva de casos acumulados e testes realizados em Palmas, a partir do primeiro caso no mês de março.

Gráfico 1. Distribuição dos casos confirmados e testes realizados para COVID-19 por mês de referência, em Palmas, - TO, Brasil, 2020.



Fonte: Banco de dados dos casos notificados e confirmados para COVID-19 no município de Palmas, Tocantins, 2020 (ELABORADO PELOS AUTORES).

O maior número absoluto de casos confirmados ficou concentrado entre os meses de junho a setembro. A confirmação de um caso para COVID-19 continua sendo um desafio em todo o país, pois é necessário que haja uma relação entre o início dos sintomas e a realização do exame laboratorial.

A partir do dia 13 de junho, foi observado que houve aumento no número de testes realizados no município, e consequentemente um aumento exponencial dos casos, foram contabilizados 604 testes realizados e 45 casos confirmados no dia. Nos meses posteriores o número de testes realizados permaneceu em alta, assim como o número de casos confirmados. Esse aumento gradativo de testagem é um fator importante a ser ressaltado, pois mostra que no pico da doença, quando havia maior necessidade de assistência, o serviço estava estabelecido e o município conseguiu oferecer o diagnóstico em tempo oportuno (Gráfico 1) (PALMAS, 2020g).

Não foi possível analisar a variável ocupação, tendo em vista que dos 16.660 casos confirmados durante o período estudado, apenas 221 notificações possuíam esse campo preenchido, o que equivale a apenas 1,3% dos casos confirmados. Dos 221 campos preenchidos, 20 relataram ser profissional de saúde, que é um dos principais grupos de risco, tendo em vista sua vasta exposição. A incompletude desses dados para análise foi uma limitação deste estudo, pois prejudica a avaliação das possíveis profissões expostas ao risco (SILVA et al., 2020).

Tabela 1. Distribuição e perfil dos casos confirmados para COVID-19 no município de Palmas - TO, Brasil, 2020.

VARIÁVEL	**N= 16.660**	**%**
SEXO	**N**	**%**
Masculino	7.661	46%
Feminino	8.999	54%
FAIXA ETÁRIA	**N**	**%**
0 a 9 anos	726	4%
10 a 19 anos	1.213	7%
20 a 29 anos	3.561	21%
30 a 39 anos	4.485	27%
40 a 49 anos	3.468	21%
50 a 59 anos	1.880	12%
60 a 69 anos	820	5%
Mais de 70 anos	507	3%
RAÇA/COR	**N**	**%**
Branca	4.259	26%
Preta	704	4%
Amarela	2.573	15%
Parda	6.961	42%
Indígena	12	0%
Em branco/Ignorado	2.151	13%
ESCOLARIDADE	**N**	**%**
Analfabeto	124	1%
Fundamental Incompleto	632	4%
Fundamental Completo	382	2%
Médio Incompleto	402	2%
Médio Completo	2.787	17%
Superior Incompleto	578	4%
Superior Completo	2.216	13%
Não se aplica	542	3%
Em branco/Ignorado	8.997	54%

Fonte: Banco de dados dos casos notificados e confirmados para COVID-19 no município de Palmas, Tocantins, 2020 (ELABORADO PELOS AUTORES).

Com relação ao perfil dos casos confirmados, no período de março a outubro de 2020 foi possível observar a maioria de casos em pessoas do sexo feminino (54%) e na faixa etária de 30 a 39 anos (27%).

Em um estudo realizado em Araguaína, Tocantins até o dia 24 de setembro de 2020, a predominância dos casos confirmados também era em pessoas do sexo feminino 53%, assim como em outros estudos realizados em outros estados (ALVARENGA et al., 2020; SILVA et al., 2020; PAIVA et al., 2020). Como justificativa dessa predominância, seria que o serviço de saúde do Brasil tem como principal público as mulheres (LEVORATO et al., 2013).

Em relação à faixa etária alguns estudos se assemelham, como o estudo realizado em Paraná onde os casos confirmados tiveram prevalência de 13,6% entre 30-39 anos (PAIVA et al., 2020). Isso ocorre além do fato de que as pessoas entre 26 a 49 anos procuram mais o sistema de saúde no Brasil, pessoas entre 30-39 estão entre a faixa etária mais produtiva, com maior número de trabalhadores (formais) (LEVORATO et al., 2013).

No que diz respeito à raça/cor, uma variável que também é de interesse desse estudo, pode-se observar que o maior número de casos registrados ocorreu em pessoas pardas (42%), é importante salientar o grande número de campos em branco ou ignorados dessa variável (13%), fato que demonstra a fragilidade no preenchimento das notificações por parte dos serviços de saúde do município (Tabela 1).

Segundo Estrela et al. (2020), a rápida expansão da COVID-19 traz impactos econômicos, sociais e para a saúde, principalmente quando se transversalizam os marcadores sociais que vulnerabilizam diversos grupos populacionais, sendo a raça um desses marcadores. Embora não haja seletividade contagiosa, a vulnerabilidade e exposição, além dos impactos da infecção são sentidos de maneiras diferentes a depender da raça, classe e gênero.

Um estudo realizado por Girão et al. (2020) sobre o perfil epidemiológico do Sars-CoV-2 no Brasil, identificou que no estado do Ceará, dentre os casos confirmados, a maior prevalência, segundo raça/cor, é de pardos (27.451). Este dado vai de encontro ao resultado encontrado no presente estudo, uma vez que a maior prevalência de casos registrados ocorreu em pessoas pardas.

Segundo dados divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2019, a população parda é predominante no Brasil, com 46,8% autodeclarados, sendo assim, corrobora com o dado identificado no presente estudo, uma vez que a maior porcentagem de infectados é da população parda.

A variável escolaridade teve sua maior porcentagem (54%) em campos em branco ou ignorados, tornando assim um ponto difícil de análise. Das pessoas que tiveram escolaridade relatadas na notificação, o maior número foi de pessoas com ensino médio completo (17%), conforme tabela 1.

Inicialmente, destaca-se que a incompletude no preenchimento dos dados referentes à escolaridade dificulta a análise dessa variável, uma vez que se evidenciou baixo registro deste dado. No entanto, a porcentagem obtida corrobora com o estudo realizado por Peixoto et al. (2020), no qual foi identificado que o maior número de acometidos pela COVID 19 foi de pessoas com 8 anos ou mais de escolaridade (equivalente à quantidade de anos até o Ensino médio identificado no presente estudo), sendo 56,1%. Este dado implica em diversos fatores, por exemplo, o fator apresentado por Estrela et al. (2020), no impacto direto ao descumprimento às instruções de saúde pública, ou até mesmo a falta de

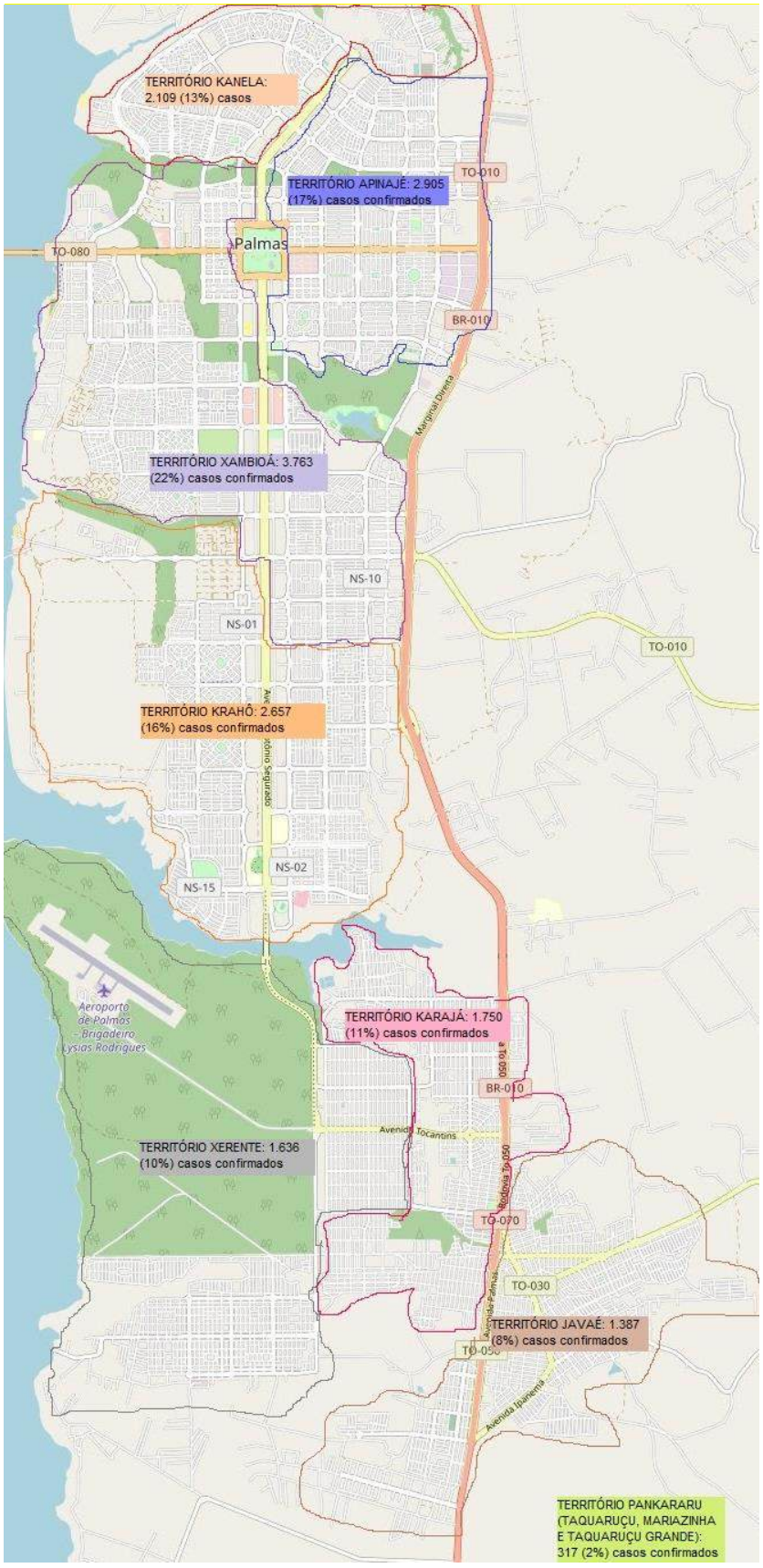
acesso/desconhecimento destas instruções, tornando-se mais vulnerável à contaminação e transmissão da COVID-19.

De acordo com o Ministério da Saúde, os sintomas da COVID-19 podem variar de um resfriado a uma síndrome gripal até uma pneumonia severa. Sendo os sintomas mais comuns: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de anosmia (disfunção olfativa), ageusia (disfunção gustatória), diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e cefaleia (BRASIL, 2020i).

Sobre a sintomatologia, constatou-se que os mais frequentes foram cefaleia (47,1%), febre (42,7%), tosse (40,6%), coriza (29,3%), dor de garganta (25,5%), seguidos por fraqueza, fadiga ou tontura (23,9%), anosmia (23,9%) e ageusia (23,3%). Com menor frequência aparecem os sintomas exsudato faríngeo (0,6%), saturação abaixo de 95% (1,2%) e desconforto respiratório (1,6%).

Os dados de febre e tosse corroboram com os sintomas de um estudo realizado em Wuhan, com dados do ano de 2019, onde esses foram os sintomas mais prevalentes, no entanto, a cefaleia aparece como um dos menos comum, manifestando em apenas 8% dos pacientes analisados (HUANG et al., 2020).

Figura 1. Distribuição dos casos confirmados para COVID-19 por território de saúde, no município de Palmas - TO, Brasil, 2020.



Fonte: Banco de dados dos casos notificados e confirmados para COVID-19 no município de Palmas, Tocantins, 2020 (ELABORADO PELOS AUTORES).

As regiões de saúde em Palmas passaram a se chamar território de saúde a partir do ano de 2016, quando foi regulamentada a Portaria Institucional Nº 518 (PALMAS, 2016), sendo assim, o município foi dividido em oito territórios de saúde: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu (Figura 1). O território de saúde Pankararu integra os Distritos de Taquaruçu e Buritirana.

No que tange a distribuição dos casos por região de saúde, os casos confirmados para COVID-19 no município tiveram maior concentração na região Xambioá (22%), no entanto, a diferença foi discreta quando comparado às outras regiões que também ficaram em alta, como é o caso da região Apinajé (17%) e Krahô (16%) (Figura 1).

Quando relacionado a incidência de COVID-19 com os fatores geográficos, foi possível observar que as regiões mais vulneráveis, como a região sul da capital, foram mais acometidas pelo coronavírus. Tal constatação deve-se ao fato de que são regiões onde estão concentrados o maior número da população palmense, bem como, pode ser considerado também o fato da estrutura laboral dessa população, uma vez que na grande maioria utilizam transporte público para se deslocarem até seus locais de trabalho, ficando dessa forma, mais expostos ao vírus.

Dos casos confirmados, 2.115 possuíam relato de comorbidade na notificação, desses, 499 tinham relato de comorbidade associada. Das comorbidades, a maior ocorrência observada foi de doença cardiovascular crônica (40%), seguido por diabetes mellitus (10%) e doença pulmonar crônica (8%).

As comorbidades mais prevalentes registradas no informe epidemiológico paranaense foram doença cardiovascular crônica, incluindo hipertensão (34,37%) e diabetes mellitus (22,99%), assemelhando-se a nossa pesquisa. Enquanto em um estudo realizado em Nova Iorque se diverge da nossa pesquisa sendo as comorbidades mais prevalentes a hipertensão (63%) e diabetes mellitus (36%). A diabetes mellitus, segunda comorbidade mais prevalente em ambas as análises, triplica a chance de internação em pacientes infectados (CUMMINGS et al., 2020; PARANÁ, 2020).

Com relação à internação, de 16.660 pacientes confirmados em Palmas, 657 (3,9%) estiveram internados segundo o relatório de notificações do SIVEP-Gripe e banco de dados dos casos internados, 672 (4,1%) estavam com esse campo da notificação em branco ou ignorado, os demais 15.331 (92%) cumpriram isolamento domiciliar sem necessidade de internação.

Dentre pacientes hospitalizados pela COVID-19, 377 (52%) apresentavam fator de risco associado, o que representa 2% da amostra. Os três fatores de risco mais prevalentes foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (262 [40%]), presença de doença cardiovascular crônica, incluindo hipertensão (181 [28%]) e diabetes mellitus (107 [16%]). Em seguida, obesidade (34 [5,2%]), pneumopatias crônicas (31 [4,7%]), doença renal crônica (19 [2,9%]), imunodeficiência (11 [1,7%]), doença neurológica crônica (8 [1,2%]), tabagismo e gestação (7 [1,1%]), doença hepática e neoplasias (4 [0,6%]), pacientes acamados (3 [0,5%]), hipotireoidismo (2 [0,3%]), e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), fibromialgia, doenças hematológicas, esquizofrenia e leucemia, ambos com 1 (0,2%).

O presente estudo confirma o que tem sido descrito na literatura sobre a idade mais avançada e a presença de comorbidades serem fatores associados à hospitalização por COVID-19, que podem ser encarados como potenciais marcadores de gravidade da doença (NIQUINI et al., 2020).

O número de pacientes hospitalizados no município de Palmas durante o período estudado é 58% menor quando comparado com o estudo

realizado no Estado do Paraná no ano de 2020 e 67% menor que o realizado em Nova Iorque em março de 2020, sendo que 49,5% da população internada no Paraná era idosa e 34,37% apresentava doença cardiovascular crônica, dados que corroboram os achados deste estudo. Em Nova Iorque os dados de comorbidade também são compatíveis com os achados em Palmas, onde 82% apresentava doença cardiovascular crônica e 58% tinham 60 anos ou mais (CUMMINGS et al., 2020; PARANÁ, 2020).

A distribuição dos óbitos no município de Palmas apresentou maior incidência na região do extremo sul da capital, onde estão localizados os territórios de saúde Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu, com 78 de 197 óbitos (39,5%) no período estudado, seguido pela região norte, nos territórios Kanela e Apinajé com 60 óbitos (30,4%), e a região central/sul apresentou 58 óbitos (29,4%). Apenas uma notificação dos casos que evoluíram a óbito não apresentava endereço preenchido corretamente, não sendo possível identificar o seu território de saúde. Dos óbitos que ocorreram, 165 (84%) passaram por internação hospitalar, 1 (0,5%) estava com o campo em branco ou ignorado e 31 (15,5%) em isolamento domiciliar.

Conforme é afirmado por Cangussu (2014), a região Sul do município de Palmas acolhe aproximadamente 40% da população e têm apresentado maior precariedade em alguns indicadores, e por consequência maior vulnerabilidade socioambiental. Paiva et al. (2020), afirma em seu estudo que o acesso a saúde, a estabilidade econômica e a estrutura laboral da população de minoria étnica e racial são alguns dos fatores que contribuem para o pior prognóstico da doença nessa população, dessa forma, corrobora com o dado encontrado neste estudo, visto que a incidência de gravidade (internação hospitalar) e de óbitos pela COVID-19 apresentou-se maior nas regiões mais vulneráveis de Palmas.

CONCLUSÃO

O perfil dos casos confirmados deste estudo, assemelha-se em alguns aspectos ao perfil de casos encontrados na literatura científica, embora possua características que divergem consideravelmente de estudos publicados sobre o tema, como é o caso do sintoma cefaleia, descrito anteriormente.

Na análise das variáveis, observou-se que quando analisados por sexo, a taxa de contaminação pela COVID-19 teve maior ocorrência no sexo feminino em comparação ao sexo masculino. Em relação à faixa etária e a taxa de contaminação, os indivíduos com idade adulta média obtiveram maior índice de contaminação.

Os dados analisados indicam a necessidade de um olhar crítico sobre a notificação dos casos, uma vez que o número de pacientes confirmados sem notificação foi expressivo, além de que, constatou-se a dificuldade de análise de algumas variáveis devido ao preenchimento incompleto de alguns campos.

Considerando que o município de Palmas possui um sistema de notificação próprio, a nível municipal, o que facilita a notificação e acesso direto das instituições de saúde, sugere-se a realização de capacitações com os profissionais e instituições de saúde do município do setor público e privado, no intuito de reforçar a importância da realização da notificação, tendo em vista que a oportuna notificação e digitação dos dados epidemiológicos no sistema de informação é a melhor maneira de subsidiar os gestores para o planejamento das ações de prevenção e controle, ou seja, a tomada de decisão.

Este estudo demonstra a importância da adesão da população as medidas de distanciamento e isolamento social, uma vez que, observou-se que no início da pandemia, durante os meses de março, abril

e maio houve uma adesão maior ao isolamento, seja pelo pouco conhecimento acerca da doença, seja pelo medo da mesma, essas medidas podem ter sido negligenciadas com o passar do tempo, podendo ser uma explicação para o aumento considerável nos meses posteriores.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. S.; LOURENÇO, R. G. S.; MOREIRA, L. M. S. Situação do COVID-19 e sua progressão no município de Araguaína, Tocantins, Brasil. J**NT- FACIT Business and Technology Journal**. Araguaína: ed. 20, v. 1, p. 167-181, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico – Doença pelo Coronavírus 2019 Nº 04**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/2020-03-02-Boletim-Epidemiol--gico-04-corrigido.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. **REDCap Brasil**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2020e. Disponível em: <https://www.redcapbrasil.com.br/>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico – Doença pelo Coronavírus 2019 Nº 06**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. 9. ed. 41 p. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. N**ota Técnica N° 20, de 17 de abril de 2020**. Notificação imediata de casos de síndrome gripal via plataforma do eSUS VE e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado no SIVEP-Gripe. Brasília: Ministério da Saúde, 2020h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Orientações para o manejo dos pacientes com COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020i.

BRASIL. **FormSUS: Manual do Gestor**. 92 p. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.693, de 17 de novembro de 2011**. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CANGUSSU, B. M. **A categoria território como ferramenta estratégica no planejamento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: Uma experiência participativa na região sul do município de Palmas-Tocantins**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CASACA, M. C. G.; CASACA, J. E. G.; CORDES, M. E. G.; CORDES, M. F. G.; CORDES, M. G. G.; BELLINI, M. Z. Comparação de dados de infecções e mortes pelo novo coronavírus de diferentes países do mundo com os dados brasileiros desde o primeiro infectado até o final da primeira quinzena de abril de 2020. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 3, n. 2, p.3434-3454, 2020.

CUMMINGS, M. J.; BALDWIN, M. R.; ABRAMS, D.; JACOBSON, S. D.; MEYER, B. J.; BALOUGH, E. M.; AARON, J. G.; CLAASSEN, J.; RABBANI, L. E.; HASTIE, J.; HOCHMAN, B. R.; SALAZAR-SCHICCHI, J.; YIP, N. H., BRODIE, D.; O'DONNELL, M. R. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. **The Lancet**. Reino Unido: v. 395, n. 10239, p. 1763-1770, 2020.

ESTRELA, F. M.; SOARES, C. F. S.; CRUZ, M. A.; SILVA, A. F.; SANTOS, J. R. L.; MOREIRA, T. M. O.; LIMA, A. B.; SILVA, M. G. Pandemia da COVID-19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 25, n. 9, p. 3431-3436, 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 29, n.2, p.1-4, 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

GIRÃO, M. M. F.; COELHO, N. P.; BARROSO, B. S.; GADELHA, M. S. V. Perfil epidemiológico dos pacientes de SARS-COV-2 no Brasil. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. Jaboatão dos Guararapes: v. 14, n. 51, p. 646-658, 2020.

HEERDT, M. L.; LEONEL, V. **Metodologia científica e da pesquisa: livro didático**. 5 ed. Palhoça, Santa Catarina: UnisulVirtual, 2007.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; FILHO, R. S. O.; FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. São Paulo: v. 20, suppl. 2, p. 2-9, 2005.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; REN, L.; ZHAO, J.; HU, Y.; ZHANG, L.; FAN, G.; XU, J.; GU, X.; CHENG, Z.; YU, T.; XIA, J.; WEI, Y.; WU, W.; XIE, X.; YIN, W.; LI, H; LIU, M.; XIAO, Y.; GAO, H.; GUO, L.; XIE, J.; WANG, G.; JIANG, R.; GAO, Z.; JIN, Q.; WANG, J.; CAO, B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**. Reino Unido: v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019**, 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20da,1%25%20como%20amarelos%20ou%20ind%C3%ADgenas.>. Acesso em: 07 fev. 2021.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 19, n.4, p. 1263-1274, 2014.

NIQUINI, R. P.; LANA, R. M.; PACHECO, A. G.; CRUZ, O. G.; COELHO, F. C.; CARVALHO, L. M.; VILLELA, D. A. M.; GOMES, M. F. C.; BASTOS, L. S. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 36, n. 7. p. 1-11, 2020.

NOBRE, A. F. S.; SOUSA, R. C. M.; SANTOS, M. C.; BARBAGELATA, L. S.; JÚNIOR, E. C.; LIMA, D. F.; SOUZA, E. M. A.; MELLO, W. A. Primeira detecção de coronavírus humano associado à infecção respiratória aguda na Região Norte do Brasil. **Revista Pan-amazônica de Saúde**. Ananindeua: v. 5, n. 2, p. 37-41, 2014.

PAIVA, C. I.; NASR, A. M. L. F.; MAGATAO, D. S.; DITTERICH, R. G.; GUIMARAES, R. R. M.; PILER, R. A.; PRETO, C. A. G.; JUNIOR, N. W.; LOPES, M. G. D.; FREDRICH, V. Perfil epidemiológico da COVID-19 no Estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. Paraná: v. 3, suppl. 1, p. 39-61, 2020.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Secretaria de Saúde anuncia 1° caso do novo coronavírus (COVID-19) em Palmas**. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/secretaria-de-saude-anuncia-1-caso-do-novo-coronavirus-covid-19-em-palmas/22794/>. Acesso em: 01 de fev. de 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. **Plano de Contingência do município de Palmas para a Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-2019).** Palmas: Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/LDrizCbH7iGMAo7ZKu9IZKP2fuBHArhtEgbsmRM5.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Nº 287, 31 dez 2020. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2020c.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Secretaria da Saúde: Prefeitura de Palmas passa a**

publicar diariamente Boletim Epidemiológico do Coronavírus (COVID-19). Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2020d. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/prefeitura-de-palmas-passa-a-publicar-diariamente-boletim-epidemiologico-do-coronavirus-covid-19/22811/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo coronavírus (COVID-19).** Nº 01, 16 mar 2020. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2020e. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/media/doc/17_3_2020_9_7_40.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Nº 226, 31 out 2020. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2020f.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Site Plantão Coronavírus**. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2020g. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/boletim>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria Institucional Nº 518, de 14 de junho de 2016**. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Informe Epidemiológico.** Nº 246, 31 de outubro de 2020. Curitiba: Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-10/informe_epidemiologico_31_10_2020_.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

PEIXOTO, S. V.; SOUZA, M. A. N.; MAMBRINI, J. V. M.; ANDRADE, F. B.; MALTA, D. C.; COSTA, M. F. L. Comportamentos em saúde e adoção de medidas de proteção individual durante a pandemia do novo coronavírus: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 36, suppl. 3, p. 1-14, 2020.

SILVA, A. W. C.; CUNHA, A. A.; ALVES, G. C.; CORONA, R. A.; DIAS, C. A. G. M.; NASSIRI, R.; VEDOVELLI, S.; VILHENA, T. R. F., FAVACHO, V. B. C.; SOUSA, J. F.; ARAÚJO, M. H. M.; OLIVEIRA, E.; DENDASCK, C. V.; FECURY, A. A. Perfil epidemiológico e determinante social do COVID-19 em Macapá, Amapá, Amazônia, Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. São Paulo: ano 05, ed. 04, vol. 04, p. 05-27, 2020.

YUEN, Kit-San; YE, Zi-Wei; FUNG, Sin-Yee; CHAN, Chi-Ping; JIN, Dong-Yan.SARS-CoV-2 and COVID-19: the most important research questions. **Cell & Bioscience**. Hong Kong, v. 10, n. 1, 2020.

Nome da Revista Cientifica: **Revista Desafios – UFT**

Link para acesso às normas de publicação:

https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions

Template:

https://docs.uft.edu.br/share/s/EQsnbw2gQoG_Zpso-QwO_Q

Atuação do residente em Saúde Coletiva na Coordenação Técnica do NASF em tempos da Covid-19

Performance of the resident in Public Health in the technical coordination of the NASF in Covid-19 times

Aline Lima Medeiros , Silvely Tiemi Kojo Sousa, Andreza Domingos da Silva

RESUMO Este artigo visa apresentar a experiência do residente em Saúde Coletiva que atua na Coordenação Técnica do NASF durante a pandemia da Covid-19. Um estudo de natureza descritiva, realizado na Coordenação Técnica da equipe multiprofissional, na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, durante os meses de janeiro a setembro de 2020. A descrição desta experiência demonstra a importância da atuação do profissional residente no campo de prática, uma vez que os Programas de Residência ofertam conteúdo técnico e formação continuada.Mesmo que tenha decorrido em curto período de tempo, esta experiência foi importante para o meu crescimento profissional e acadêmico, onde foi possível criar habilidades de gestão em saúde pública e vigilância epidemiológica, através da união dos momentos de teoria, estudados durante as tutorias, com a prática das atividades da coordenação. Portanto, a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva , mediante as diferentes experiências vivenciadas pelos profissionais,proporciona um espaço de debate quanto à gestão do SUS, o que motiva os residentes para a atuação nas áreas de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo.

PALAVRAS-CHAVE Equipe Multiprofissional. Covid-19. Saúde Coletiva.

ABSTRACT This article aims to present the experience of the resident in Public Health who works in the Technical Coordination of NASF during the Covid-19 pandemic. A study of a descriptive nature, carried out in the Technical Coordination of the multiprofessional team, at the Municipal Health Department of Palmas, from January to September 2020. The description of this experience demonstrates the importance of the performance of the resident professional in the field of practice, a since the Residency Programs offer technical content and continued training. Even if it happened in a short period of time, this experience was important for my professional and academic growth, where it was possible to create management skills in public health and epidemiological surveillance, through the union of the

moments of theory, studied during the tutorials, with the practice of coordination activities. Therefore, the Multiprofessional Residency in Public Health, through the different experiences experienced by the professionals, provides a space for debate regarding the management of SUS, which motivates residents to work in the areas of Health Surveillance in the three spheres of government.

KEYWORDS Multiprofessional Team. Covid-19. Collective Health.

Introdução

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é considerada a porta principal do Sistema único de Saúde (SUS), tendo sua definição descrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde:

> A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19)[1].

A partir desta definição**,** é estabelecida a posição estratégica da Atenção Básica no SUS, garantindo a universalidade do acesso e a cobertura universal, concretizando a integralidade de ações programáticas e demanda espontânea, prevenção de agravos, ações de promoção à saúde, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.[2]

Frente a este modelo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como a principal modalidade de atuação na Atenção Básica (AB), onde foi posto a possibilidade de aprimorar as diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, territorialização e descentralização preconizadas pelo SUS.[3]

Tendo como base o trabalho em equipe, as equipes da ESF são formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário da saúde, que se comprometem em cuidar da saúde da família de maneira humanizada, oferecendo atenção contínua a uma população de um determinado território. Estas equipes também podem estar ligadas a uma

equipe de Saúde Bucal (odontólogo, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).[4,5,6]

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de qualificar e tornar mais resolutiva a atuação da ABS. É constituída por uma equipe multiprofissional, cuja definição cabe ao gestor municipal, de acordo com as necessidades do território e em consulta às equipes da ABS. Desta forma, não é considerada a porta de entrada do SUS, mas uma equipe de apoio matricial.[4,7]

Considerando a necessidade de revisar a forma dos repasses federais para Atenção Primária à Saúde (APS), em novembro de 2019 foi lançado o Programa Previne Brasil o qual altera a Portaria nº 6, de 28 de setembro de 2017 e define um novo modelo de financiamento da Atenção Básica (AB), dentre ele a revogação do instrumento normativo que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB.[8]

A partir de então, a Nota Técnica Nº 3 publicada em janeiro de 2020 reiterou a autonomia dos gestores na aplicação dos incentivos de custeio federal e na definição dos profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe conforme necessidade do território. Assim, foi necessário um estudo local da composição das equipes multiprofissionais(NASF) que atuam na APS de Palmas considerando o novo modelo de financiamento e a lógica dos processos de trabalho.[9]

O município de Palmas, atualmente, conta com 13 equipes multiprofissionais(NASF) distribuídas por 8 macroterritórios de saúde ofertando ações e serviços aos 34 Centros de Saúde da Comunidade(CSC). Essas equipes são compostas pelas categorias de educação física, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social, e os vínculos são efetivos, contratos temporários, residentes multiprofissionais em saúde e pesquisadores do programa Palmas para Todos.

Em consonância, o vírus identificado como SARS-CoV-2, o novo coronavírus, responsável pela doença Covid-19, com primeiro caso identificado na cidade de Wuhan em dezembro de 2019, teve rápida propagação da infecção criando um nível de alerta alto de atenção pelas autoridades mundiais. No Brasil, o primeiro caso foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, tendo em março, os primeiros casos notificados de transmissão comunitária. O Município de Palmas teve o primeiro caso positivo confirmado no dia 18 de março de 2020. Diante disso, estados e municípios brasileiros começaram seus planos de enfrentamento da pandemia pautados principalmente em medidas de contenção e mitigação dos contágios.[10,11,12]

Com a elaboração de medidas de contenção imediata da pandemia pelos gestores municipais, a Coordenação Técnica do NASF precisou reorganizar suas atividades internas, objetivando, de imediato, a reestruturação dos atendimentos realizados pelos profissionais do NASF nos Centros de Saúde da Comunidade (CSC). Desta forma, foram realizadas reuniões entre a coordenadora técnica e a residente, onde foram discutidas estratégias de organização e monitoramento para essas atividades.

Portanto, este artigo, tem como objetivo descrever a experiência enquanto residente em saúde coletiva na coordenação técnica do NASF nos meses de janeiro a setembro de 2020, durante a pandemia do Covid-19.

Material e Métodos

Artigo de estudo de natureza descritiva, tipo relato de experiência, sobre a imersão realizada no cenário de prática da coordenação técnica da equipe multiprofissional, em Palmas , durante os meses de janeiro a setembro de 2020.

Resultados e discussão

O cenário de prática da residência multiprofissional em saúde coletiva compreende a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SUPAVS, que é dividida em 08 coordenações, dentre essas, a coordenação da equipe multiprofissional(NASF). Assim, em articulação entre as coordenadoras, foi designada uma residente, e a partir do mês de janeiro de 2020 se deu início às atividades neste cenário.

Com a Nota Técnica Nº 3 publicada em janeiro de 2020, foi necessário a elaboração de uma nova proposta para a Equipe Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde de Palmas. Contendo informações acerca do quantitativo de profissionais na rede de Palmas, suas atribuições e proposta de redimensionamento dessas equipes.

Em paralelo às atividades de rotina da coordenação, ocorria a pandemia da Covid-19. O município de Palmas decretou Situação de Emergência em Saúde Pública, por meio do Decreto Nº 1856, de 14 de março de 2020, onde dispõe sobre as medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo novo coronavírus (COVID-19), previstas na Lei Federal nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020. [13]

Desta maneira, foi necessária a elaboração de um novo processo de trabalho da equipe multiprofissional da Atenção Primária durante a pandemia, uma vez que, a atuação de tais

profissionais é de grande relevância para o trabalho, no que tange ao cuidado coletivo, ao cuidado individual e familiar e também na coordenação e continuidade do cuidado. Os residentes também atuam nas ações em apoio ao trabalho das equipes no suporte e monitoramento de grupos vulneráveis e de risco ao novo coronavírus, e/ou vulnerabilidade social, articulando-se a iniciativas comunitárias e outros setores de políticas públicas.[14, 15]

A Nota técnica nº 5, documento que versa sobre a reorganização dos atendimentos individuais eletivos e ações coletivas, foi elaborado durante os meses de maio e abril de 2020 e publicado, por meio da Portaria Nº 491.SEMUS/GAB/SUPAVS de 12 de maio de 2020. Neste documento é determinado que a equipe multiprofissional prestará apoio às atividades diárias e todas as atividades que o Coordenador do Centro de Saúde da Comunidade (CSC) e/ou a equipe de Saúde da Família (ESF) necessitar, além de outras atividades descritas no documento.[16]

Diante das mudanças trazidas pela Covid-19, a APS tem a responsabilidade de garantir o acesso à saúde e uma cobertura da população do território de forma integral e equânime. Desta maneira, o Ministério da Saúde(MS) regulamentou o uso da telemedicina, excepcionalmente para o contexto do novo coronavírus, objetivando a prestação de abordagem pré-clínica, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico em todo o Sistema de Saúde brasileiro.[17,18]

Em consequência, as equipes multiprofissionais de Palmas foram gradativamente reformulando suas práticas e desenvolvendo novas ações para o enfrentamento à Covid-19. É importante ressaltar que no Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a prática da Atenção Primária à Saúde é absolutamente central para a resposta local ao COVID-19.[19]

A Coordenação Técnica do NASF precisou elaborar um documento no qual fosse possível ter o conhecimento das atividades desenvolvidas pelos profissionais durante a pandemia da Covid-19, pois, eles desenvolviam atividades de modo presencial no CSC, e na modalidade home-office. Assim, foi solicitado aos profissionais o preenchimento do Instrumento de Monitoramento das Atividades: Equipe Multiprofissional da Atenção Primária, onde a orientação envolvia que fosse descrito as atividades realizadas no CSC e em home office, envolvendo os atendimentos individuais presencial e/ou teleatendimento, regulação no SISREG, reuniões online e/ou presencial, cursos realizados e materiais educativos desenvolvidos. Assim, este instrumento deveria ser preenchido individualmente

por cada profissional que compõe a referida equipe, ficando o mesmo responsável pelo envio quinzenal para o nosso e-mail.

Além dos instrumentos de monitoramento das atividades, a Coordenação Técnica também acompanhou o processo de trabalho dos profissionais através dos dados extraídos(quantitativo mensal de atendimentos realizados de forma individual e/ou coletiva) do E-SUS. Este instrumento teve duas versões, a primeira utilizada durante os meses de abril até julho, e a segunda versão foi validada a partir do mês de agosto de 2020.

Os relatórios recebidos, via e-mail, foram arquivos via drive do gmail, separados por pastas referenciadas a cada equipe, seus dados extraídos e inseridos em planilha Excel, também organizados por equipe multiprofissional. Ao final do 4º mês do monitoramento de atividades, foi realizada uma análise geral das atividades realizadas, através do programa Excel, onde foi possível construir um novo modelo de instrumento com maior objetividade e praticidade.

Este modelo atualizado foi validado e entrou em vigência a partir de agosto de 2020. Contempla 08 blocos principais (Identificação, Eixo clínico-assistencial, Eixo técnico-pedagógico, Atividades relacionadas ao enfrentamento do covid-19, SISREG, Educação continuada, Outras atividades, Dificuldades).

Durante a análise contínua para a atualização desse instrumento, percebeu-se a necessidade de dados que fossem gerados de forma quantitativa e objetiva, assim, elencamos as principais informações que poderiam ajudar na análise do desenvolvimento e sua necessidade do contínuo trabalho da equipe multiprofissional, uma vez que, o trabalho do NASF contribui para o acesso da população à ESF, de forma a direcionar as ações da Atenção Básica (AB) para o desenvolvimento de estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população. [19]

Considerações finais

O enfrentamento à pandemia da Covid-19 apresenta um enorme desafio para a atuação da saúde pública do Brasil e do mundo. Com isso, vemos a importância do fortalecimento do SUS em todos os seus componentes: vigilância, cuidado nos três níveis de assistência (primário, secundário e terciário), pesquisa e extensão.

A descrição desta experiência é fundamental para a visibilidade da necessidade e importância de tal profissional para esta atividade, visto que, este campo de prática oferece conteúdo técnico e formação continuada. Mesmo que tenha decorrido em curto período de

tempo, esta experiência foi importante para o meu crescimento profissional e acadêmico, onde foi possível criar habilidades de gestão em saúde pública e vigilância epidemiológica, através da união dos momentos de teoria, estudados durante as tutorias, com a prática das atividades da coordenação.

Portanto, a residência multiprofissional em saúde coletiva em Palmas, mediante as diferentes experiências proporcionadas, ocasiona um espaço de debate quanto a gestão do SUS, ocasionando a vontade dos residentes na atuação nas áreas de Vigilância em Saúde nas três esferas de governo.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
2. TANAKA, OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saúde e sociedade, v. 20, p. 927-934, 2011.
3. GOLDSTEIN, RA et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 45-56, 2013.
4. BROCARDO, D et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde em Debate, v. 42, p. 130-144, 2018.
5. SANTOS, DS; MISHIMA, SM; MERHY, EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 861-870, 2018.
6. LANCMAN, S; BARROS, JO. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.
7. RIBEIRO, RMD; BATISTA, CB. Apoio matricial na atenção primária à saúde: O trabalho do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) em um município da região metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 4, n. 7, p. 287-300, 2019.

8. BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2017. Disponível em :http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-6-Financiamento.html

9. BRASIL. Nota Técnica nº 3/2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf

10 Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília, DF: MS; 2020.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial, Brasília, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/29/boletim_epidemiologico_covid_37_alterado2-compactado.pdf> Acesso em: 03 nov. 2020.

12. ALVARENGA MS, LOURENÇO RGS, MOREIRA LMS. Situação do Covid-19 e sua progressão no município de Araguaína, Tocantins, Brasil. Jnt- Facit Business And Technology Journal.Nov. 2020. Ed. 20; V. 1. Pág. 167-181. Disponível em : file:///C:/Users/leona/Downloads/759-2445-1-PB.pdf

13. BRASIL, Tocantins. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020. Declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento à pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19). Brasília,DF, mar 2020.

14. BRASIL. Lei Federal nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília,DF, fev 2020.

15. VILAÇA SP de O, COUTINHO DJG. COVID-19: A importância do autocuidado apoiado a pacientes com diabetes tipo ii, favorecido pala equipe de apoio matricial nasf-ab: doi.org/10.29327/217514.6.12-30. [Internet]. 31º de dezembro de 2020 [citado 8º de fevereiro de 2021];6(12):10. Disponível em: http://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/335

16. OLIVEIRA MA, MONTEIRO L, OLIVEIRA R, et al., A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. APS [Internet]. 9 jun.2020 [citado 8fev.2021]; 2(2):142-50. Available from: https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/96

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 491.SEMUS/GAB/SUPAVS, de 12 de maio de 2020. Dispõe sobre a atuação da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. Diário Oficial do Município de Palmas. 13 Mai 2020

18. RODRIGUES A, FELIPE C, LIMA D, et al., Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. APS [Internet]. 9jun.2020 [citado 8fev.2021];2(2):189-96. Disponivel em: https://apsemrevista.org/aps/article/view/100

19. FILLIS M, DELLAROZA M, MACHADO R, et al., Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: a experiência do município de Londrina. APS [Internet]. 9jun.2020 [citado 8fev.2021];2(2):106-13. Disponivel em: https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/97

ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA NO CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Revista Desafios

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

The performance of collective health residents at the health emergency operations center in the municipality of Palmas-TO: an experience report

El desempeño de los residentes en salud colectiva del centro de operaciones de emergencia sanitaria del municipio de Palmas-TO: un informe de experiencia

Andressa Alexa Macedo da Silva[*1], Sabrinne Ferreira da Silva[1], Marta Maria Malheiros Alves[2]

[1]Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - Secretaria Municipal de Saúde, CEULP-ULBRA, FESP, Palmas/TO, Brasil.

[2]Bióloga, Secretaria Municipal de Saúde, FESP, Palmas/TO, Brasil.

*Correspondência: e-mail andressalexa@gmail.com.

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em razão da pandemia da COVID-19. Em Palmas, Tocantins, o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-Palmas) foi instituído em março de 2020, sendo de caráter emergencial, técnico e consultivo, afim de viabilizar o enfrentamento da COVID-19. O presente trabalho visa relatar a experiência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no COE-Palmas, no município de Palmas, Tocantins, do mês de março de 2020 até os dias atuais, no qual atuaram em diversas funções nos processos de gestão em saúde, em interface com a aprendizagem em serviço que é proposta pelo Plano Integrado de Residências em Saúde, para tanto, utilizou-se a metodologia descritiva. A experiência foi exitosa, uma vez que permitiu a vivência de uma situação emergencial inédita para os residentes em Saúde Coletiva, e simultaneamente, gerou ganhos para o serviço, promovendo a qualificação dos processos de trabalho e novas perspectivas de atuação e resolutividade para a gestão em saúde.

Palavras-chave: COVID-19; Residência Multiprofissional; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

In January 2020, the World Health Organization declared a Public Health Emergency of International Importance, due to the COVID-19 pandemic. In Palmas, Tocantins, the Center for Emergency Health Operations (COE-Palmas) was established in March 2020, being of an emergency, technical and consultative nature, in order to make it possible to face COVID-19. The present work aims to report the experience of residents of the Multiprofessional Residency Program in Collective Health at COE-Palmas, in the municipality of Palmas, Tocantins, from March 2020 to the present day, in which they worked in various functions in the management processes in health, in interface with in-service learning that is proposed by the Integrated Health Residency Plan, for this purpose, the descriptive methodology was used. The experience was successful, since it allowed the experience of an unprecedented emergency situation for residents in Public Health, and at the same time, generated gains for the service, promoting the qualification of work processes and new perspectives of performance and resolvability for health management.

Keywords: *COVID-19; Multiprofessional residence; Collective Health.*

RESUMEN

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, debido a la pandemia de COVID-19. En Palmas, Tocantins, en marzo de 2020 se estableció el Centro de Operaciones de Emergencias Sanitarias (COE-Palmas), con carácter de emergencia, técnico y consultivo, con el fin de posibilitar el enfrentamiento al COVID-19. El presente trabajo tiene como objetivo relatar la experiencia de los residentes del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Colectiva del COE-Palmas, en el municipio de Palmas, Tocantins, desde marzo de 2020 hasta la actualidad, en el que se desempeñaron en diversas funciones en los procesos de gestión. en salud, en interfaz con el aprendizaje en servicio que propone el Plan Integrado de Residencia en Salud, para ello se utilizó la metodología descriptiva. La experiencia fue exitosa, ya que permitió vivir una situación de emergencia sin precedentes para los residentes en Salud Pública, y al mismo tiempo, generó ganancias para el servicio, promoviendo la calificación de los procesos de trabajo y nuevas perspectivas de desempeño y capacidad de resolución para la gestión sanitaria.

***Descriptores**: COVID-19; Residencia Multiprofesional; Salud pública.*

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, mundialmente conhecida a partir de uma epidemia iniciada na cidade de Wuhan, província de Hubei, no sul da China em 2019. Com a rápida disseminação do vírus para diversos países do mundo, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O número de casos e países afetados seguiu aumentando. Em 11 de março de 2020, a OMS declarou que o mundo estava diante de uma pandemia de COVID-19.

O Brasil confirmou o primeiro caso de COVID-19 em 26 de fevereiro de 2020, paciente residente da cidade de São Paulo com histórico de viagem para a Itália. A Prefeitura Municipal de Palmas, por meio do Decreto Municipal nº 1.856, de 14 de março de 2020 (PALMAS, 2020a), instituiu o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-Palmas), coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), para monitoramento da emergência em saúde pública declarada. O Estado do Tocantins teve seu primeiro caso de COVID-19 confirmado no dia 18 de março de 2020, em uma paciente residente no município de Palmas.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva é resultado de uma parceria da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) e o Centro Universitário Luterano de Palmas - TO. O Programa possui uma equipe multiprofissional de residentes das áreas de Ciências Biológicas, Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Medicina Veterinária, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, que possuem como principal cenário de prática a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS), na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Diante do atual cenário, os residentes foram inseridos nos processos de trabalho do COE-Palmas.

O objetivo deste relato é descrever a atuação vivenciada na perspectiva de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no COE-Palmas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo caracterizado como um relato de experiência ocorrido no período de março de 2020 até os dias atuais, no COE-Palmas da SEMUS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município de Palmas, com ênfase para o papel da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no COE-Palmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os residentes integrados no COE-Palmas foram alocados inicialmente com base no Plano de Contingência do município (PALMAS, 2020b) e a organização do processo de trabalho foi definida em eixos: Sistemas de Informação em Saúde (construção de fichas de notificação, captação dos exames de toda rede pública e privada, integração de dados, atualização do Boletim Epidemiológico Diário); Informe dos casos confirmados (informar o resultado, coletar informações epidemiológicas, solicitar atestados e orientar os casos confirmados de COVID-19 sobre isolamento) e Monitoramento dos casos (monitoramento dos casos suspeitos, casos confirmados e contatos, vigilância dos viajantes e posteriormente a descentralização deste monitoramento para a Atenção Primária à Saúde).

Além desses três eixos principais no COE-Palmas, os residentes também atuaram na atualização dos dados do Censo Hospitalar da rede pública e privada (monitoramento dos leitos e dos pacientes internados diariamente) e na Vigilância e Atenção em Saúde (construção das notas técnicas, fluxos, protocolos e operacionalização destes documentos, por meio da prática diária e capacitação dos profissionais de saúde dos serviços públicos e privados).

Todos esses setores tiveram seu processo de trabalho alterado e direcionado conforme a necessidade do COE-Palmas. Os residentes estavam inseridos em todos estes processos simultaneamente.

A realização destes processos de trabalho se tornaram a base para as discussões dos gestores na tomada de decisões frente à pandemia da COVID-19 no município de Palmas.

CONCLUSÃO

Com essa experiência percebemos que a integração entre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o COE-Palmas gerou ganhos para ambos os envolvidos. Os residentes puderam vivenciar o processo de enfrentamento da COVID-19 no âmbito da gestão em saúde, sendo uma oportunidade de aprimorar conhecimentos, vivenciar na prática o processo de vigilância em saúde, oportunizar novas perspectivas futuras na sua formação enquanto ser profissional resolutivo aos desafios enfrentados, uma vez que a vivência do residente consiste na interação e não somente na observação do contexto.

Devido ao excesso de demandas e funções estabelecidas pelo COE-Palmas, os residentes foram essenciais para qualificação do processo de trabalho e, além das amplas experiências referentes aos cenários de prática já vivenciados, apresentaram novas perspectivas para o serviço. Muitos desafios foram encontrados durante esse período, se fazendo necessárias diversas reorganizações, mas acredita-se que essa experiência tenha sido exitosa, uma vez que agregou conhecimento à formação do profissional residente e, sobretudo, favoreceu o poder de resposta da gestão do SUS no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município.

AGRADECIMENTO

Ao Plano Integrado de Residências em Saúde por oportunizar a atuação nesse cenário de prática e à Superintendência de Vigilância em Saúde de Palmas, por acolher o residente, possibilitar a atuação no COE-Palmas, reconhecendo a importância deste profissional nos espaços de gestão em saúde para uma atuação profissional mais resolutiva e qualificada.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. **Decreto Nº 1.856, de 14 de março de 2020**. Declara situação de emergência em saúde pública no município de

Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), conforme especifica. Palmas: Prefeitura Municipal de Palmas, 2020a. Disponível em: <http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2450-14-3-2020-20-42-10.pdf#page=1>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. **Plano de Contingência do município de Palmas para a Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-2019).** Palmas: Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/LDrizCbH7iGMAo7ZKu9IZKP2fuBHArhtEgbsmRM5.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

Nome da Revista Científica: **Revista Desafios**

Link para acesso às normas de publicação: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions

Template: https://docs.uft.edu.br/share/s/EQsnbw2gQoG_Zpso-QwO_Q

MONITORAMENTO DAS SÍNDROMES GRIPAIS NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS EM PALMAS – TO 2020: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

MONITORING OF GRIPAL SYNDROMES IN THE NEW CORONAVIRUS PANDEMIC IN PALMAS - TO 2020: EXPERIENCE REPORT.

Helys Dyanna Furtado Alves[1]

RESUMO

No momento de pandemia, é necessário que a esfera da saúde tenha políticas atualizadas e baseadas em dados científicos, que contribuirão para a elaboração das estratégias para o combate da propagação da patologia em questão. Desta maneira, o monitoramento remoto é uma medida eficiente para o sistema de saúde, podendo melhorar as ações e intervenções, daí surge a pergunta norteadora "O monitoramento remoto é uma solucão eficiente para o sistema de saúde, trazendo segurança para o profissional e contribuindo para estratégias de saúde coletiva?". Logo, apartir de um estudo de campo será realizado um relato de experiência em relação as atividades realizadas no monitoramento das sindromes gripais do município de Palmas-TO.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Telemonitoramento; Novo Coronavírus.

ABSTRACT

In the time of a pandemic, it is necessary for the health sphere to have updated policies based on scientific data, which will contribute to the development of strategies to combat the spread of the disease in question. In this way, remote monitoring is an efficient measure for the health system, and it can improve actions and interventions, hence the guiding question "Remote monitoring is an efficient solution for the health system, bringing security to the professional and contributing to collective health strategies?". Therefore, starting from a field study, an experience report will be carried out in relation to the activities carried out in the monitoring of influenza syndromes in the municipality of Palmas-TO.

Keywords: Collective Health; Telemonitoring; New Coronavirus.

[1] Residente em Saúde Coletiva – Residência Multiprofissional em Saúde CEULP/ULBRA

MONITORAMENTO DAS SÍNDROMES GRIPAIS NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS EM PALMAS – TO 2020: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

INTRODUÇÃO

As infecções agudas que afetam o sistema respiratório, são de grande preocupação para a saúde pública devido a sua capacidade de transmissão, o que facilita que suas proporções atingam diversos países, dando origem à pandemias que transcendem seus impactos para as políticas de saúde e economia. No Brasil a Vigilancia Epidemiológica para monitorar a influenza teve inicio nos anos 2000, o que repercutiu em tomadas de decisões e estrategias que aprimoraram o enfrentamento das síndromes gripais, essas ações contribuem no controle da disseminação, reduzindo o impacto negativo na população. No entanto, contextos desfavoráveis dificultam a organização, principalmente pela dificuldade das atribuições de cada esfera de governo (VASCONCELOS; FRIAS, 2017).

No final de 2019 uma nova pandemia começa a se instalar, exigindo dos governos medidas para o controle e redução do seu impacto. O novo coronavírus se apresenta como mais uma síndrome aguda que afeta principalmente o sistema respiratório, com isso o monitoramento de pessoas com síndromes gripais ou pacientes potencialmente infectados é fundamental, tendo em vista os danos causados principalmente para pessoas em grupos de riscos como as que têm idade avançada; doenças pulmonares, diabete mellitus, cardiopatias dentre outras comorbidades e fatores de risco (MENEZES et al., 2020).

A disseminação do novo coronavírus se prolonga no Brasil e a falta de conhecimnetos cíentificos específicos e a ausência de uma vacina, deu espaço para dúvida na população com o aumento do número de óbitos. E as principais recomendações eram medidas de higiene e distanciamento social, junto com o isolamento dos casos e monitoração dos casos suspeitos que apresentassem síndrome gripal (CARVALHO et al., 2020).

Devido o risco de contágio do novo coronavírus ser alto, o distanciamentol social se apresenta como um desafio também para o monitoramento pelo sistema de saúde, tendo como uma ferramenta possível para este trabalho o monitoramento remoto. A contribuição dessas ações são fundamentais, tendo em vista que a letalidade do vírus é considerável e quanto maior o número de detecções de infectados, mesmo com sintomas leves, diminuiria o número de óbitos, pois, medidas estratégicas poderiam ser tomadas amenizando a

quantidade de pessoas com agravos procurando o sistema de saúde ao mesmo tempo (DINIZ et al., 2020), gerando ao sistema problemas que necessitam ser solucionados.

Faz-se necessário que a esfera da saúde disponha de medidas e políticas atualizadas, principalmente em casos de pamdemia, no qual fontes com confiabilidade científica possam contribuir com a readequação ou a elaboração de estratégias acertivas que minimizem os impactos na saúde da população. Além disso, as estratégias mais adequadas ao serem utilizadas podem garantir a proteção dos próprios profissionais de saúde, diminuindo o afastamento desses trabalhadores por exposição desnecessária a riscos de infecção.

Deste modo, para orientar tais discussões, foi formulado o seguinte problema de pesquisa "o monitoramento remoto é uma solucão eficiente para o sistema de saúde, trazendo segurança para o profissional e contribuindo para estratégias de saúde coletiva?" trazendo como pressuposto que "o monitoramento remoto é uma prática que pode auxiliar nas ações e estrategias de saúde, mantendo a segurança dos profissionais de saúde e trazendo suporte adequado para a população como resposta do monitoramento."

Após a delimitação do problema, buscamos embasar o trabalho a partir do Objetivo Geral: Relatar o monitoramento das síndromes gripais na pandemia do novo coronavírus em Palmas -TO no ano de 2020. E a partir de então foram elencados os seguintes Objetivos Específicos: Descrever a experiência com o monitoramento das síndromes gripais notificadas no município de Palmas – TO; e Destacar as principais orientações dadas aos pacientes com diagnóstico de síndrome gripal.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que foi realizado a partir do monitoramento que aconteceu no período de 28 de Março de 2020 a 15 de junho de 2020, pela Secretaria de Saúde de Palmas (SEMUS) abrangendo os pacientes distribuidos por todas as Unidades de Saúde do Município, notificados com sintomas gripais. O monitoramento remoto foi realizado de segunda a sábado pela SEMUS em uma Central de Atendimento na própria sede da instituição.

O instrumento utilizado para registro foi uma planilha digital, onde constavam as informações de cada paciente, estas eram repassadas por surpevisores que acompanhavam

o trabalho e assim os pacientes rebecebiam uma ligação de monitoramento. Deste modo a planilha era alimentada (atualizada) cotidianamente facilitando as próximas ligações de monitoramento.

Com base nos procedimentos utilizados no projeto o estudo é classificado como pesquisa de campo, pois procura observar o fenômeno em seu contexto natural usando um monitoramento remoto, e apartir disso realizar uma abordagem ao problema de maneira qualitativa, realizando uma descrição dos eventos com procedimentos técnicos: relato de experiencia (GIL, 2000; SEVERINO, 2007).

Foram preservados os nomes e informações pessoais dos pacientes, assim como particularidades de cada usuário que possa haver, apenas informações em geral do monitoramento foram utilizadas para o relato.

DISCUSSÃO

A rede de Palmas – TO é organizada por ―85 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 75 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 13 Equipes Multiprofissionais (EM)‖, que são responsáveis pelo atendimento de atenção primária à saúde, estão distribuídas em 34 Centros de Saúde da Comunidade (CSC). Enquanto à organização dos processos de atendimento, os CSC são distribuídos geograficamente em 8 Territórios de Saúde denominados: Javaé, Karajá, Krahô, Apinajé, Xerente, Xambioá, Pankararu e Kanela (Figura 1), que estão divididos em zona urbana (áreas geográficas Norte, Central e Sul) e zona rural (PALMAS, 2019).

Segundo estudo realizado pela consultoria em cenários prospectivos e administração estratégica – Macroplan, intitulado Índices do Desafio da Gestão Municipal, que avaliou quatro categorias: saneamento, educação, segurança e saúde, Palmas alcançou a 4ª posição na área da Saúde, contribuindo para que fosse considerada a 24ª melhor ciadade para se viver, foram avaliadas as 100 maiores cidades do Brasil (MACROPLAN, 2021).

Apesar do bom desempenho apresentado no âmbito da saúde, o cenário pandêmico exigiu que novas medidas ainda não exploradas nessa dimensão fossem rapidamente inseridas ao cotidiano dos profissionais de saúde do município. Com a disseminação da covid-19 em um curto espaço de tempo, o monitoramento remoto se

tornou não só uma opção como também uma realidade, capaz de diminuir a sobrecarga nas unidades de saúde, facilitando a assistência a um maior número de pacientes e também visando a proteção dos profissionais envolvidos.

Com a sobrecarga no serviço, a Semus teve que desenvolver ações para lidar com as necessidades do serviço de assistência em um novo cenário (pandemia) e para atender às recomendações do Ministério da Saúde (MS), assim montaram uma equipe de trabalho com profissionais da saúde que incluíam em sua maioria residentes do Programa de Saúde Coletiva, lotados nas diversas unidades de saúde do município como: Vigilância Sanitária, Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ) e na própria Semus.

O objetivo era montar uma espécie de central de monitoramento, para acompanhar todos os casos notificados como sídromes gripais (SG). Sobre as notificações é correto afirmar que a:

> Covid-19 é uma doença de notificação obrigatória no Brasil. Os casos confirmados em laboratório devem ser notificados imediatamente. O consenso profissional atual é que os casos clinicamente suspeitos também devem ser notificados (CAR; GREENHALGH; KOH; 2020, P. 9).

Entende-se assim, que todos os casos de SG eram considerados suspeitos para Covid-19, uma vez que os sintomas iniciais da doença são semelhantes aos de uma gripe comum. O município de Palmas utiliza o Notifica SUS para realizar as notificações.

Iniciamos os trabalhos na própria sede da secretaria, utilizando a central de regulação de exames da atenção secundária como local de trabalho para realizar o monitoramento, na sala fazíamos uso de uma mesa com cadeira, computador e *redset* com identificador de chamadas. As ligações tinham início às 13 horas e finalizavam às 19 horas, de segunda a sábado.

Foram realizadas ligações a partir de uma lista estabelecida em uma planilha digital, e logo em seguida recolhidos os relatos dos sintomas dos pacientes, em seguida eram repassadas orientações, principalmente nos casos onde o paciente apresentasse sintomas de alerta como falta de ar ou desconforto respirátorio.

A planilha que utilizávamos era disponibilizada pelos supervisores com informações de cada paciente, nome, telefone e endereço eram as principais informações

contidas na planilha, assim como outras informações que eram acrescentadas no decorrer do monitoramento, conforme o que o paciente relatava.

Durante as ligações, eram solicitadas ao paciente informações como: a realização do exame pra Covid-2019, os detalhes do exame como data, laboratório, tipo do exame, sobre as comorbidades e fatores de risco presentes ou não, se os membros da família também desenvolveram sintomas, a respeito de viagens realizadas nos últimos 14 dias do início dos sintomas, se teve contato com algum caso confirmado de Covid-19, entre outras.

Vale ressaltar que independente dos sintomas relatados pelos pacientes, nós não recomendávamos a administração de nenhum medicamento sem prescrição médica, até pelo fato de haver limitações em relação a formação profissional dos responsáveis pelo monitoramento. No meu caso Serviço Social, apesar de fazer parte da área da saúde, não é competência do Assistente Social prescrever ou recomendar medicações.

Era oferecido aos usuários acompanhamento psicológico remoto, a fim de contribuir com a compreensão e a lida de uma nova doença ainda pouco conhecida que por muitas vezes poderia vir a causar medo, estranhesa e insegurança.

A necessidade desse acompanhamento dentre os motivos já citados também era de suma importância, uma vez que no período de enfermidade uma das principais recomendações era o distanciamento social, tornando as pessoas mais solitárias, com uma condição ainda desconhecida para muitos. Os encaminhamentos para tais atendimentos eram realizados a partir de uma outra planilha eletrônica exclusiva para esse fim, alimentada por psicólogos da rede municipal.

Também eram realizadas algumas orientações como em relação ao isolamento domiciliar até a realização e resultado do exame para Covid-19, os cuidados com a higiene principalmente aquelas pessoas que não podiam permanecer em casa, a utilização da máscara e no caso de piora dos sintomas a busca presencial pelo serviço de saúde.

Inicialmente a recomendação era que as ligações para cada paciente acontecesse todos os dias, porém, devido ao aumento massivo dos casos, ainda que os profissionais realizassem ligações cotidianamente, o ideal era que as ligações para cada paciente acontecesse de 48 em 48 horas.

Após o aumento das notificações de pacientes relatando Síndromes Gripais, fomos orientados a adotarmos critérios para priorizamos o monitoramento aos que

possuíam algumas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) como hipertensão e diabetes, pois são associadas como fatores de risco para algumas doenças infecto contagiosas, como a Covid-19.

Os três critérios adotados para priorizar e otimizar as ligações foram: 1 – pacientes que ainda não haviam recebido nenhuma ligação; 2 – pacientes que possuíam alguma comorbidade e 3 – pacientes que na ligação anterior apresentassem algum sintoma de alerta (falta de ar ou desconforto respiratório).

É importante salientar que os profissionais que participaram do monitoramento, contavam com o fornecimento de máscaras, assim como álcool em gel e álcool 70º para que estes pudessem realizar a higienização dos equipamentos antes e depois da utilização.

Ao final de cada plantão de monitoramento era repassado um relatório de ligações aos supervisores que indicava a quantidade de ligações realizadas, atendidas, o número de pacientes com sintomas graves, a quantidade de caixa-postal e de números inexistentes.

Em média cada usuário era acompanhado ao longo de duas semanas. ainda que por profissionais distintos, deste modo, cabe reconhecer que a ferramenta adotada foi assertivos no sentido da praticidade de acesso às informações alimentadas.

Os pacientes eram retirados do monitoramento quando os mesmos realizavam o exame na data correta e o resultado era negativo, ou quando cumpriam 14 dias de isolamento e permaneciam 7 (sete) dias assintomáticos, ou ainda se viesse à óbito. Caso o paciente tivesse o exame com resultado positivo, seria repassado para um outro monitoramento apenas de casos confirmados, realizado pelo Centro de Operações Especiais da saúde (COE).

Todos os procedimentos supracitados foram repetidos cotidianamente, esse relato descreveu o trabalho de monitoramento de três meses, pois foi o período em que fiz parte diretamente do processo, porém vale lembrar que essa atividade foi descentralizada para os centros de saúde da comunidade (CSC´s) do município e passaram por diversas mudanças conforme a atualização das recomendações do MS e das necessidade de Palmas, sendo realizado assim pelos profissionais da linha de frente, que possuíam uma relação de cuidado integral com os usuários devido aos serviços realizados pelas unidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como em qualquer processo de trabalho existem dificuldades no seu desenvolvimento. Sendo assim é importante destacar que o monitoramento e as orientações realizadas tenderam a não submeter os participantes a riscos. Os profissionais responsáveis pelo monitoramento tinham que ter certa habilidade para conquistar a confiança dos usuários, a fim de conseguir as informações necessárias.

Durante algumas ligações haviam pacientes que atendiam com estranhesa, por não estarem acostumados com esse tipo de assitência por parte dos profissionais de saúde. No momento das ligações era direito do paciente não se disponibilizar a responder em qualquer momento da coleta dados referentes ao estado de sua saúde, o que deixou muitos usuários com um monitoramento com informações reduzidas.

Outro ponto de dificuldade encontrado foi em relação aos pacientes, sejam as crianças ou adultos que por algum motivo podiam se sentirem constrangidos com alguma pergunta realizada, vale lembrar que no caso dos menores de idade eram os seus responsáveis que atendiam o monitoramento, quanto mais novo o paciente mais dificuldades para expressarem seus sintomas, então os pais ou responsáveis falavam mais de acordo com suas observações, que nem sempre era um relato fidedgno.

Além disso, o monitoramento remoto tentou evitar durante um tempo com que as unidades de saúde ficassem superlotadas e que os profissionais ficassem em exposição desnecessária ao vírus, e de maneira remota foi possível prestar assistência ao maior número de casos suspeitos. E todos esses dados serviram e servirão para a melhoria das estratégias em saúde adotadas, tornando as mesmas mais assertivas para o controle da disseminação do vírus.

É importante destacar que o pressuposto formulado para orientar o relato foi confirmado, pois o monitoramento remoto é sim uma prática que pode auxiliar nas ações e estrategias de saúde, visando manter a segurança dos profissionais de saúde envolvidos e dando o suporte adequado para a população como retorno do monitoramento

Quando falamos em saúde no Brasil, outro ponto que podemos citar é a situação epidemiológica que é complexa, definida como tripla carga de doenças, que ocorre devido

a envolver ao mesmo tempo uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde não reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco e o forte crescimento da violência e das causas externas (BRASIL, 2014) e foi nesse cenário que surgiu o novo coronavírus, demandando ações que não estavam incluídas na agenda de saúde do município, mas que eram necessárias dada a nova realidade.

Portanto, apesar da surpresa com o surgimento de uma nova doença no mundo os profissionais do município têm se empenhado diariamente para atender as demandas e diminuir os riscos e consequências dessa enfermidade, contribuindo assim para o fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde – SUS. Este por sua vez, mesmo com todas as críticas recebidas durante o monitoramento, haviam também diversos elogios não só ao Sistema, mas aos profissionais que recebiam esses usuários nas unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos, CS; Frias, PG. Avaliação da Vigilância da Síndrome Gripal : estudo de casos em unidade sentinela. **SAÚDE DEBATE,** v. 41, p. 259–274, 2017.

2. Menezes, TMO. et al. Telemonitoramento a instituições de longa permanência para idosos frente às infecções por coronavírus e COVID-19. **Rev Bras Enferm,** v. 73, n. Suppl 2, p. 1–5, 2020.

3. Carvalho, WRG DE et al. **Distanciamento social:** fôlego para ciência durante a pandemia de COVID-19 no Brasil Social distancing: breath for science during the COVID-19 pandemic in. InterAm J Med Health, p. 3–4, 2020.

4. Diniz, MC. et al. Crise Global Coronavírus: monitoramento e impactos. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2, p. 359–377, 2020.

5. Gil, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4° ed. São Paulo: Atlas, 2002.

6. Severino, AJ. **Metodologia do trabalho científico.** 23 ed. Cortez. São Paulo, 2007.

7. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Caderno Análise de Situação de Saúde de Palmas: Fatores de risco para DCNT em Palmas. Série histórica 2010—2019. Palmas**, v.2, n.7, Novem-bro, 2020. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/secretaria/saude/>. [2020 nov 16].

8. Macroplan - Análise comparativa da evolução dos 100 maiores municípios brasileiros. Disponível em: <https://www.desafiosdosmunicipios.com.br/resultados.php?nome_municipio=Palmas>. [2021 jan 15].

9. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: avaliação remota em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2461. https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2461

10. Palmas, Secretaria, Da Saúde. Governo Do Tocantins. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 2019. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/vigilancia-em saude/doencas-transmissiveis-e-nao-transmissiveis-/dant/doencas-cronicas- nao transmissiveis> [2020 nov 11].

11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2014**. 171 p. – (CONASS Debate, 3)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM 2020 NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO.

Epidemiological profile of serious acute respiratory syndrome in 2020 in the municipality of Palmas-to.

Perfil epidemiológico de síndrome respiratorio agudo grave en 2020 en el municipio de Palmas-to.

Revista Desafios

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Primeiro Autor*[1], Segundo Autor[2], Terceiro Autor[3], Quarto Autor[2]

[1]Laboratório de Ciências, Curso de Graduação, Instituição de Ensino Superior, Local, País.

[1]Laboratório de Ciências, Curso de Graduação, Instituição de Ensino Superior, Local, País.

*Correspondência: Laboratório de Ciências, Instituto de Ensino Superior, Av. NS 15, 109 Norte, Palmas, Tocantins, Brasil. CEP:77.010-090. e-mail artigo@artigo.com. (A identificação dos autores deverá ser incluída apenas na versão final caso o artigo seja aceito para publicação).

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

A vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) no Brasil identifica os vírus respiratórios, a patogenicidade, virulência e surgimento de novo subtipo viral, para envio dos espécimes virais ao Centro Colaborador de referência para as Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS). O objetivo desse estudo foi conhecer o perfil epidemiológico dos casos de SRAG notificados em 2020 no município de Palmas-TO. Trata-se de estudo epidemiológico, analítico com caráter descritivo e abordagem quantitativa. A partir dos resultados obtidos no banco de dados do SIVEP-GRIPE no município de Palmas, evidencia-se que o ano de 2020 foi um ano atípico no que diz respeito a vigilância da SRAG. Observa-se que houve um crescimento muito acentuado nas notificações de SRAG quando se compara os anos de 2019 com 132 casos e 2020 com 1845 casos. No ano de 2020 foram registrados mais casos de SRAG no sexo masculino (57,58%), na faixa etária de 30 a 59 anos (43,63%), em pardos (64, 39%). Conclui-se que falta de informações fundamentais para a análise da SRAG fragilizam o processo de vigilância em saúde e dificultam o planejamento de ações em saúde.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico, SRAG, Vigilância.

ABSTRACT

Surveillance of Serious Acute Respiratory Syndromes (SRAG) in Brazil identifies respiratory viruses, pathogenicity, virulence and the emergence of a new viral subtype, for sending viral specimens to the Reference Collaborating Center for the Americas and the World Health Organization (WHO). The objective of this study was to understand the epidemiological profile of cases of SARS notified in 2020 in the city of Palmas-TO. This is an epidemiological, analytical study with a descriptive character and a quantitative approach. From the results obtained in the database of SIVEP-GRIPE in the municipality of Palmas, it is evident that the year 2020 was an atypical year with regard to SRAG surveillance. It is observed that there was a very sharp increase in notifications of SARS when comparing the years 2019 with 132 cases and 2020 with 1845 cases. In 2020, more cases of SARS were registered in males (57.58%), aged between 30 and 59 years (43.63%), in browns (64, 39%). It is concluded that the lack of fundamental information for the analysis of SRAG weakens the health surveillance process and makes it difficult to plan health actions.

Keywords: *Epidemiological profile, SRAG, Surveillance.*

RESUMEN
La Vigilancia de Síndromes Respiratorios Agudos Graves (SRAG) en Brasil identifica virus respiratorios, patogenicidad, virulencia y la aparición de un nuevo subtipo viral, para enviar muestras virales al Centro Colaborador de Referencia para las Américas y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de este estudio fue conocer el perfil epidemiológico de los casos de SARS notificados en 2020 en la ciudad de Palmas-TO. Se trata de un estudio epidemiológico, analítico con carácter descriptivo y enfoque cuantitativo. De los resultados obtenidos en la base de datos de SIVEP-GRIPE en el municipio de Palmas, se desprende que el año 2020 fue un año atípico en lo que respecta a la vigilancia del SRAG. Se observa que hubo un aumento muy fuerte en las notificaciones de SARS al comparar los años 2019 con 132 casos y 2020 con 1845 casos. En 2020, se registraron más casos de SRAS en hombres (57,58%), con edades entre 30 y 59 años (43,63%), en marrones (64, 39%). Se concluye que la falta de información fundamental para el análisis de SRAG debilita el proceso de vigilancia en salud y dificulta la planificación de acciones de salud.
***Descriptores**: Perfil epidemiológico, SRAG, Vigilancia.*

INTRODUÇÃO

No ano de 2000 foi criado o Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias a fim de realizar o monitoramento do vírus influenza a partir da Vigilância Sentinela da Síndrome Gripal (SG). Essa vigilância é realizada através de coletas semanais em unidades sentinelas. Em 2009, após a pandemia de influenza H1N1, passou a fazer parte do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias a Síndrome respiratória aguda grave (SRAG) (BRASIL, 2020a).

Em 2020, com o surgimento do novo coronavírus SARS-COV-2, após ser declarado pandemia e a mesma ser declarada como transmissão comunitária no Brasil, foram realizadas mudanças no Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, para obter a identificação e vigilância da circulação simultânea dos vírus respiratórios, incluindo o SARS-COV-2 e influenza, em cada período sazonal (BRASIL, 2020a). A vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas realiza a identificação dos vírus respiratórios, a patogenicidade, virulência e surgimento de novo subtipo viral para envio dos espécimes virais ao Centro Colaborador de referência para as Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS), para assim fabricar a vacina influenza, de acordo com as cepas que estão circulando em um determinado período sazonal (BRASIL, 2020a).

É considerado SG quando o indivíduo apresenta febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia e artralgia. Em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal (BRASIL, 2017). A SRAG é identificada quando o indivíduo que já possui a SG apresenta sinal de piora do quadro, como dispneia, saturação de SpO2 <95%, desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória e/ou insuficiência respiratória aguda. Em crianças, além de observar os itens já citados, deve-se observar sinais como batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência (BRASIL, 2017).

A SG e SRAG podem ser causadas por diversos vírus. Os vírus da influenza A e B são capazes de causar epidemias a cada inverno. Os vírus do tipo A apresentam alguns subtipos como H1, H2, H3 do grupo de hemaglutinina, e N1 e N2 do grupo de neuraminidase, que podem afetar os seres humanos e devido a seu poder de mutação há um alto risco de ocasionar uma pandemia como a de 2009 com o surgimento do vírus influenza A (H1N1). O ser humano pode não ter imunidade para a nova mutação, por isso a importância da vigilância sentinela para o

monitoramento dessas mutações, permitindo alterações na vacina conforme a necessidade (BRASIL, 2010).

O vírus mais frequente que causa SRAG é o da influenza A H1N1. A população mais acometida é das faixas etárias de menores de 2 anos e maiores de 60 anos, e os portadores de doenças crônicas (MOZZAQUATRO, 2019).

Em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei, na China, foram identificados pacientes com uma pneumonia causada por um agente etiológico desconhecido. No dia 07 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas isolaram e identificaram um novo tipo de coronavírus, o vírus SARS-Cov-2 (BRASIL, 2020b).

No dia 26 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde confirma o primeiro caso de COVID-19 no município de São Paulo (BRASIL, 2020c) e, no dia 18 de março foi notificado o primeiro caso de COVID-19 no Tocantins, na cidade de Palmas (PALMAS, 2020).

A Organização Mundial de Saúde declarou estado de pandemia em 11 de março de 2020, uma vez que a doença tomou grandes proporções, com transmissão sustentada entre as pessoas (OPAS, 2020).

Os casos de COVID-19 em sua forma grave atendidos em hospitais públicos e privados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) (BRASIL,2020).

No Brasil foram notificados até a Semana Epidemiológica (SE) 53 de 2020, 1.078.251 casos novos de SRAG no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Do total de casos de SRAG hospitalizados com sintomas iniciados da primeira semana epidemiológica até a semana 53, 55,1% foram positivos para COVID-19, 34,5% tiveram encerramento como SRAG não especificado, 9,5% ainda estão sendo investigados, 0,2% por Influenza, 0,4% por outros vírus respiratórios e 0,3% por outros agentes etiológicos (BRASIL,2021).

No estado do Tocantins foram 6.405 casos de SRAG hospitalizados até a SE 53 de 2020. Quanto ao encerramento destes casos no SIVEP, 3.388 foram confirmados com COVID-19, 17 com Influenza, 19 por outros vírus, nenhum caso para outros agentes etiológicos, 1.939 SRAG não especificado e 1.042 ainda estavam em investigação. Foram 1.465 óbitos por SRAG no estado incluindo todos os critérios de encerramento, sendo eles: SRAG por Influenza, COVID-19, outros vírus respiratórios, outros agentes etiológicos e SRAG não especificado (BRASIL,2021).

Assim, objetivo desse estudo é conhecer o perfil epidemiológico dos casos de SRAG notificados em 2020 no município de Palmas-TO.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico com caráter descritivo e abordagem quantitativa. Foram objetos do estudo as informações obtidas através do banco de dados do SIVEP-Gripe do Ministério da Saúde (MS) referentes às notificações de SRAG ocorridas no município de Palmas, capital do Tocantins, no ano de 2019 e 2020, em residentes do município. Essas notificações são oriundas dos hospitais de Palmas, públicos e privados.

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2021, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foram incluídas todas as notificações de SRAG no SIVEP-Gripe ocorridas no município de Palmas, Tocantins, no ano de 2019 a 2020. Foram excluídas as notificações de pacientes

que não são residentes de Palmas e que não tiverem dados de internação preenchidos na notificação. As variáveis do estudo quantitativo foram classificadas em sociodemográficas, relacionadas a fatores biológicos, relacionadas a internação, relacionadas ao exame para identificação de vírus respiratórios e relacionadas ao encerramento. Foram analisadas as referidas variáveis para as notificações realizadas no ano de 2020. O número de notificações realizadas em 2019 foi utilizado para a comparação entre os anos.

Os dados quantitativos coletados no banco de dados SIVEP-Gripe foram organizados em tabelas e compilados em planilhas de Excel©, utilizando estatística descritiva simples, calculando frequência absoluta, relativa, média.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2020 foram notificados no SIVEP-GRIPE no município de Palmas 1845 casos de SRAG, desses 1001 (57,58%) são do sexo masculino e 844 (42,42%) do sexo feminino. No Brasil, para o ano de 2020, 54,5% dos registros de SRAG foram para sexo masculino, (BRASIL 2021), o que demonstra que o município de Palmas segue a tendência nacional que aponta o sexo masculino como o mais acometido pelo agravo. Estes dados indicam maior vulnerabilidade deste público, mostrando a necessidade de políticas de saúde pública efetivas para essa população.

Os indivíduos do sexo masculino geralmente procuram assistência à saúde de forma tardia. De acordo com Carneiro, Adjut e Alves (2019) o entendimento de gênero foi observado como causa para a não aceitação dos homens aos serviços de saúde, visto que para muitos a doença é sinônimo de fraqueza, o que contribui para a exposição a riscos e a não procurar os serviços, em alguns casos alegando falta de tempo. Esta visão corrobora para um cuidado em saúde fragmentado que reflete diretamente nas hospitalizações e sobrecarga da atenção terciaria.

No que se refere a variável raça/cor, observa-se que a grande maioria das notificações foi de indivíduos declarados como pardos (64,39%), seguido por indivíduos brancos (17,99%), pretos (3,69%), amarelos (2,11%) e indígenas (0,05%), sendo que 8,51% marcaram o campo como ignorado e em 3,25% das fichas não foi preenchido.

Em nível nacional os achados são diferentes, pois no Brasil a raça/cor branca é a mais frequente entre os casos de SRAG (411.502; 38,2%) (BRASIL, 2021). Segundo o IBGE (2018) No Tocantins 65% da população é de indivíduos declarados como pardos. Podemos associar este achado ao motivo do número elevado de pacientes acometidos pela SRAG ser mais alto em indivíduos pardos no município de Palmas.

A faixa etária mais afetada pela SRAG no município em 2020 foi a de indivíduos de 30 a 59 anos, totalizando 43,63% dos casos, o que difere dos dados nacionais para o mesmo período que apontam que a faixa etária com o maior número de casos notificados é a de 60 a 69 anos de idade, com 203.450 casos (18,9%). (BRASIL 2021). Este dado encontrado no município de Palmas revelou uma grande surpresa visto que o acometimento desta faixa etária foi superior à de idosos, que somou 36,36%. Esse fato pode estar relacionado ao estilo de vida e à necessidade de sair para o trabalho, pois é uma faixa etária que não faz parte das determinadas como grupo de risco por tratar-se da população ativa, dificultando assim o isolamento social. Também pode estar relacionado a possíveis doenças pré-existentes conhecidas ou não pelos indivíduos desta população de 30 a 59 anos. Com relação aos idosos, observa-se que a maior parte afetada foram os idosos de 60 a 69 anos, com percentual de 14,20% dos casos, de modo

que pode-se associar essa faixa etária a indivíduos ainda ativos.

A faixa etária infanto juvenil de 0 a 17 anos apresentou baixíssimo índice de notificações por SRAG, representando apenas 1,06% dos casos de 2020. Estes dados corroboram com os dados nacionais que segundo Brasil, (2021) apresentaram 0,08% dos casos de SRAG em 2020 na faixa etária de 0 a 19 anos.

Do total de casos notificados de 2020, 2,16% eram gestantes em diversos períodos gestacionais. Esse dado apresenta-se pouco superior aos dados nacionais, visto que de acordo com Brasil (2021), as notificações para SRAG em gestante representaram 1% das notificações do ano de 2020. Este dado mostra-se como um excelente indicador, pois as gestantes são público-alvo para vacinação contra influenza, e ainda não se sabe ao certo os riscos para estas mulheres em relação a COVID-19.

No Brasil, do total de casos de SRAG notificados em gestantes no ano de 2020 (10.504), com início de sintomas entre a SE 1 e 53, evoluíram para óbito 356 (3,4%), sendo que das que foram a óbito 70,8% (252) foram confirmados para covid-19 (BRASIL,2021). Este achado nacional aponta para a necessidade de atenção especial a esse público e incentivo a pesquisas e estudos, para que seja possível mensurar os possíveis danos causados pela COVID-19 a essas mulheres.

Para Souza et. al. (2020) é necessário um cuidado efetivo para as gestantes infectadas pela COVID-19, baseados nas diversas alterações neste período. Apesar de grande parte evoluir bem é necessária uma atenção eficaz para manter baixas taxas de mortalidade.

Nesse estudo identificou-se que duas variáveis importantes para a vigilância epidemiológica, a escolaridade e ocupação, no ano de 2020 foram afetadas com relação a qualidade do preenchimento, de modo que o campo escolaridade estava em 38,37% das notificações sem preenchimento, e o campo ocupação com 95% sem preenchimento. Observa-se que essas variáveis da ficha não foram preenchidas por tratarem-se de campos não obrigatórios, o que traz uma grande perda para o estudo e impossibilita o planejamento de ações voltadas para as categorias profissionais e níveis de escolaridade. Ressalta-se que os níveis de escolaridade podem influenciar diretamente nos cuidados com a saúde e a falta destes dados fragmenta as informações.

Sousa, Mascarenhas e Lima (2020) sugerem a realização de capacitações para os profissionais sobre a digitação correta das notificações, sensibilizando os mesmos sobre a importância da alimentação adequada dos bancos de dados. Salienta-se que o mal preenchimentos das notificações enfraquecem as pesquisas em saúde e desfavorecem as ações voltadas a população. Pode-se observar os dados referentes às variáveis sociodemográficas na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos notificados para SRAG em 2020 em residentes de Palmas/TO.

Características		**N**	**%**
Sexo			
	Feminino	844	45,74
	Masculino	1001	54,25
Faixa etária			
	0 -17 anos	196	1,06
	18-29 anos	173	9,37
	30-59 anos	805	43,63
	60-69 anos	262	14,2
	70-79 anos	227	12,3
	80 ou mais	*182*	9,86
Gestação			
	Primeiro trimestre	4	0,22
	Segundo trimestre	12	0,65

(Continua)

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos notificados para SRAG em 2020 em residentes de Palmas/TO.

(Continuação)

	Terceiro trimestre	22	1,19
	IG ignorada	2	0,11
Cor da pele			
	Branca	332	17,99
	Preta	68	3,69
	Amarela	39	2,11
	Parda	1188	64,39
	Indígena	1	0,05
	Ignorado	157	8,51
	Não preenchido	60	3,25
Escolaridade			
	Analfabeto	51	2,76
	1* a 5 * serie	128	6,94
	6* a 9* serie	87	4,72
	1* a 3* ano	233	12,63
	Superior	204	11,06

Fonte: SIVEP-GRIPE.

Sabe-se que as comorbidades são fatores de risco para SRAG. As patologias mais preponderantes nos casos notificados neste estudo foram as doenças cardíacas com 21,79% e a diabetes 15,34%. O campo outras patologias, que são patologias pré-existentes que não possuem campos na ficha de notificação que as contemple, também foi bem contemplado 18,86% dos casos. No estudo de Felinto, Escosteguy e Medronho (2019) as comorbidades tiveram associação com maior letalidade para as infecções por influenza, entre elas as cardiopatias crônicas, doenças metabólicas, tabagismo e imunodepressão entre outras comorbidades.

Os sinais e sintomas mais comuns aos pacientes notificados foram febre com 57%, tosse com 63%, dispneia com 53%, desconforto respiratório com 56%, seguido por queda na saturação com 36%, o que demonstra que apesar das falhas no preenchimento das notificações os profissionais entendem quais são os critérios para suspeitar que um paciente pode estar com SRAG, visto que estes sinais e sintomas presentes na maior parte dos notificados em 2020 fazem parte dos critérios de definição de um caso de SRAG ,conforme representado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de casos notificados para SRAG segundo os fatores de risco e os sinais e sintomas, no ano de 2020, em residentes de Palmas/TO.

Distribuição	N	%
Fatores de risco		
Cardiopatas	402	21,79
Doenças hematológicas	11	0,6
Síndrome de Down	5	0,27
Doenças hepáticas	10	0,54
Asma	63	3,41
Diabetes	283	15,34
Doença neurológica	52	2,82
Pneumopatia	58	3,14
Imunodeficiência	73	3,96
Renal crônico	69	3,74
Obesidade	65	3,52
Puerpério	10	0,54
Outras comorbidades	348	18,86
Sinais e sintomas		
Febre	1060	57,45
Tosse	1167	63,25
Dor de Garganta	401	21,73
Dispneia	977	52,95
Desconforto respiratório	1036	56,15
Queda de saturação	668	36,20
Diarreia	327	17,72
Vomito	231	15,30
Dores abdominais	153	8,29
Fadiga	446	24,17
Perda de olfato	197	10,67
Perda de paladar	235	12,73
Outros sintomas	773	41,89

Fonte: SIVEP-GRIPE.

O exame para diagnóstico dos vírus respiratórios que acarretam a SRAG, que é recomendado e considerado o padrão ouro para detecção, especialmente em tempos de pandemia, é a técnica de reação em cadeia por polimerase o PCR. AMB (2020) afirma que o PCR tem 86% de sensibilidade e 96% de especificidade, no entanto, destaca que diversos fatores podem influenciar o resultado do exame, gerando falsos negativos. Entre

esses fatores estão: a técnica, local da coleta, início dos sintomas e o armazenamento dos materiais.

Todos estes fatores devem ser levados em consideração no momento do encerramento do caso, pois o paciente pode ter seu exame não detectável, porem ter sinais e sintomas que comprovem SRAG, o que reforça a importância da investigação de cada caso.

O presente estudo aponta que 69,70% dos casos notificados para SRAG no município realizaram PCR, o que demonstra um bom resultado por tratar-se de um exame eficaz, no entanto, outro dado que chama atenção é a quantidade de notificações sem informações referentes a realização de exames (19,89%), o que demonstra fragilidade no preenchimento das notificações.

No que se refere aos vírus identificados no ano de 2020, observa-se que o vírus mais identificado foi o SARS-COV, com 94,07%, portanto os demais vírus respiratórios que circulam durante o ano e acometem os pacientes hospitalizados por SRAG foram em número muito reduzido. Salienta-se que este dado é referente apenas aos pacientes que tiveram testes detectáveis. Apenas 36,58% da população estudada apresentaram exames detectáveis, sendo que na maior parte dos casos foram detectados para SARS-COV.

Outros vírus que circularam em 2020 em Palmas foram Rinovírus com 2,37%, Vírus Sincicial com 0,02%, Adenovírus com 0,14% e um destaque para Influenza com 6 casos subdivididos em: FLU A (H1N1) 0,59% e FLU A (NÃO SUBTIPAVEL) 0,02%. O baixo índice de casos de Influenza pode estar relacionado a antecipação da campanha nacional de imunização contra a Influenza, ocasionada pela pandemia do novo coronavírus. Para Bastos et. al. (2020) a antecipação da campanha de vacinação contra influenza no país em 2020 foi justificada pela continuação da pandemia de COVID-19, trazendo uma preocupação com a sobrecarga do sistema de saúde no início dos picos de infecção por influenza. Dados representados na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição de casos notificados para SRAG por tipo de amostra vírus detectados no ano de 2020 em residentes de Palmas/TO.

Distribuição	N	%
Tipo de amostra		
SWAB/PCR	1286	69,7
Lavado bronco alveolar	4	0,21
Teste rápido/outros	188	10,18
Sem informações	367	19,89
Vírus detectados		
FLU A (H1N1)	4	0,59
FLU A (Não subtipavel)	2	0,02
SARS-COV	635	94,07
Vírus Sincicial	2	0,02
Adenovírus	1	0,14
Rinovírus	16	2,37

Fonte: SIVEP-GRIPE.

Com relação à necessidade de internação em UTI, a maioria dos casos (82,92%) não necessitou de cuidados avançados, o que beneficia o sistema de saúde que tem gastos menores com o cuidado do paciente, diminuindo a sobrecarrega do sistema. Para Fagundes et. al. (2020), os gestores do SUS possuem um grande desafio de garantir o acesso aos serviços de saúde a toda população que necessite em especial de cuidados intensivos e que possuem complicações relacionadas a comorbidades, e evoluem para quadros respiratórios graves. Entretanto, este dado encontrado neste estudo pode estar relacionado ao não preenchimento dos campos referentes a internação em UTI, o que poderia modificar os resultados desta pesquisa.

A cerca do encerramento dos casos existem três campos essenciais para a realização do mesmo, entre eles está a classificação final que apresentou 52,95% para SRAG por COVID, uma forte representação da pandemia e 32,84 % dos casos foram classificados como SRAG não especificado, que significa que não houve detecção de vírus nos

exames. Ressalta-se que para esta classificação é necessária a realização de uma investigação e análise da clínica. Ao término de 2020, 12,79% dos casos notificados não foram classificados, o que pode estar relacionado a falta de informações quanto ao resultado de exames e a sinais e sintomas. As demais classificações não apresentaram dados relevantes.

Ainda sobre o encerramento dos casos, o campo critério de encerramento diz respeito a informação que foi utilizada para a finalização do caso no sistema e para fins epidemiológicos. Encontrou-se que na maioria das fichas de notificação (76,36%) foram utilizados o critério laboratorial para o encerramento, revelando um excelente parâmetro no que diz respeito a testagem dos pacientes. Novamente observa-se um quantitativo considerável de notificações sem informação a respeito do campo, de modo que 14,09% dos casos não possuem informações quanto ao critério de encerramento.

Para Lana et. al. (2020), um dos grandes desafios é a estrutura mista dos sistemas de vigilância em saúde, sendo que a qualidade e a oportunidade da informação estão atreladas a redução do conflito que existe na entrada dos dados no sistema, uma vez que alguns estabelecimentos ainda utilizam fichas de papel que são acumuladas para depois serem digitadas, o que prejudica a qualidade e a oportunidade da informação nos sistemas.

Outros critérios, como os exames de imagem e a clínica apresentada pelo paciente, foram utilizados para o encerramento dos casos no estudo e apresentaram baixas porcentagens de utilização.

A respeito do último campo do encerramento das fichas, que trata da evolução do paciente notificado, observa-se que é a maioria das fichas não possuem essa informação (51,86%). As fichas que foram evoluídas como cura representaram 31,49%, enquanto os casos evoluídos como óbito apresentaram 13,60%, seguido por 3,03% que foram de óbitos por outras causas. Estas porcentagens podem ser diferentes levando em consideração a falta de informação no banco de dados, que representou mais da metade dos casos. Com isso é difícil afirmar, por exemplo, que o percentual de óbitos foi baixo, pois não se sabe a veracidade destas informações em razão do não preenchimento do campo.

De acordo com Silva, Maia e Souza (2020), o cenário de pandemia pode justificar as falhas encontradas. É sabido que os profissionais de saúde estão em grande estresse e pressão devidos à sobrecarga de trabalho ocasionada pela pandemia, e a mudança de cenário epidemiológico da SRAG. Assim, acredita-se que esses fatores impactaram na qualidade das informações, visto que a vigilância em saúde já possui suas fragilidades e a pandemia veio para descortinar e agravar as já existentes. Para Ecoteguy et. al. (2021), as subnotificações, a incompletude dos dados e a não padronização de variáveis limitam a análise dos dados.

Tabela 4. Distribuição de casos notificados para SRAG de acordo com as variáveis de encerramento do caso, no ano de 2020 em residentes de Palmas/TO.

Distribuição	N	%
Classificação final		
SRAG por influenza	6	0,32
SRAG por outro vírus	20	1,08
SRAG por outro agente etiológico	0	0
SRAG não especificado	606	32,84
SRAG por COVID	977	52,95
Sem classificação	236	12,79
Critério de encerramento		
Laboratorial	1409	76,36
Clínico-epidemiológico	49	2,65
Clínico	44	2,38
Clínico-imagem	83	4,49
Sem informações	260	14,09
Evolução		
Cura	581	31,49
Óbito	251	13,6
Óbito por outras causas	56	3,03
Sem informação	957	51,86

Fonte: SIVEP-GRIPE.

Quando se compara as notificações de SRAG realizadas no SIVEP-GRIPE no município de Palmas, para seus residentes, nos anos de 2019 e 2020 observa-se que houve um aumento muito significativo nos casos, visto que em 2020 foram 1845 casos e no ano de 2019 132 casos, apresentando um crescimento de quase 14 vezes no número de notificações. No Brasil foram notificados 1.078.251 de casos de SRAG hospitalizados em 2020 até a semana epidemiológica 53, que se refere ao período de 27 de dezembro a 02 de janeiro de 2021. (BRASIL 2021). Podemos atribuir essa mudança de cenário à pandemia da COVID-19, causada pelo vírus SRAS-COV-2, que atingiu todo o mundo.

Bastos et. al. (2020) afirmam que em 2020 as internações por SRAG no Brasil, desde o diagnóstico do primeiro caso confirmado de COVID-19, superou quantitativamente os números dos últimos 10 anos. Reforçando a mudança de cenário de 2020 em relação aos outros anos para o agravo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que houve uma mudança no cenário epidemiológico referente a SRAG no município de Palmas-TO, com um aumento expressivo dos casos notificado. Atribui-se esta mudança à pandemia que estamos vivendo, visto que a grande maioria dos casos detectados para algum vírus foram para o novo coronavírus. Acredita-se que este cenário contribuiu para a redução da qualidade nas informações no SIVEP-GRIPE, que apesar de ser de fácil acesso, o grande volume de casos pode ter causado uma redução na qualidade das informações.

A falta de informações fundamentais para a análise da SRAG fragiliza o processo de vigilância em saúde e dificulta o planejamento de ações em saúde eficazes e voltadas para a redução de casos. Por fim, sugere-se a constante capacitação dos profissionais responsáveis pela vigilância dos hospitais e a frequente avaliação dos dados para correção e identificação dos possíveis erros.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). Acurácia do teste de reação em cadeia por Polimerase (PCR), no diagnóstico da síndrome Respiratória Aguda por Corona vírus: Revisão Sistemática e Meta-Análise. São Paulo,2020.

Bastos L, S et. al. COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12a semana epidemiológica de 2020. **Cadernos de saúde pública**, 06-04-2020.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019). **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Rio de Janeiro, Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica**, 41. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, **Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. **Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. **Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19** - Brasília/DF - Fevereiro de 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento
de uma Pandemia de Influenza. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Brasilia, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Corona vírus tele saúde. Disponível em < https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao> Acesso em:07/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico especial COE-COVID19. N14, 26 ABR 2020. Brasil, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico especial COE-COVID19. N21, 08 JUL 2020. Brasil, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico especial COE-COVID19. N44, 06 JAN 2021. Brasil, 2021.

CARNEIRO, Viviane; ADJUTO, Raphael; ALVES, KELLY. SAÚDE DO HOMEM: IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À PROCURA, OU NÃO, DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR,** Umuarama, v. 23, n. 1, p. 35-40, jan./abr. 2019.

DIAS et. al. Doenças respiratórias no Triângulo Mineiro: Análise epidemiológica e projetiva com a pandemia de COVID-19. **J. Health Biol Sci**. 2020; 8(1):1-6.

ESCOTEGUY, C.C et. al. COVID-19: estudo seccional de casos suspeitos internados em um hospital federal do Rio de Janeiro e fatores associados ao óbito hospitalar. **Epidemiol. Serv. Saude, Brasília**, 30(1):e2020750, 2021.

FAGUNDES et. al. UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL E A FILA ÚNICA DE LEITOS NA PANDEMIA DE COVID-19. Enferm. Foco 2019; **2020; 11 (Esp. 2): 23 - 31.**

FELINTO, Gustavo; ESCOSTEGUY Claudia; MEDRONHO, Roberto. Fatores associados ao óbito dos casos graves de influenza A(H1N1) pdm09. **Cad. Saúde Colet.**, 2019, Rio de Janeiro, 27 (1): 11-19.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.2018.**Disponivel**: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=resultados. **Acesso em 14/02/2021.**

LANA et. al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública 2020**; 36(3).

MOZZAQUATRO, J.T. Fatores associados à síndrome respiratória aguda grave no sul do Brasil em 2015 e 2016. RIUNI: Repositório Institucional UNISUL, http://www.riuni.unisul.br/handle/12345/7262,2019.

OPAS. Proteção da Saúde Mental em situação de epidemias. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: mai. 2020.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19). N40, 28 abr 2020. Palmas, 2020. GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2008.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem : Métodos, avaliação e utilização. 7º. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

SILVA, Amanda P. S. C.; MAIA, Livia T. S.; SOUZA, Wayner V. S. Síndrome Respiratória Aguda Grave em Pernambuco: comparativo dos padrões antes e durante a pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva, 25(Supl.2):4141-4150, 2020.**

SOUSA CMS, Mascarenhas MDM, Lima PVC, Rodrigues MTP. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. **Cad Saúde Colet, 2020**; Ahead of Print. https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040139.

SOUZA et. al. COVID-19 e gestação: manifestações clínicas, alterações laboratoriais e desfechos maternos, uma revisão sistemática de literatura. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p.15901-15918. nov./dez. 2020.

Nome da revista cientifica: **Revista Desafios**
Link para acesso: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions

Template:
https://docs.uft.edu.br/share/s/EQsnbw2gQoG_Zpso-QwO_Q

MONITORAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 POR RESIDENTES DE SAÚDE COLETIVA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO DE PALMAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Revista Desafios

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Monitoring of covid-19 confirmed cases by collective health residents in the vagility of epidemiology in the municipality of Palmas: experience report

Seguimiento de casos confirmados de covid-19 por residentes de salud colectiva en la vigilia epidemiológica del municipio de Palmas: informe de experiencia

Izadora Panta da Cruz Lopes[1], Marta Maria Malheiros Alves[2], Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa[3], Ruth Martins Santos[4]

[1]Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva, Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP, Palmas-TO), Programa Integrado de Residências em Saúde.

[2]Orientadora, Mestre e Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas –SEMUS, Palmas-Tocantins.

[3]Co orientadora, Mestre e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP, Palmas-TO), Programa Integrado de Residências em Saúde.

[4]Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva, Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP, Palmas-TO), Programa Integrado de Residências em Saúde

RESUMO

Introdução: O novo coronavírus, SARS-COV-2, causa uma doença respiratória, que possui como principal característica o desenvolvimento de uma síndrome respiratória aguda grave secundária à infecção pelo novo vírus. Objetivo: Descrever as estratégias realizadas pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, no monitoramento de casos confirmados do novo coronavírus realizado pelos residentes de Saúde Coletiva em conjunto com os demais profissionais da Vigilância Epidemiológica. Metodologia: É um relato de experiência de natureza descritiva sobre as estratégias adotadas no telemonitoramento de casos confirmados durante a epidemia em Palmas, Tocantins. Discussão: Descreveu-se a experiência com os fluxos operacionais de serviço, desafios e potencialidades. Conclusão: Essa vivência foi de intenso aprendizado para os residentes multiprofissionais e promove reflexão sobre a importância do fortalecimento de ações de saúde pública nos territórios.

Palavras-chave: monitoramento; coronavírus; vigilância.

ABSTRACT

Introduction: The new coronavirus, SARS-COV-2, causes a respiratory disease, whose main characteristic is the development of a severe acute respiratory syndrome secondary to infection by the new virus. Objective: To describe the strategies carried out by the Epidemiological Surveillance of the Municipal Health Secretariat of Palmas, in the monitoring of confirmed cases of the new coronavirus

carried out by the residents of Public Health together with the other professionals of the Epidemiological Surveillance. Methodology: It is an experience report of a descriptive nature about the strategies adopted in telemonitoring of confirmed cases during the epidemic in Palmas, Tocantins. Discussion: Experience with operational service flows, challenges and potential was described. Conclusion: This experience was an intense learning experience for multiprofessional residents and promotes reflection on the importance of strengthening public health actions in the territories.
Keywords: *monitoring; coronavirus; surveillance.*

RESUMEN
Introducción: El nuevo coronavirus, SARS-COV-2, provoca una enfermedad respiratoria, cuya principal característica es el desarrollo de un síndrome respiratorio agudo severo secundario a la infección por el nuevo virus. Objetivo: Describir las estrategias que lleva a cabo la Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría Municipal de Salud de Palmas, en el seguimiento de casos confirmados del nuevo coronavirus realizado por los residentes de Salud Pública junto con los demás profesionales de la Vigilancia Epidemiológica. Metodología: Es un relato de experiencia de carácter descriptivo sobre las estrategias adoptadas en el telemonitoreo de casos confirmados durante la epidemia en Palmas, Tocantins. Discusión: Se describió la experiencia con los flujos de servicios operativos, los desafíos y el potencial. Conclusión: Esta experiencia fue una intensa experiencia de aprendizaje para los residentes multiprofesionales y promueve la reflexión sobre la importancia de fortalecer las acciones de salud pública en los territorios.
Descriptores*:* supervisión; coronavirus; vigilancia.

INTRODUÇÃO

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) da China identificou, em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, um surto de uma doença respiratória causada por um novo tipo de coronavírus o SARS-COV-2, tendo como principal característica o desenvolvimento de uma síndrome respiratória aguda grave secundária à infecção pelo novo vírus (FIOCRUZ, 2020; OMS/OPAS, 2020).

Em 03 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou por meio da Portaria MS N° 188/2019, o estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), e ao fim do mesmo mês foi confirmado o primeiro caso da nova doença denominada COVID-19 no Brasil. Essa portaria também determinou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE/COVID-19) como instrumento nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito SUS, ficando sob competência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a gestão do COE/COVID-19. Em março do mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia causada pelo novo coronavírus, termo que se refere à distribuição geográfica de uma doença (em vários países e regiões do mundo) e não à sua gravidade (BRASIL, 2020d; BRASIL, 2020g; OMS/OPAS, 2020).

Na cidade de Palmas, o primeiro registro da doença ocorreu em 18 de março de 2020, e segundo o 303ª Boletim Epidemiológico, publicado em 16 de janeiro de 2021 o município contabiliza 101.581 notificações para síndrome gripal, confirmando 22.930 casos de COVID-19 com 230 óbitos decorrentes do agravo. Os dados nacionais da mesma data mostram um total de 8.455.059 casos confirmados, destes, 209.296 evoluíram para óbito e seguindo no estado do Tocantins com 98.787

indivíduos, impelindo 1.338 óbitos (BRASIL, 2021; SEMUS, 2021; TOCANTINS, 2021).

A Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SUPAVS), é responsável pela gestão da pandemia na capital, tendo em sua estrutura entre outros, a Diretoria de Vigilância em Saúde, a Gerência de Vigilância Epidemiológica e o Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS) que atuam em conjunto no processo de análise e tomada de decisão com base no cenário epidemiológico vigente, para o enfrentamento do surto da COVID-19. No início de fevereiro, ações prioritárias para combater a epidemia, com ênfase nas fases iniciais de contenção e mitigação já estavam instauradas na cidade, tais como a publicação do Plano de Contingência e a ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-PALMAS-COVID-19) que possui, entre uma de suas atribuições o monitoramento dos casos confirmados da COVID-19 (PALMAS, 2020).

A instauração de medidas amplas de distanciamento social, de isolamento e monitoramento dos casos e de quarentena é fundamental para que ocorra uma desaceleração da propagação dos casos (achatamento da curva de transmissão), evitando assim uma sobrecarga dos sistemas de saúde. O uso de tecnologias de informação e telecomunicação foi ampliado de modo a cooperar com serviços, capacitações de profissionais de saúde e assistência multidisciplinar a pacientes, caracterizando um campo abrangente, intitulado telessaúde, propiciando um alcance maior no manejo dos casos confirmados de COVID-19, configurando-o como um componente crítico no combate à pandemia do novo coronavírus, de forma a manter os serviços de saúde eficientes e seguros (BASHSHUR et al., 2011; BRASIL, 2020a).

No município de Palmas as Residências Multiprofissionais em Saúde surgem como uma nova estratégia de fortalecimento do SUS a partir da criação de um Plano Integrado de Residências em Saúde (PIRS). Esse plano foi instituído visando uma transformação da rede de serviços de saúde presente no município, onde os residentes são incorporados como profissionais seguindo o modelo preconizado pelo programa, de ensino e serviço, este último compondo o quadro de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS. Dentre os programas do PIRS, a Residência em Saúde Coletiva tem sua atuação em serviço à disposição da SUPAVS (PALMAS, 2017).

O Ministério da Saúde publicou em 27 de março de 2020, a portaria Nº 580/2020 que delibera sobre a mobilização dos profissionais de saúde residentes, para o enfrentamento à pandemia da COVID-19. Neste documento fica estabelecido a ação estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", que engloba tanto os residentes que se encontram no atendimento direto à população em todos os níveis de atenção à saúde quanto os que desenvolvem suas atividades voltadas para a gestão em saúde. A ação foi definida mediante a declaração de estado de Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional e bonificada com um percentual de 20% sobre o valor da bolsa nacional de residência (BRASIL, 2020g; BRASIL, 2020 f).

Os residentes de saúde coletiva compuseram majoritariamente a equipe de profissionais responsáveis pelo monitoramento dos casos confirmados, contatos e casos suspeitos para COVID-19, realizado pela Diretoria de Vigilância em Saúde da SEMUS, por meio do CIEVS. Mesmo antes do

surgimento de casos no município, alguns residentes de saúde coletiva já atuavam na organização e estruturação deste serviço por meio da elaboração do Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela COVID-19 e imediatamente após a confirmação do primeiro caso os outros residentes passaram a compor a equipe iniciando a estratégia de telemonitoramento (PALMAS, 2020).

Este artigo tem como objetivos descrever as estratégias realizadas pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, no monitoramento dos casos confirmados da COVID-19 realizado pelos residentes de Saúde Coletiva em conjunto com os demais profissionais da Vigilância Epidemiológica.

MÉTODOS

Estudo de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, que utiliza uma base metodológica problematizadora, possibilitando a participação ativa dos profissionais, inserindo-os não apenas como receptores e sim como matrizes de aprendizagem e vivências, envolvendo-os na discussão e encorajando-os na identificação de problemas e resolução deles dentro do processo de trabalho.

A experiência descrita neste estudo não ocorreu em um espaço físico delimitado, sendo ambientada remotamente junto à Diretoria de Vigilância em Saúde de Palmas. Devido ao processo de trabalho do telemonitoramento que utilizava o regime de plantões de 12 horas ao dia, inclusive aos finais de semana e feriados, da necessidade do uso de recursos como telefones e internet para toda a equipe, além das medidas de segurança, distanciamento social e contenção da transmissão do novo coronavírus, o monitoramento dos casos ocorreu em maior parte do tempo em formato home office. E o período que se refere o trabalho compreendeu os meses de março a setembro de 2020, e no decorrer desse período foi implementado e reorganizado o serviço de monitoramento dos casos confirmados da COVID-19, de modo que as reestruturações realizadas ao final do intervalo referido, permanecem até os dias atuais.

O serviço de telemonitoramento surge como uma nova estratégia de atendimento ao usuário da rede de saúde de Palmas, implementado a partir da necessidade de estabelecer uma linha de cuidado aos casos confirmados e suspeitos para COVID-19, respeitando as medidas de distanciamento social preconizadas para o momento da pandemia. Diante da celeridade exigida em virtude do surgimento dos casos, fez-se necessário a implementação de um serviço que não dispunha de uma infraestrutura e logística de trabalho, no caso o trabalho remoto, o que não era estabelecido pela secretaria.

A equipe da Vigilância Epidemiológica conjuntamente com a Coordenação do Programa de Residência em Saúde Coletiva elaborou vários documentos norteadores para normatização dos processos de trabalho, estes eram readequados à medida que a demanda e necessidade do serviço era alterada. Todas as diretrizes presentes nestes documentos eram repassadas às equipes por meio de vídeo chamadas, utilizando o recurso do *Google Meet*, também, era através dessa ferramenta ocorriam as capacitações, alinhamentos e discussões sobre os processos de trabalho, de modo intra e intersetorial, uma vez que o cuidado integral perpassa por outras linhas de atenção, envolvendo todo os grupos inseridos nessas atividades laborais.

Esses encontros virtuais reiteravam a importância no trabalho desenvolvido no COE, o funcionamento e seu caráter emergencial, além de

discorrer detalhadamente sobre as rotinas de trabalho diário executadas por cada equipe.

Através dessas reuniões foi definindo quais seriam as variáveis da investigação epidemiológica diante dos pacientes, sendo estabelecido: gênero (feminino ou masculino), endereço, faixa etária, comorbidade ou fatores de risco, histórico da doença (sintomas e data de início da manifestação clínica), tipo de contaminação (contato, comunitária, viagem), histórico de viagens nos últimos 14 dias, levantamento de contatos intradomiciliares e de trabalho, se é profissional de saúde ou não. O registro dessas informações do monitoramento para acompanhamento dos parâmetros epidemiológicos e clínicos são organizados através do preenchimento da planilha no Excel®, da plataforma online *Google Drive*, que permite ao usuário criar planilhas e compartilhá-las simultaneamente com outras pessoas com a função de edição em tempo real.

A planilha é composta pelos casos confirmados notificados para a Secretaria Municipal de Saúde através do Notificasus, um sistema on-line desenvolvido para as notificações compulsórias do município, laboratorialmente identificados tanto em unidades públicas, quanto em unidades privadas.

De início a equipe atuante no monitoramento dos casos confirmados, contatos e casos suspeitos foi prioritariamente composta pelos residentes do Programa de Saúde Coletiva, seguindo com o aumento dos casos houve a necessidade de um quantitativo maior de recursos humanos, onde alguns servidores da SUPAVS passaram a compor a equipe, e posteriormente foram incorporados também aqueles servidores de outros setores da SEMUS que estavam afastados das atividades presenciais por pertencerem aos grupos de risco para a COVID-19.

Após a confirmação do primeiro caso de COVID-19, o CIEVS iniciou trabalho de monitoramento com contato via telefone com a paciente, repassando as orientações quanto ao isolamento, medidas de proteção e coleta do exame dos contatos domiciliares, bem como da identificação dos indivíduos que estiveram em contato direto com a paciente nos últimos quatorze dias. Esse mesmo procedimento prosseguiu conforme novos casos surgiam. Foi realizado também levantamento dos viajantes que retornavam de locais com potencial transmissão do novo coronavírus, nas duas semanas antecedentes, e o monitoramento dos casos suspeitos notificados como Síndrome Gripal. Todos foram acompanhados pelo tempo recomendado através dos órgãos sanitários, e ao surgimento de quaisquer sintomas, era encaminhado para coleta de exame laboratorial. Também foi criado um canal de comunicação com a comunidade através do call-center.

O processo de trabalho a princípio foi distribuído em eixos, com a composição de quatro deles, sendo, um destinado aos Sistema de Informação em Saúde, um responsável pelo monitoramento diário dos casos confirmados e seus contatos, um terceiro que realizava o acompanhamento dos viajantes e finalizando com o eixo que efetuava a vigilância das Síndromes Gripais, tendo como apoiadores as Unidades de Saúde da Família (USF) do município. O serviço era ofertado durante toda a semana, incluindo sábados, domingos e feriados, no horário das 07 às 19 horas.

No primeiro contato de monitoramento, o residente se identificava, explicava o objetivo da ação, realizava o acolhimento, coletava as informações pertinentes, oferecia os serviços ofertados tais como acompanhamento psicológico, programa de

rastreamento da Secretaria de Segurança, emissão e envio de termos de isolamento, atestados e laudo do exame, finalizando com orientações e retirada de dúvidas.

Após esse primeiro diálogo, seguia o monitoramento os pacientes a depender da gravidade e riscos apresentados, sendo realizado a cada 24 horas, para casos com mais de 60 anos e comorbidades, ou considerados graves, e a cada 48 horas em pacientes com sintomas leves ou assintomáticos, orientando também que se houvesse algum sintoma nesse intervalo de tempo que entrassem em contato com a equipe.

Com o passar do tempo, à medida que o número de novos casos aumentava, se fazia necessário uma reorganização dos processos de trabalho e mais componentes nas equipes, essas estratégias eram discutidas e organizadas mediante reuniões periódicas do grupo de trabalho. Uma das principais alterações, ocorreu ao final do mês de abril com a composição de uma equipe médica nesse novo arranjo, que em um primeiro momento foi direcionada a realizar os informes do resultado de casos confirmados aos pacientes, realizando a investigação epidemiológica, coleta de dados, emissão de atestados e termos de isolamento, orientações sobre isolamento e sobre a doença, avaliação médica por meio da telemedicina e prescrição de acordo com a sintomatologia apresentada.

Em maio de 2020, novamente justificada pelo aumento significativo dos casos de COVID-19, e pela otimização do serviço, houve nova reorganização das equipes, direcionando os profissionais médicos para as altas dos pacientes, emissão de atestados médicos e manejo clínico dos casos sintomáticos por meio de teleatendimento registrado no eSUS, objetivando um cuidado em tempo oportuno.

Na rotina do telemonitoramento, a equipe identifica pacientes (confirmados e seus contatos) com piora ou sinal de agravamento clínico e encaminha a solicitação de tele consulta para equipe de assessoria médica do COE, fortalecendo a linha de cuidado e com atuação em tempo oportuno. Em relação a alta, a equipe médica segue o protocolo do Ministério da Saúde de acordo com BRASIL (2020h), inicialmente se adotava como critério de alta, 14 dias de início de sintoma estando o paciente assintomático há no mínimo 72 horas. Posteriormente 10 dias de início dos sintomas com mais 3 dias sem sintomas como febre ou sintomas respiratórios para os pacientes sintomáticos, ou apenas 10 dias pós teste RT- PCR para pacientes assintomáticos como descrito no documento da OMS (2020). Após atendimento pela telemedicina, o paciente cumprindo todos os critérios, recebia alta médica e a equipe médica emitia o atestado de alta.

Durante o período do monitoramento, houve casos em que não foi possível contactar os pacientes, devido à ausência ou inconsistência dos números telefônicos, ligações não atendidas com tentativas por mais de 48 horas, chamadas em caixa postal, estes eram encaminhados via e-mail através de documento específico, solicitando busca ativa desses casos, visando atualização das informações telefônicas e reforçando a importância do contato com a equipe de monitoramento, direcionado para o apoiador das Síndromes Gripais (SG) da Unidade de Saúde da Família de referência. Os apoiadores são profissionais de saúde dentro do CSC, definidos pelos documentos norteadores, é o elo entre a vigilância e atenção primária no contexto da pandemia, sendo o responsável pela condução do trabalho nas unidades direcionados pelo monitoramento do COE.

Diante do aumento expressivo dos casos, da rotina de trabalho exaustiva e da necessidade da inclusão da atenção primária no monitoramento dos casos, foi discutido e efetuado a descentralização do monitoramento dos contatos no mês de julho de 2020, para os centros de saúde, em conjunto com uma nova readequação das equipes de monitoramento que incluiu a figura do supervisor, organizando e coordenando o serviço.

Os meses de julho, agosto e setembro foram marcados pelo "pico" no números de novos casos, obrigando as equipes de monitoramento, juntamente com a Diretoria de Vigilância em Saúde e a Coordenação do Programa de Residência em Saúde Coletiva a traçar novas estratégias visando a descentralização para os centros de saúde do monitoramento dos casos confirmados, tal ação se fez possível devido ao apoio da equipe dos Distritos da SEMUS, que foi responsável pela articulação, capacitação e implementação desse processo.

Vale ressaltar que os processos de trabalho e instrumentos utilizados permanecem em constante desenvolvimento e aprimoramento, de acordo com as diretrizes de trabalho do COE. Assim, este artigo apresenta, em forma de relato, as ações de vigilância em saúde relacionadas aos processos de trabalho vivenciados.

DISCUSSÃO

Monitorar é observar, analisar, ficar atento aos possíveis sinais de que algo não está bem, possibilitando uma ação de cuidado em tempo oportuno. E foi justamente nessa intenção que o serviço de monitoramento dos casos confirmados foi instituído, como uma das opções não farmacológicas de contenção da pandemia do novo coronavírus. Ao realizar as ligações para os pacientes da COVID-19 os profissionais residentes em saúde coletiva, assim como os demais componentes da equipe, criaram o vínculo e favorecia o cuidado aqueles que, principalmente no primeiro momento da pandemia, se viam isolados, assustados e com medo de uma nova doença que era publicada pela mídia sempre correlacionando com gravidade e óbitos.

Silveira et al (2020) reforçam a importância do telemonitoramento e da telemedicina como uma ferramenta que presta serviço à população, sem exposição direta ao risco de contrair essa nova doença e promovendo assistência às pessoas afetadas pelo novo coronavírus. Sendo um instrumento amplamente utilizado para monitoramento e vigilância dos casos confirmados da COVID-19, que além de funcionar como forma de triagem, diminui a superlotação nas unidades de saúde e ainda fortalece o vínculo entre os profissionais de saúde e o paciente.

Essa experiência permitiu aos residentes de saúde coletiva, que tem em sua estrutura curricular as áreas de competência em Vigilância, Gestão e Educação e Desenvolvimento Científico, com sua vivência prática voltada, para gestão, educação e vigilância dos agravos, terem uma proximidade maior com a assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), participando da coordenação do cuidado, um dos atributos preconizados na Atenção Básica. Foi possível perceber e identificar a atuação dos residentes em cada perfil de competência, perpassando ao longo deles de maneira clara, evidente e ativa, possibilitando uma vivência mais significativa do programa. Além claro, de ampliar o olhar epidemiológico, tornando-o mais criterioso sobre as condições de saúde de cada paciente.

O Programa de Residência em Saúde Coletiva atua junto às necessidades coletivas de saúde, na gestão do trabalho e vigilância em saúde, na gestão do

território e na educação em saúde. Composto por habilidades em atenção à saúde, que visa reconhecer as necessidades dos usuários com foco na atenção à saúde; promoção da gestão do cuidado à saúde, auxiliando a integralidade do cuidado, monitorando e avaliando o acesso, o financiamento e a realização das ações propostas; outro eixo é a gestão relacionada ao território, que visa identificar os problemas, preparar e organizar plano de trabalho e avaliá-lo; e o eixo de promoção de educação em saúde, buscando identificar tanto as necessidades individuais quanto as coletivas (BRASIL, 2017; PALMAS, 2017).

O serviço de telemonitoramento foi realizado em outros locais, tais como o projeto Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Universidade Federal Rio Grande que teve como parceiros os acadêmicos dos cursos da área da saúde. No estado do Pará, uma parceria entre Secretaria Estadual de Saúde e Hospital Albert Einstein, possibilitou o telemonitoramento dos pacientes com COVID-19. No Acre, coube aos alunos do curso de medicina das universidades públicas e privadas, a coordenação e execução desse serviço (MENDONÇA et al., 2020; SILVEIRA et. al., 2020; VILLANOVA, 2020).

De acordo com Brasil (2020c) a metodologia para acompanhamento e monitoramento dos casos da doença, deve ser de acordo com as recomendações e orientações do Ministério da Saúde e do gestor local. No presente relato a metodologia utilizada no município de Palmas condiz com a citada na literatura.

Utiliza-se o protocolo de teleatendimento recomendado pelo Ministério da Saúde, realizando ligações para o acompanhamento de pacientes confirmados com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco a cada 24 horas, e a cada 48h para os demais pacientes, e deve ser utilizado para todos os casos confirmados (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020e).

Quanto aos desafios vivenciados, ressalta-se a dificuldade na abordagem do telemonitoramento, por ser uma prática não comum entre o grupo de profissionais residentes que compunham as equipes, uma outra dificuldade detectada foi o uso dos telefones celulares particulares de cada residente ou profissional inserido no monitoramento, levando à utilização de recursos próprios para o desempenho de um serviço público.

Ainda discorrendo sobre os desafios é importante salientar que com a utilização dos próprios telefones para realizar o monitoramento, o quanto que os profissionais residentes eram expostos a situações inconvenientes, uma vez que os pacientes tinham acesso aos seus números pessoais, muitos retornavam as ligações, para esclarecimentos de dúvidas, para solicitações diversas, para contestamento de resultado de exame, ou apenas para conversar, porém muitas dessas ligações eram recebidas fora dos horários de trabalho e por muitas vezes acompanhadas de agressões verbais e/ou psicológicas dirigida aos residentes. A SEMUS providenciou alguns números de telefone institucionais e minimizou alguns dos problemas citados, porém como essa quantidade de chips era reduzida, a maioria dos profissionais residentes permaneceram com o uso de suas próprias linhas telefônicas.

Outro fator limitante foi a carga horária extensa, gerando sobrecarga emocional devido às situações supracitadas de ofensas e disponibilidade integral para o serviço, propiciando o adoecimento mental de alguns residentes, levando ao redirecionamento desses profissionais para outros cenários de prática. Esse problema é evidenciado pelos autores (RODRIGUES, N. H.; DA SILVA, L.

G. A., 2020) que cita que com o cenário de pandemia deve se manter vigilante com a saúde mental dos profissionais de saúde, pois diante da pressão de lidar com as atividades laborais, estresse e incertezas, passam a correr um risco maior para desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

CONCLUSÃO

A emergência de agravos à saúde são acontecimentos que nos fazem refletir sobre a importância do fortalecimento de ações de saúde pública baseadas na prevenção, no cuidado e na necessidade constante de implementação de estratégias sanitárias nos processos envolvidos na vigilância em saúde. Com o monitoramento dos casos foi possível estabelecer resultados sobre a epidemiologia, revelando o diagnóstico situacional do município de Palmas acerca da COVID-19, implicando na criação de novas estratégias de prevenção e controle.

Vale ressaltar que para avaliar as ações na dinâmica da transmissão do novo coronavírus, é essencial monitorar a ocorrência de casos novos e óbitos pela doença, sendo necessário também observar a necessidade de definir a implementação de estratégias a serem adotadas em tempo oportuno pelos estados e municípios.

Com o contato diário com os pacientes, via tecnologia de comunicação, permite o estabelecimento de vínculos com a equipe multiprofissional em saúde, promovendo um cuidado humanizado e voltado às necessidades individuais de cada paciente e dos seus contactantes, além de favorecer o ensino-aprendizagem dos profissionais residentes e auxiliar na vigilância do novo coronavírus.

E dentro dessa perspectiva concluímos esse relato com a certeza de que o serviço prestado obteve um alcance muito além do objetivo definido no primeiro momento. As ligações eram muito mais que simples coleta de informações, eram uma troca de saberes, de vivências, de sentimentos. Ao contactar os pacientes, os residentes adentravam em suas realidades, compactuavam das suas emoções, medos, angústias e se transformavam em profissionais de saúde melhores, mais humanizados, mais solidários e muito agradecidos por fazer parte de uma experiência tão rica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete -do--ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 11/02/ 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública l COVID-19. **Boletim Epidemiológico COE-Nº 05.** Doença pelo Coronavírus 2019 – Ampliação da Vigilância, Medidas não Farmacológicas e Descentralização do Diagnóstico Laboratorial. 2020a. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf>. Acesso em: 01/12/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública Nacional pela doença pelo novo coronavírus.** Brasília, 2020b. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf>. Acesso em: 02/12/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. **Orientações para manejo de pacientes de com COVID-19**. Brasília, 2020c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Covid19-Orienta-esManejoPacientes.pdf.>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Portaria MS/GM n. 356, de 11 de março de 2020. **Diário**

Oficial da União, Brasília, 2020d. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346»http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 07/02/021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 7. Brasília, 2020e. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/05/20200504-ProtocoloManejover09.pdf>. Acesso em: 02/09/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 580, DE 27 DE MARÇO DE 2020**. Brasília, 2020f. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>.Acesso em: Acesso em: 15/02/2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020. Brasília,** 2020g. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html. Acesso: 10/02/2020.

BASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, 2020h.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Especial Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 2 (10 a 16/1/2021).** Versão 1. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/22/boletim_epidemiologico_covid_46-final.pdf>. Acesso em: 22/01/2021.

FIOCRUZ. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência da Fiocruz diante da pandemia da doença pelo SARS-CoV-2 (Covid-19).** Versão 1. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/plano_de_contingencia_corona_final_2020-03-13_v1.pdf>. Acesso em: 02/06/2020.

MENDONÇA, C. S.; ROSSET, I.; GONÇALVES, M. R.; BASTOS, C. G. M.; MEDEIROS, A. F.; DIAS, A. V.; NASCIMENTO, F. R.; MASIERO, F. R.; PELEGRINI, G.; RAGNINI, J. M.; LEITE, L. O.; ARRUDA, N. M.; FREITAS, P.; FIRMINO, R. B.; REOLOM, R. P; TOLIO, R. P.; MANTESE, G. H. A. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia da COVID-19. **APS EM REVISTA**, v.2, n.1, p.33-37, 2020.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Folha Informativa – COVID 19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 05/05/2020.

OMS. Critérios para alta de pacientes com COVID-19 do isolamento. **Informe Científico.** Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52318/OPASWBRACOVID-1920080_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04/01/2021.

OPAS. 2020. **Considerações para a implementação e gerenciamento de rastreamento de contatos para a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) na Região das Américas**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52278>. Acesso em: 02/12/2020.

PALMAS, F. E. DE S. P. **Caderno do Plano Integrado de Residências em Saúde.** 2017.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Contingência do Município de Palmas e Palmas para Infecção Humana pela COVID-19.** versão 7. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/VdWLJg9T5xEEO3bwFfLJW3zzZY7tttEwKooK560Z.pdf>. Acesso em: 02/12/2020.

RODRIGUES, N. H.; DA SILVA, L. G. A. Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **Journal of Nursing and Health**, v.10, n.4, 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE PALMAS (SEMUS). 2021. **Boletim epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo coronavírus (COVID-19).** N 303, Palmas, 2021 Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/reports/NJt2DI69kRBarBjtcrBfeFG8ZHylguPanSYAGB08.pdf>. Acesso em: 22/01/2021.

SILVEIRA, R. P.; LEAL, O.; SOARES, P. L. da S.; DA CRUZ, L. F.; MODESTO, I. D. M.; BATISTA, L. N.; LAMBERT, L. A.; RODRIGUES, P. A. Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. **APS EM REVISTA**. v.2, n.2, p.151-161, 2020.

VILLANOVA, R. **Pacientes com Covid contam com o Telemonitoramento do Hospital Albert Einstein**. Disponível em: http://www.saude.pa.gov.br/2020/04/24/pacientes-com-covid-19-contam-comtelemonitoramento-do-hospital-albert-einstein/. Acesso em: 05/01/2021.

REVISTA: DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins

LINK PARA AS NORMAS:
https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR CORONAVÍRUS (COVID -19) DE RESIDENTES EM PALMAS-TO NO PERÍODO DE ABRIL A OUTUBRO DE 2020

Epidemiological profile of coronavirus deaths (COVID -19) of residents in Palmas-TO from april to october 2020

Perfil de los muertos por el coronavirus (COVID -19) de residentes en Palmas-TO de abril a octubre 2020

Revista Desafios

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Jackelaynne Coelho Eufrázio[*1], Tatiane Dias Cardoso[2], Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos[3]

[1, 2] Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva, pelo do Plano Integrado em Residências em Saúde da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas/TO, Brasil.

[3]Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade e Biotecnologia pela Universidade Estadual do Maranhão, Preceptora na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas/TO, Brasil.

**Correspondência: Plano Integrado de Residências em Saúde, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Instituto Vinte de Maio, Quadra 405 Sul Avenida LO 09 HM 06 Lote 11, Palmas, Tocantins, Brasil. CEP:77.015-611. e-mail jackeeufrazio@hotmail.com.*

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

Considerando os impactos da Covid-19, como o grande número de óbitos, é importante conhecer melhor como ela se comporta epidemiologicamente, para um adequado enfrentamento. Assim, o estudo teve por objetivo analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por coronavírus (COVID-19) em Palmas-TO, no período de abril a outubro de 2020. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo. Os dados foram coletados dos Boletins Epidemiológicos de Palmas-TO – Doença pelo novo coronavírus (COVID-19), publicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Como resultado, mostrou que dos 16.339 casos confirmados, 159 foram a óbito, então, Palmas-TO apresentou uma incidência de 5.462/100 mil hab, mortalidade de 51,91/100 mil hab e letalidade de 0,97%. Desses óbitos, 63,6% eram do sexo masculino, 26,66% tinham entre 70 e 79 anos, 48,7% se autodeclararam de raça/cor parda, 30,2% cursaram até o ensino fundamental, 76,1% possuíam comorbidades, sendo que 60,3% citaram a hipertensão. Portanto, o maior acometimento de óbitos ocorreu em homens, idosos, de raça/cor parda, com nível fundamental de escolaridade e portadores de comorbidade. O resultado se assemelha ao de estudos realizados em outras localidades.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico. Coronavírus. Óbito.

ABSTRACT

Considering the impacts of Covid-19, such as the large number of deaths, it is important to know better how it behaves epidemiologically, for an adequate confrontation. Thus, the study aimed to analyze the epidemiological profile of deaths from coronavirus (COVID-19) in Palmas-TO, from April to October 2020. This is a retrospective, descriptive and quantitative study. The data were collected from the Epidemiological Bulletins of Palmas-TO - Disease caused by the new coronavirus (COVID-19), published by the Municipal Health Department of Palmas. As a result, it showed that of the 16,339 confirmed cases, 159 died, so Palmas-TO had an incidence of 5,462/100

thousand inhabitants, mortality of 51.91/100 thousand inhabitants and a lethality of 0.97%. Of these deaths, 63.6% were male, 26.66% were between 70 and 79 years old, 48.7% declared themselves of race/brown color, 30.2% attended elementary school, 76.1% had comorbidities, with 60.3% citing hypertension. Therefore, the greatest number of deaths occurred in men, the elderly, of mixed race/color, with a fundamental level of education and comorbidity. The result is similar to that of studies carried out in other locations.
Keywords: *Epidemiological profile. Coronavirus. Death.*

RESUMEN
Considerando los impactos del Covid-19, como la gran cantidad de muertes, es importante conocer mejor cómo se comporta epidemiológicamente, para un adecuado enfrentamiento. Así, el estudio tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico de las defunciones por coronavirus (COVID-19) en Palmas-TO, de abril a octubre de 2020. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo. Los datos fueron recolectados de los Boletines Epidemiológicos de Palmas-TO - Enfermedad causada por el nuevo coronavirus (COVID-19), publicados por el Departamento Municipal de Salud de Palmas. Como resultado, mostró que de los 16.339 casos confirmados, 159 fallecieron, por lo que Palmas-TO tuvo una incidencia de 5.462/100 mil habitantes, una mortalidad de 51,91/100 mil habitantes y una letalidad del 0,97%. De estas muertes, el 63,6% fueron hombres, el 26,66% tenían entre 70 y 79 años, el 48,7% se declararon de raza /color marrón, el 30,2% asistieron a la escuela primaria, el 76,1% tenían comorbilidades y el 60,3% citaron hipertensión. Por tanto, el mayor número de defunciones se produjo en hombres, ancianos, mestizos, con un nivel fundamental de educación y comorbilidad. El resultado es similar al de estudios realizados en otras localidades.
Descriptores*: Perfil de salud. Coronavirus. Muerte.*

INTRODUÇÃO

A covid-19, doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), surgiu na China, na cidade de Wuhan em dezembro de 2019. Logo em seguida, em 30 de janeiro de 2020, com a disseminação dos casos para outros países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a situação como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional. Em 11 de março do mesmo ano, foi declarada como pandemia (DOS SANTOS CALÓ *et al*., 2020).

A infecção respiratória provocada pelo coronavírus tem alta transmissibilidade que, segundo evidências, acontece por meio do contato com pessoas, objetos ou superfícies contaminadas. As características clínicas podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, apresentando um espectro que pode variar de infecções assintomáticas a quadros graves e irreversíveis, como o óbito (BRASIL, 2020a).

O primeiro caso confirmado da doença na América do Sul foi no Brasil, em São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020. Desde então, até a data de início deste estudo, 03 de outubro de 2020, foram confirmados 4.906.833 casos e 145.987 óbitos por covid-19 no Brasil (BRASIL, 2020b). No Tocantins, de acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES), no mesmo período o estado contabilizou 69.398 casos confirmados da doença, e 966 óbitos. Sendo que o primeiro caso e, também, o primeiro óbito foram registrados na capital, Palmas (TOCANTINS, 2020).

Nesta, apesar de registrar casos suspeitos desde 28 de fevereiro de 2020, somente em 14 de março, por meio do Decreto n° 1.856, foi reconhecida a situação de emergência em saúde pública, em decorrência da covid-19 (PALMAS, 2020a). No dia 19 de março ocorreu a primeira confirmação de caso, e o primeiro óbito foi registrado 27 dias depois (PALMAS, 2020b).

Ornell *et al.* (2020) afirma que, além dos prejuízos à saúde física, a pandemia do novo coronavírus trouxe consigo diversas outras implicações, como as mudanças de rotina, o isolamento social, a necessidade de reorganização familiar, o fechamento de locais públicos e privados, as mudanças econômicas e sociais. Em Palmas esse cenário se confirma.

Dessa maneira, considerando a complexidade da doença, seus inúmeros impactos, entre eles o grande número de óbitos, é importante que se conheça melhor como ela se comporta epidemiologicamente no território municipal. Isso pode ajudar a direcionar ações e estratégias de enfrentamento mais assertivas durante e pós-pandemia. Diante disso, o presente estudo teve por objetivo analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por COVID-19 em Palmas-TO, do período de abril a outubro de 2020.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, visto que foi realizado a partir de registros do passado (HOCHMAN *et al.*, 2005). É descritivo, pois visa descrever as características de determinado fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis, e tem natureza quantitativa, uma vez que requer quantificação e utilização de recursos e técnicas estatísticas para análise (SILVA e MENEZES, 2005).

O estudo foi realizado no município de Palmas-TO, a capital mais nova do Brasil que, com intenso fluxo migratório, possui 306.296 cidadãos estimados, sendo a cidade mais populosa do Estado (IBGE, 2020). Assim, a amostra foi composta pelos casos de óbitos confirmados por covid-19, de residentes em Palmas-TO, no período de 14 de abril (data do primeiro óbito) a 03 de outubro de 2020 (data de início deste estudo).

Os dados foram coletados dos Boletins Epidemiológicos de Palmas-TO – Doença pelo novo coronavírus (COVID-19), publicados diariamente em formato eletrônico pela da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (Endereço eletrônico: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/boletim>). Uma vez que a fonte de dados é de caráter técnico-científico com acesso aberto, e sem a identificação dos indivíduos, não foi necessária a aprovação do estudo em comitês de ética e pesquisa.

As variáveis observadas foram sexo (feminino e masculino), faixa etária (≤ 10, 11 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89 e >90), escolaridade raça/cor, comorbidades, coeficientes de incidência, de letalidade e mortalidade.

O coeficiente de incidência foi calculado como a razão entre os casos novos de covid-19 e a população de Palmas-TO. Já o coeficiente de mortalidade foi calculado como a razão entre o número de óbitos por covid-19 e a população residente em Palmas-TO. Para os cálculos foi considerada a população estimada pelo IBGE em 2020, e os resultados expressos por cem mil habitantes. A letalidade foi calculada como a razão entre o número de óbitos por COVID-19 e o número total de casos confirmados no período analisado. Segundo Pereira (2007), essa relação nos permite mensurar a gravidade do agravo.

Os demais resultados foram apresentados em frequências absolutas ou relativas. Para a organização e sistematização dos dados foi utilizada a ferramenta Microsoft Excel® 2016, onde os dados coletados foram inseridos, consolidados e convertidos no formato apresentado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em Palmas-TO, a primeira confirmação de caso de covid-19 ocorreu em 19 de março de 2020, e de acordo com os dados coletados, após 201 dias de enfrentamento, apresentou 16.339 casos de covid-19. O primeiro óbito ocorreu em 14 de abril de 2020, e contabilizam 159 (PALMAS, 2020b). Assim, é a primeira cidade do Estado em número de casos, com 23,54% do total, e segunda em número de óbitos, com 16,45%, perdendo apenas para Araguaína, com 207 óbitos, equivalentes à 21,42% (TOCANTINS, 2020).

A semana epidemiológica 33 foi a que contou com o maior número de casos, com média de 276 por dia. Quanto aos óbitos, o maior registro ocorreu na semana epidemiológica 36, com uma média de 2,9 óbitos por dia (PALMAS, 2020b). Dessa maneira, é possível afirmar que Palmas-TO não seguiu a tendência do Brasil, que apresentou suas maiores médias de casos e óbitos na 30ª semana epidemiológica (BRASIL, 2020b). Essa demora da capital no registro de número de casos e de óbitos, pode ser explicada por alguns fatores.

Um deles seria a lógica de interiorização da covid-19, que se dirigiu dos principais centros para o interior do país, onde Palmas-TO está localizada. A dispersão da epidemia também foi mais acelerada em regiões com maiores contingentes populacionais, como aqueles superiores a 500 mil habitantes (FIOCRUZ, 2020). Além disso, as estratégias de contingenciamento, implementadas logo após o primeiro caso, também podem ter sido determinantes para o retardamento da contaminação na capital. Entre elas, ações de Atenção e Vigilância em Saúde, bem como medidas preventivas, como o isolamento social e decretos municipais com obrigatoriedade do uso de máscaras, fechamento das instituições de ensino, órgãos públicos (exceto serviços essenciais), comércios, parques e praias (PALMAS, 2020b).

Outros dados importantes são os coeficientes de incidência de casos novos, de mortalidade e de letalidade. De maneira geral, coeficientes são medidas do tipo proporção, que no processo saúde-doença são utilizados para mensuração do risco de ocorrência dos eventos ligados a ele (MERCHÁN-HAMANN *et al*., 2000). Palmas-TO registrou uma incidência de casos novos de covid-19 de 5.462/100 mil hab, superior à do Tocantins (4.412/100 mil hab) e à do Brasil (2.200/100 mil hab). Portanto, segundo esse indicador, é possível afirmar que proporcionalmente a população da capital Palmas-TO apresentou maior risco de adoecimento, em relação aos citados, até o período analisado.

No que se refere ao coeficiente de mortalidade Palmas apresentou 51,91/100 mil hab, ficando um pouco abaixo do geral do Tocantins, com 60,74/100 mil hab e do Brasil, com 68,95/100 mil hab. Os coeficientes de incidência e mortalidade são reflexos de diversos fatores, como desenvolvimento socioeconômico, capacidade de prevenção e controle da disseminação do vírus, mas também estão fortemente ligados às estratégias de investigação, diagnóstico, notificação e tratamento da doença, ou seja, às ações de Atenção e Vigilância à Saúde (FIOCRUZ, 2021).

No que se refere à letalidade, ficou em 0,97%, assim, permaneceu cerca de 30% inferior à do Estado (1,39%) que, por sua vez, foi menor que a do Brasil e do mundo (ambos 2,98%) (PALMAS, 2020b). Valores elevados de letalidades revelam falhas graves nos cuidados em saúde. Logo, valores reduzidos, como o de Palmas-TO, em comparação com outros lugares, podem indicar certa vantagem no que se refere à cobertura de testes, ações assertivas na Atenção Básica à Saúde, número de leitos e manejo adequado, principalmente, dos pacientes graves (FIOCRUZ, 2021).

Além dos dados já apresentados foram analisadas algumas variáveis individuais dos pacientes que foram a óbito por covid-19 em Palmas-TO, o que permitiu melhor delineamento e compreensão do perfil desses óbitos

Sexo

Em relação ao sexo dos casos confirmados de covid-19 em Palmas-TO, dos 16.339 casos, 53,7% (n=8.779) foram mulheres e 46,3% homens (n=7.560).

Quanto aos óbitos, foi possível observar que 63,6% (n= 101) ocorreram entre pessoas do sexo masculino e 36,4% (n=58) no sexo feminino (PALMAS, 2020b). Portanto, embora as mulheres tenham apresentado o maior número de casos, os homens foram os com maior proporção de óbitos por covid-19, durante o período analisado. Esse resultado corrobora com os de outros estudos, que também evidenciaram maior ocorrência desse fenômeno nesse grupo (CALÓ *et al*., 2020; ESCOBAR *et al*., 2020; ROZENBERG *et al*., 2020).

Para além das questões biológicas e de oferta de serviço de saúde, uma das explicações para que esses homens tenham o pior desfecho da doença, seria o fato de serem mais displicentes nos cuidados à saúde do que as mulheres. Segundo Leite *et al*. (2016), essa displicência está relacionada a diversos fatores, como associação histórica de cuidado à feminilidade, a crença na invulnerabilidade masculina, bem como a centralidade do trabalho na constituição da identidade e masculinidade desse sujeito, em detrimento da saúde. Isso muitas vezes gera resistência em buscar um serviço de saúde diante de sinais e sintomas, por exemplo, podendo resultar no agravamento do quadro.

Tabela 1: Frequências absoluta e relativa de casos e óbitos por Covid-19, segundo sexo, no município de Palmas-TO, entre março e outubro de 2020.

	CASOS		**ÓBITOS**	
SEXO	N=	%	N=	%
Feminino	8.779	53,7	58	36,4
Masculino	7.560	46,3	101	63,6

Fonte: Boletim Epidemiológico de Palmas: Doença pelo novo coronavírus (COVID-19), em 03/10/2020.

Faixa etária

Em Palmas-TO, a covid-19 atingiu todas as faixas etárias (≤ 10, 11 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89 e > 90 anos), para homens e mulheres, sendo que em algumas apresentou significativa predominância. Para ambos os sexos, a maior frequência de casos ocorreu na faixa etária de 30-39 anos, sendo que para as mulheres representou 27,25% dos casos (n=2.393), e para os homens 26,57% (n=2.009). Já o menor número de casos, também entre homens e mulheres, ocorreu naqueles com idades >90 anos, sendo 0,15% (n= 12) e 0,11% (n=10), respectivamente (PALMAS, 2020b).

No que se refere à faixa etária dos casos de óbitos, de maneira geral, o maior registro (n=40) ocorreu naqueles pacientes de 70-79 anos, o que significa 26,66% do total de óbitos. Com relação às mulheres, a predominância foi entre aquelas com idades de 70-79 anos, um total de 39,58% (n=23), e entre os homens aqueles com 60-69 anos, representando 25,74 % dos óbitos nesse grupo (n=26) (PALMAS, 2020b).

Assim, observa-se que enquanto a predominância de casos foi em adultos jovens, a de óbitos foi entre pessoas idosas, o que sugere que a idade seja um fator de risco para o agravamento da doença. Outros estudos também apontam resultados similares, demonstrando que a mortalidade entre idosos tende a ser nove vezes maior do que em outros grupos etários. Isso se deve, entre outras coisas, à prevalência de comorbidades nessa idade que geram complicações e agravamentos, podendo resultar no óbito (CALÓ *et al*., 2020; COSTA *et al*. 2020; ESCOBAR *et al*., 2020).

Tabela 2: Frequências absoluta e relativa de óbitos por Covid-19, segundo faixa etária e sexo, no município de Palmas-TO, entre março e outubro de 2020.

VARIÁVEIS	**Sexo feminino**		**Sexo masculino**	
Faixa etária	N=	%	N=	%

<40	11	18,96	03	2,97
40 a 49	6	10,34	12	11,88
50 a 59	1	1,72	18	17,82
60 a 69	10	17,24	26	25,74
70 a 79	23	39,58	17	16,83
>80	7	12,06	25	24,75

Fonte: Boletim Epidemiológico de Palmas: Doença pelo novo coronavírus (covid-19), em 03/10/2020.

Raça/cor

Em relação aos óbitos segundo raça/cor declarados, houve predominância no município da cor parda, com cerca de 48,7% óbitos (n=79), seguido por brancos 38,4% (n=61), com campo ignorado, 7,5% (n=12), pretos corresponderam a 3,8% dos casos declarados (n=6), e por último com 0.6% (n=1), a cor amarela (PALMAS, 2020b).

Segundo algumas revisões de literatura, como a Goes *et al.* (2020), a pandemia está adquirindo um perfil racial. Nos Estados Unidos, por exemplo, a pandemia da Covid-19 tem afetado exacerbadamente os afro-estadunidenses. No cenário brasileiro, apontou a população negra e indígena como o perfil de vulnerabilidade (MOREIRA, 2020). Corroborando com os resultados, Santos *et al.* (2020) afirmam que no Rio de Janeiro foi observado uma maior suscetibilidade de negros e pardos ao óbito em decorrência da covid-19.

Os dados de Palmas-TO divergem um pouco de alguns desses estudos à medida que a cor parda foi predominante nos pacientes que foram a óbito por covid-19, enquanto os perfis considerados como mais vulneráveis, como negro e indígena, tiveram inexpressivo número de casos, ou nem foram mencionados.

Tabela 3: Frequências absoluta e relativa de óbitos por Covid-19, segundo raça/cor, no município de Palmas-TO, entre 14 de abril e 03 de outubro de 2020.

RAÇA/COR	N=	%
Pardo	79	48,7
Branco	61	38,4
Ignorado	12	7,5
Preto	6	3,8
Amarelo	1	0,6

Fonte: Boletim Epidemiológico de Palmas: Doença pelo novo coronavírus (covid-19), em 03/10/2020.

Escolaridade

Segundo os dados coletados, dos pacientes residentes de Palmas-TO que foram a óbito, a maioria possuía o ensino fundamental, cerca de 30,2% (n=48). Em seguida, com ensino médio completo foram 22,6% (n=36), 22% (n= 35) dos casos não declararam o nível de escolaridade e o campo foi ignorado, 16,4% (n=26) possuíam ensino superior e 8,8% (n=14) não possuíam escolaridade (PALMAS, 2020b).

Segundo o estudo de Batista *et al.* (2020), as pessoas com nível superior de escolaridade, com caso grave da COVID-19, apresentaram uma menor proporção de óbitos (22,5%) do que aquelas sem escolaridade (71,3%), no Brasil. Assim, quanto maior o nível de escolaridade, menor a letalidade. Uma vez que a escolaridade está muito relacionada à renda, este efeito pode ser resultado das disparidades no acesso aos serviços básicos sanitários e de saúde. Porém, em discrepância com o estudo citado, pessoas sem escolaridade tiveram o menor percentual de óbitos no município de Palmas-TO, 8,8% do total (PALMAS, 2020b).

Tabela 4: Frequências absoluta e relativa de óbitos por COVID-19, segundo a escolaridade, no município de Palmas-TO, entre 14 de abril e 03 de outubro de 2020.

ESCOLARIDADE	N=	%
Ensino fundamental	48	30,2
Ensino médio	36	22,6
Ignorado	35	22,01
Ensino superior	26	16,4
Sem escolaridade	14	8,8

Fonte: Boletim Epidemiológico de Palmas: Doença pelo novo coronavírus (covid-19), em 08/10/2020.

Comorbidades

Com relação às comorbidades, foi possível constatar que das 159 pessoas que foram à óbito, 76, 1% (n=121) tinham comorbidades declaradas, 23,2% (n=37) não declararam comorbidades, 0,82% (n=1) não informou. Dos casos com comorbidades, 44,6% (n=54) informaram apresentar apenas uma comorbidade, enquanto 52,06% (n=63) tem duas ou mais comorbidades, e 3,3% (n=4) não especificaram (PALMAS, 2020b).

De acordo com o estudo de Guan *et al.* (2020) pacientes com comorbidade possuem 79% risco de necessitar de cuidados intensivos e de chegar a óbito, quando comparados a indivíduos sem comorbidades. Para pacientes com duas ou mais comorbidades associadas, o risco foi 2,5 vezes mais elevado.

Sobre as comorbidades declaradas, 60,3% das pessoas (n=73) afirmaram ter hipertensão, 36,4% (n=44) referiram o diabetes mellitus, e as doenças pulmonares, doenças renais crônicas/agudas e obesidade foram as terceiras mais mencionadas, 9,9% cada uma (n=12). Além dessas, outras comorbidades foram relatadas em menor proporção, sendo elas: neoplasias, sequelas de AVC, doenças cardíacas, tabagismo, doenças imunossupressoras, doenças neurológicas, hanseníase, doenças hepáticas e hipertireoidismo. Um total de 4,1 % dos casos (n=5) não especificou o tipo de comorbidade apresentado (PALMAS, 2020b).

De acordo com Zhou *et al*. (2020), um estudo na China mostrou que a hipertensão é a comorbidade mais incidente, seguida da diabetes mellitus. Outros afirmaram que a condição hiper inflamatória dessas comorbidades, desencadeia maior susceptibilidade para contrair a COVID-19. Em conformidade com este estudo, alguns autores no Brasil também afirmam que, aquelas pessoas com comorbidades, principalmente hipertensão e diabetes mellitus, têm mais propensão à infecção e ao óbito (ALMEIDA *et al.*, 2020).

No que se refere às doenças respiratórias pré-existentes, uma vez que as infecções por vírus respiratórios são umas das suas causas mais frequentes de complicações, há a preocupação de que a COVID-19 tenha uma apresentação mais grave em indivíduos com doenças pulmonares (CARVALHO *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2020), apontaram que o ato de fumar como fator de propensão a riscos pulmonares em pacientes com COVID-19 e os autores apontam que pacientes tabagistas apresentam 3,25 vezes mais chances de desenvolver quadros mais graves da doença e chegar ao óbito do que não fumantes.

Em relação à doença renal crônica e aguda, o estudo de Saraladevi *et al*. (2020) apontam que as disfunções renais revelam-se como fator de risco para mortalidade, devido esses pacientes estão sujeitos a infecções oportunistas, o que propicia uma maior variação de infecciosidade, além que pode ser observado que o acometimento renal é um potencializador de gravidade nos acometidos por COVID-19 devido a presença do receptor reninas de

ECA 2 que os pulmões, o que leva ao SARS-CoV-2 a lesionar as células tubulares renais.

Em suma, a obesidade está relacionada às condições de sobrepeso, a qual, por conta do tecido adiposo debilita bastante a imunidade do indivíduo devido aos processos inflamatórios causados pela mesma, por essa razão, se torna um fator de risco preocupante por deixar o corpo ainda mais propenso a adquirir outras possíveis doenças, visto assim a obesidade é um fator de risco que aumenta a possibilidade do óbito nos pacientes com Covid-19 (BRASIL, 2020c; COSTA *et al.*, 2020).

Tabela 5: – Frequências absoluta e relativa de comorbidades declaradas por pacientes que foram à óbito por covid-19, no município de Palmas, entre 14 de abril e 03 de outubro de 2020

COMORBIDADES	**N=**	**%**
Hipertensão	73	60,3
Diabetes Mellitus	44	36,4
Doenças pulmonares	12	9,9
Doença renal crônica e aguda	12	9,9
Obesidade	12	9,9
Neoplasias	11	9,1
Sequelas de AVC	7	5,8
Doenças cardíacas	5	4,1
Não especificado	5	4,1
Tabagismo	4	3,3
Doenças imunossupressoras	3	2,5
Doenças neurológicas	3	2,5
Hanseníase	1	0,8
Doenças hepáticas	1	0,8
Hipertireoidismo	1	0,8

Fonte**:** Boletins Epidemiológicos de Palmas: Doença pelo novo coronavírus (covid-19), de 14/04/2020 a 03/10/2020.

CONCLUSÃO

O resultado do estudo apontou que a maior frequência de óbitos por coronavírus (COVID-19) em Palmas-TO foi em homens, idosos, de raça/cor parda, com nível fundamental de escolaridade e portadores de comorbidades. Esse resultado se assemelha com o de diversos outros estudos realizados em outras localidades e pode ajudar a confirmar o sucesso ou falha nas ações de enfrentamento até então executadas. Além disso, pode direcionar para a necessidade de novas perspectivas de atuação no combate à pandemia na capital. Nesse cenário, a Vigilância Epidemiológica se faz fundamental enquanto área que tem como papel recomendar e adotar medidas de prevenção e controle da doença a partir da produção, qualificação e análise dos dados de saúde (BRASIL, 2020a).

Vale refletir que, considerando o perfil desses casos de óbitos, é importante que as ações de prevenção e promoção de saúde relacionadas COVID-19 sejam intensificadas para esse público, visando torná-lo menos vulnerável à doença. Nesse sentido a Atenção Básica pode ser muito potente, uma vez que essas estratégias fazem parte do seu escopo de intervenções (BRASIL, 2017).

Uma vez que os dados epidemiológicos são dinâmicos, é importante a realização de novos estudos visando manter atualizado o perfil de óbitos por coronavírus em Palmas-TO. Para os próximos estudos, sugere-se a inclusão de outras variáveis para compor esse perfil, como a distribuição espacial dos casos.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a todos que trabalharam para a produção dos dados que foram utilizados como base para este estudo. Em especial aos colegas, de luta no combate à pandemia, do COE Palmas-TO.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. C., DA SILVA MARCELINO, C. H., DA CRUZ, L. L., ROCHA, L. A. S., FALCÃO, F. C. D. O. S., SANTOS, J. C., C NDIDO, E. A. F. Prevalência e correlação das comorbidades por idade e sexo dos óbitos por COVID-19 no estado de Sergipe-Brasil: Parte I. **Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020**, 12.11: e4806-e4806. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4806/3220>. Acesso em jan. 2021.

BATISTA, A., ANTUNES, B., FAVERET, G., PERES, I., MARCHESI, J., CUNHA, J. P. **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil.** Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), 2020. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>. Acesso em jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019.** Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas. COVID-19: Brasília, 58p. 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf>. Acesso em dez. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **34 Boletim Epidemiológico Especial.** Doença pelo coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 40 (29/10/2020 a 03/10/2020). 2020b. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/08/Boletim-epidemiologico-COVID-34.pdf>. Acesso em dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros.** 2020c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46982-diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros-3. > Acesso em dez. 2020.

CARVALHO, J. C., COUTINHO, I. A., NUNES, I., MOURA, A. L., REGATEIRO, F. S ASMA E COVID-19: Atualização. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia,** 2020, 28.2: 97-109. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0871-97212020000200003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em dez. 2020.

COELHO, H. S. **Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva.** 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n3/e00019620/pt/ >. Acesso em dez. 2020.

COSTA, J. A. Implicações Cardiovasculares em Pacientes Infectados com Covid-19 e a Importância do Isolamento Social para Reduzir a Disseminação da Doença. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.114 no.5, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000600834&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em jan. 2021.

COSTA, T. R. M., CORREIA, R. S., DOS SANTOS SILVA, P. H., BARBOSA, G. S. L., DE OLIVEIRA, L. M., DA CRUZ, V. T., DA SILVA JÚNIOR, A. P. A obesidade como coeficiente no agravamento de pacientes acometidos por COVID-19. **Research, Society and Development**, 2020, 9.9: e395997304-e395997304. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7304>. Acesso em dez. 2020.

DOS SANTOS CALÓ, R., DE ASSIS, J. M. V., GUENKKA, T. M., PIRES, J. C. S., DE SOUZA ANDRADE, A. C., DE SOUZA, R. A. G. Perfil epidemiológico dos óbitos por Coronavírus (COVID-19) em Mato Grosso. **Saúde Coletiva (Barueri),** 2020, 10.56: 3044-3055. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/800>. Acesso em dez. 2020 .

ESCOBAR, A. L.; RODRIGUEZ, T. D. M.; MONTEIRO, J. C. Letalidade e características dos óbitos por COVID-19 em Rondônia: estudo observacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** vol.30 no.1 Brasília 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000100300&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jan. 2021.

FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19. **Observatório Fiocruz,** 2021. Disponível em:<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_edicao_especial_2021.pdf>. Acesso em jan. 2021.

FIOCRUZ. Interiorização do Covid-19 e as redes de atendimento em saúde. **Nota Técnica 02 de maio de 2020.** 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/monitoracovid_notatecnica_04_05_20.pdf >. Acesso em: jan. 2021.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00278110. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000300301&script=sci_abstract&tlng=es >. Acesso em dez. 2020.

GUAN, W. J., LIANG, W. H., ZHAO, Y., LIANG, H. R., CHEN, Z. S., LI, Y. M., HE, J. X. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. **European Respiratory Journal**, v. 55, n. 5, 2020. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/55/5/2000547.short >. Acesso em dez, 2020.

HOCHMAN, B., NAHAS, F. X., OLIVEIRA FILHO, R. S. D., FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, p. 2-9, 2005. Disponível:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-416390>. Acesso em jan, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE.** 2020. Disponível em:<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to.html>. Acesso em: dez 2020.

LEITE, J. F. Sentidos da Saúde numa Perspectiva de Gênero: um Estudo com Homens da Cidade de Natal/RN. **Psicologia: Ciência e Profissão** Abr/Jun. 016 v. 36 n°2, 341-353. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0341.pdf>. Acesso em jan. 2021.

MERCHÁN-HAMANN, E; TAUIL. P. L.; COSTA, M. P. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídio para uma possível padronização da nomenclatura. **Informe Epidemiológico SUS,** 2000. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v9n4/v9n4a06.pdf>. Acesso em nov. 2020.

MOREIRA, R.S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** 2020, 36: e00080020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00080020/ >. Acesso em dez, 2020.

ORNELL, F., SCHUCH, J. B., SORDI, A. O., KESSLER, F. H. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. In: **Revista Debates in Psychiatry**, 2020. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias>. Acesso em nov. 2020

PALMAS a. **Decreto Nº 1.856, de 14 de março de 2020**. Disponível: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/legislation/mo8weqqXCcgzSynBbrj3GYit00qQMZCFHHqOI6XB.pdf>. Acesso em: nov. 2020.

PALMAS b. **Boletim Epidemiológico de Palmas - doença pelo novo coronavírus (covid-19)**, nº 198, 03 de outubro de 2020. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/reports/sypJLU6kmQfXUj96wzRxh3qEvt0uuaWjurejMjl9.pdf >. Acesso em nov 2020.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e Definições em Epidemiologia importantes para Vigilância Sanitária.** Centro de Vigilância Sanitária. São Paulo, 33p, 2007. Disponível em< http://www. cvs. saude. sp. gov. br>. Acesso em dez. 2020.

ROZENBERG, S. VANDROMME, J. MARTIN, C. Are we equal in adversity? Does Covid-19 affect women and men differently? **Maturitas**, agosto de 2020; 138:62–8. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512220302668>. Acesso em: jan. 2021.

SANTOS, J. P. C. D., SIQUEIRA, A. S. P., PRAÇA, H. L. F., ALBUQUERQUE, H. G. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020, 36: e00075720. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00075720/ >. Acesso em jan. 2021.

NAICKER, S., YANG, C. W., HWANG, S. J., LIU, B. C., CHEN, J. H., JHA, V. The Novel Coronavirus 2019 epidemic and kidneys. **Kidney International**, 2020, 97.5: 824-828.Disponível em: < https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(20)30251-9/abstract>. Acesso em jan. 2021.

SILVA, A. L. O., MOREIRA, J. C., MARTINS, S. R. COVID-19 e tabagismo: uma relação de risco.

Cadernos de Saúde Pública, 2020, 36: e00072020.Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00072020/pt/>. Acesso em jan. 2021.

SILVA, E. L., MENEZES, E. M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 4ª ed. **Rev. atual.** Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: <https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf >. Acesso em: dez. 2020.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. **Boletim epidemiológico - notificações para covid, 3 de outubro, nº 202.** Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/531552/>. Acesso em dez. 2020.

ZHOU, F., YU, T., DU, R., FAN, G., LIU, Y., LIU, Z., CAO, B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, 2020; 395: 1054-1062. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620305663>. Acesso em jan. 2021.

REVISTA PARA PUBLICAÇÃO: Desafios – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions>.

EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO EM PALMAS - TO

Revista Desafios

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Adverse post-vaccination events in Palmas - TO

Eventos adversos posvacunación en Palmas - TO

Jactainy das Graças Gonçalves[1], Tatiana Evangelista da Silva Rocha[2]

1 – Enfermeira - UFT, Esp. em Saúde da Família e Comunidade, Residente em Saúde Coletiva – ULBRA

2 – Professora – UFT, Dra. em Ciências da Saúde - UFG

RESUMO

Introdução: Evento adverso pós-vacinação é qualquer evento indesejável que ocorra após a vacinação e que possui relação ou não com o uso de uma vacina, toda ocorrência desses eventos devem ser notificados nas unidades de saúde. Objetivo: Conhecer as características dos eventos adversos pós-vacinação em Palmas. Metodologia: Estudo epidemiológico, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos por meio do banco de dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações, disponibilizados na plataforma DATASUS, referente aos eventos adversos pós-vacinação ocorridas no município de Palmas, Tocantins, no ano de 2015 a 2019. Resultados e Discussão: Os resultados apontaram que os eventos adversos pós-vacinação tem maior incidência nas crianças menores de um ano, com maior ocorrência na vacina Pentavalente, com os sintomas sistêmicos e eventos adversos não graves como os mais frequentes, com evolução para cura em sua maioria. Conclusão: Embora as vacinas causem alguns eventos adversos, seus benefícios superam os riscos de possíveis eventos adversos, pois as vacinas são um dos avanços mais importantes no combate de doenças no mundo e permitiu erradicar doenças que antes matavam milhões de pessoas.

Palavras-chave: Imunização. Enfermagem. Notificação.

ABSTRACT

Introduction: Adverse event after vaccination is any undesirable event that occurs after vaccination and that is related or not with the use of a vaccine, any occurrence of these events must be reported in the health units. Objective: To know the characteristics of adverse events after vaccination. Methodology: Epidemiological study, with a quantitative approach. The data were obtained through the database of the Information System of the National Immunization Program, made available on the

DATASUS platform, referring to post-vaccination adverse events that occurred in the municipality of Palmas, Tocantins, in the year 2015 to 2019. Results and Discussion: The results showed that adverse events after vaccination have a higher incidence in children under one year of age, with a higher occurrence in the Pentavalente vaccine, with systemic symptoms and non-serious adverse events as the most frequent, with the majority progressing to cure. Conclusion: Although vaccines cause some adverse events, their benefits outweigh the risks of possible adverse events, since vaccines are one of the most important advances in the fight against diseases in the world and allowed to eradicate diseases that previously killed millions of people.
Keywords: Immunization. Nursing. Notification.

RESUMEN

Introducción: Evento adverso posvacunación es cualquier evento indeseable que ocurre después de la vacunación y que está relacionado o no con la vacuna, cualquier ocurrencia de estos eventos debe ser reportada en las unidades de salud. Objetivo: conocer las características de los eventos adversos posteriores a la vacunación. Metodología: Estudio epidemiológico, con enfoque cuantitativo. Los datos se obtuvieron a través de la base de datos del Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones, disponible en la plataforma DATASUS, referidos a eventos adversos posvacunación ocurridos en el municipio de Palmas, Tocantins, en el año 2015 a 2019. Resultados y Discusión: Los resultados mostraron que los eventos adversos posvacunación tienen una mayor incidencia en los menores de un año, con una mayor ocurrencia en la vacuna Pentavalente, siendo los síntomas sistémicos y los eventos adversos no graves como los más frecuentes, con la mayoría progresando a cura. Conclusión: si bien las vacunas provocan algunos eventos adversos, pero sus beneficios superan los riesgos de posibles eventos adversos, ya que las vacunas son uno de los avances más importantes en la lucha contra las enfermedades en el mundo y permitieron erradicar enfermedades que antes mataban a millones de personas.
Palabras clave: Inmunización. Enfermería. Notificación.

INTRODUÇÃO

As vacinas conferem imunização ativa ao indivíduo, evitando que a pessoa vacinada contraia a doença, desta forma atuam na prevenção, controle e eliminação de doenças. E consequentemente atuam na redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2014a).

As vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças desde o século XVIII, a primeira vacina foi criada em 1796 por Edward Jenner para prevenir a Varíola, a partir da pústula formada pelo vírus nas tetas das vacas, o mesmo observou que pessoas que entravam em contato com uma doença similar que acometia os bovinos, conhecida como *cow-pox*

não adquiria varíola a partir daí criou a vacina contra a varíola (HOMMA et al., 2003).

No Brasil a vacina contra a varíola chegou em 1804, o Barão de Barbacena Felisberto Caldeira Brandt enviou escravos para Lisboa, afim que fossem vacinados e um médico para que aprendesse a técnica de vacinação e quando voltaram ao Brasil, continuavam a vacinação de braço a braço (LAROCCA, CARRARO, 2000).

Em 1811 foi criado o órgão responsável por vacina no Brasil, a Junta Vacínica da Corte, que tinha a função da propagação da vacina antivariólica no Brasil (TEIXEIRA, ALMEIDA, 2003). E em 1846 foi criado o Instituto Vacínico do Império, que atuaria nas províncias do Brasil, principal órgão de vacinas com função de criar normas, fiscalização e obrigatoriedade da vacinação em crianças de até três meses e em grupos específicos (FERNANDES, 1999).

Durante anos muitas vacinas foram criadas e melhoradas, e em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que hoje é responsável pela Política Nacional de Vacinação do Brasil, desde então atuando para a redução, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis por meio das vacinas e da vigilância em saúde, o PNI garante vacinas seguras e eficazes para toda população brasileira (SILVA JUNIOR, 2013).

Com o passar do tempo, as vacinas passaram a ser mais seguras e o registro de uma vacina para humanos tornou-se mais criteriosas, de forma que é necessário passar por diversos testes laboratoriais afim de adquirir uma vacina segura para ser utilizada no ser humano (BALLALAI e BRAVO, 2016).

Para manter uma vacina segura e eficaz são adotados vários cuidados durante o transporte, armazenamento, distribuição e administração do imunobiológico (BRASIL, 2017), porém mesmo com todos os cuidados, as vacinas ainda podem causar eventos adversos pós-vacinação (EAPV).

Os EAPV são considerados qualquer evento indesejável que ocorra após a vacinação e que possui relação ou não com o uso de uma vacina. Esse EAPV pode aparecer em forma de um sintoma, doença ou exame laboratorial anormal (CIOMS; WHO, 2012).

Os EAPV podem ser inesperados ou esperados, nos eventos esperados, podem ser locais e/ou sistêmicos e de baixa gravidade como febre, dor e edema local ou grave, como convulsões febris, episódio hipotônico-hiporresponsivo (EHH), anafilaxia entre outros. E entre os EAPV inesperados estão os eventos novos que não foram relatados anteriormente, ou aqueles eventos relacionados à qualidade dos produtos, porém raramente pode ocorrer, o óbito devido à vacinação (BRASIL, 2014b).

Os EAPV podem estar relacionados à vacina como tipos de cepas, substâncias estabilizadoras e/ou conservadoras, manipulação, conservação e administração da vacina, ou podem estar relacionadas aos pacientes que recebem a vacina, como fatores imunológicos, doenças preexistentes (BRASIL, 2009).

Em 1992, ocorreu a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância de EAPV, sendo necessário a notificação dos EAPV, e no

ano 2000, houve a implantação do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV) no qual são inseridas todas as informações das fichas de notificação do EAPV (MOURA et al., 2020a). O SI-EAPV está de forma *on-line* como módulo no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) (MOURA et al., 2020b).

Essas notificações são realizadas em instituições de saúde pública e privada e são enviadas para coordenação municipal de vacinação onde é realizada a investigação e então, encaminhadas para a coordenação de Imunização estadual e Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) onde é inserida no Sistema de Informação de EAPV que contém o registro *on-line* de notificação, investigação, conduta e classificação final desses eventos (BRASIL, 2003a).

O SIPNI é um sistema que comporta todas as informações de vacinação como sua procedência, aprazamento de vacinação, estratégias de vacinação, movimentação de imunobiológicos e, com o objetivo de conhecer melhor a incidência dos EAPV e desencadear medidas de controle, foi implantado no SIPNI as notificações e relatórios de EAPV (BRASIL, 2003b).

Diante destas considerações, o objetivo dessa pesquisa foi conhecer as características dos eventos adversos pós-vacinação no município de Palmas no período de 2015 a 2019.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo epidemiológico transversal com caráter descritivo e abordagem quantitativa.

O estudo descritivo possibilita observar, descrever e documentar os aspectos de um fenômeno ou população. O pesquisador pode estar interessado, na descrição das variáveis a serem examinadas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Facilitando a compreensão desses eventos e o conhecimento acerca do problema, explicitando e esclarecendo conceitos e ideias que estão contidos nas opiniões de uma população sobre determinado fenômeno (GIL, 2008).

O método quantitativo caracteriza-se pelo uso de recursos e técnicas estatísticas para análise de dados e, pela quantificação de informações (GIL, 2008).

A coleta seguiu os princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, sendo aprovado no Comitê em Pesquisa da Fundação escola de saúde pública de Palmas (FESP), com o número CAE 28606920.1.0000.9187 e parecer de número 3.844.522.

Os dados foram coletados em setembro de 2020, no banco de dados do SIPNI disponibilizados na plataforma DATASUS, do Ministério da Saúde (MS) referente aos EAPV ocorridas no município de Palmas, Tocantins, no ano de 2015 a 2019.

As variáveis do estudo foram classificadas em sociodemográficas (faixa etária, sexo, gestante), referente a aplicação do imunobiológico (imunobiológico) e ao EAPV (manifestações locais, manifestações sistêmicas, tipo de evento, evolução do caso).

Os dados foram coletados no banco de dados do SIPNI plataforma DATASUS, organizados em tabelas e compilados em planilhas de *Excel*©, utilizando estatística descritiva simples.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de 2015 a 2019, foram identificadas 276 notificações de EAPV após administração de vacinas em pessoas moradoras no município de Palmas.

A distribuição dos casos por sexo apresentou-se semelhante, sexo feminino 136 (49,28%) sendo nove gestantes e 140 (50,72%) do sexo masculino, no presente estudo, não foram observadas diferenças na ocorrência de EAPV na variável sexo.

Na variável idade (Tabela 1) mais da metade dos EAPV ocorreu na população menor de um ano de idade (54,35%), seguida pelas crianças de um ano a menores de dois anos (15,22%).

TABELA 1: Distribuição das notificações dos eventos adversos por faixa etária no município de Palmas - TO de 2015 a 2019.

Faixa etária	N	%
< 1 ano	150	54,35%
1 ano a <2 anos	42	15,22%
2anos a <5 anos	28	10,14%
5 anos a <10 anos	6	2,17%
10 anos a <20 anos	13	4,71%
20 anos a 60 anos	36	13,04%
> 60 anos	1	0,36%
Total	276	100%

Fonte: SIPNI plataforma DATASUS, setembro de 2020.

Pesquisas anteriores demostram que a maioria dos EAPV ocorrem em menores de um ano, como no estudo realizado no estado de Minas Gerais em 2011, que evidenciou 56,1% dos EAPV em menores de um ano (SILVA et al., 2016).

O estudo realizado em dois centros municipais de saúde, situados no Município do Rio de Janeiro em 2014, também corrobora para o resultado desta pesquisa, evidenciando que a maioria (64%), dos EAPV ocorreram em menores de um ano (COSTA, LEÃO; 2015)

No calendário nacional de imunização um elevado número de doses de vacinas, são aplicadas em menores de um ano, pressupõe-se, portanto, que o elevado número de EAPV em menores de um ano esteja relacionado ao grande número de doses aplicadas e pode ser

influenciada também por sua imaturidade imunológica (ARAÚJO et al., 2007; PIACENTINI, CONTRERA-MORENO, 2011).

Quanto aos imunobiológicos aplicados (Tabela 2), observou-se que a vacina Pentavalente [Difteria, Tétano, Pertussis (DTP), Hepatite B (Hep. B) e Haemophilus influenzae tipo b (Hib)] apresentaram maior número de notificações com 19,40%, a mesma é administrada aos dois, quatro e seis meses de idade e tem como finalidade proteger das doenças Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e Meningite Haemophilus influenzae tipo b, (BRASIL, 2019) seguida pela vacina Poliomielite inativa (VIP) (12,81%) e a Pneumocócica 10V (11,21%).

TABELA 2: Distribuição dos imunobiológicos administrados que possivelmente causaram eventos adversos notificados no município de Palmas - TO de 2015 a 2019

Tipos de imunobiológicos	N	%
Vacina Pentavalente	109	19,40%
Poliomielite inativada (VIP)	72	12,81%
Pneumocócica 10V	63	11,21%
Vacina rotavírus humano	53	9,43%
Meningocócica conjugada C	38	6,76%
BCG	37	6,58%
Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis (DTP)	35	6,23%
Influenza	32	5,69%
Febre amarela	28	4,98%
Tríplice viral	24	4,27%
Difteria e tétano (dT)	15	2,67%
Hepatite B	14	2,49%
Poliomielite oral (VOP)	8	1,42%
vacina papilomavirus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV),	6	1,07%
Hepatite A	6	1,07%
Tetra Viral	6	1,07%

Continua

Continuação

Tipos de imunobiológicos	N	%
Tríplice bacteriana acelular (adulto)- dTpa	3	0,53%
Tríplice acelular infantil	3	0,53%
Vacina da ante- rábica	2	0,36%
Haemophilus tipo b	2	0,36%
Varicela(atenuada)	2	0,36%
Imunoglobulina anti-varicela zoster	1	0,18%
Meningocócica B	1	0,18%
Meningocócica A C Y W	1	0,18%
Rotavírus pentavalente	1	0,18%
Total	562	100%

Fonte: SIPNI plataforma DATASUS, setembro de 2020.

No estudo de Schimidt e Silva (2013), em um município da grande São Paulo demonstrou que a maior prevalência de eventos adversos decorreu da administração da vacina Pentavalente, com 54,3% dos casos.

Um estudo realizado em Teresina estado do Piauí em 2006, corroboram com esta pesquisa sendo a maioria dos EAPV (63,0%) notificados devido a vacina tetravalente (Difteria, Tétano, Pertussis (DTP), e Haemophilus influenzae tipo b (Hib) (ARAÚJO et al., 2007).

O Estudo transversal, realizado com dados do Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-vacinação no período de 2009 a 2013, foram analisados 810 casos, e os eventos adversos foram, em sua maioria, relacionados com as vacinas Tetravalente (45,1%) e Pentavalente (37,4%) (SANTOS et al., 2016).

No ano de 2012 foi introduzido à vacina Pentavalente no calendário nacional de imunização, pois até então a vacina hepatite B era aplicada separada da tetravalente. A introdução da vacina Pentavalente foi uma estratégia para o aumento da cobertura vacinal (BRASIL, 2012).

A vacina Pentavalente e tetravalente pode provocar vários EAPV, devido à presença do fosfato alumínio como adjuvante nas vacinas e componente Pertussis, esses eventos são esperados e a maioria são eventos não graves. São EAPV que não contraindica as doses subsequentes, pois as vacinas mais reatogênicas são as mais eficazes com maior potencial de imunogenicidade, portanto sempre é necessário buscar o equilíbrio entre reatogenecidade e imunogenicidade (BRASIL, 2014b; BRAGA et al., 2017).

A vacina Poliomielite inativada que foi notificada como causa dos EAPV em 12,81% das notificações, aplicada aos dois, quatro e seis meses de idade, pode ocorrer eritema discreto no local da aplicação (<3%), enduração (<12%) e dor (<30%) (BRASIL, 2014b).

A vacina pneumocócica 10-valente que está como suspeita dos EAPV em 11,21% dos casos, possui em sua fórmula fosfato de alumínio bem como outros componentes que podem ocasionar eventos locais. Ela é aplicada aos dois e quatro meses de idade e pode apresentar dor, edema e enduração no local da injeção, sendo o rubor presente em 38,3% dos casos depois da vacinação (BRASIL, 2014b; COSTA E LEÃO, 2015).

É difícil relacionar qual imunobiológicos administrado causou o EAPV, uma vez que os mesmos são aplicados muitas vezes simultaneamente. Foram observados que a maioria dos EAPV estavam relacionado às vacinas que foram administradas simultaneamente, como as vacinas Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, VIP e Rotavírus, as vacinas administradas aos dois, quatro e seis meses de idade, conforme preconizado pelo MS (BRAGA et al., 2017).

As manifestações de EAPV no município de Palmas, foram organizadas em manifestações locais e sistêmicas (Tabela 3). As manifestações mais frequentes foram as sistêmicas com 53,63% das manifestações, e os sintomas mais frequentes incluem febre (8,06%), choro persistente (1,88%). A febre consisti em um evento bastante observado, sendo autolimitante e raramente significa gravidade, mas é considerado uma resposta imunobiológica (OLIVEIRA et al., 2016).

TABELA 3: Tipos de manifestações dos eventos adversos pós-vacinação (EAPV) notificados no município de Palmas - TO de 2015 a 2019.

Eventos adversos pós-vacinação	N	%
Manifestações locais		
Dor	88	11,83%
Edema	71	9,54%
Eritema ou rubor	60	8,06%
Calor	58	7,80%
Abscesso quente	36	4,84%
Enduração	8	1,08%
Abscesso frio ou asséptico	5	0,67%
Celulite, úlcera(>1cm), nódulo	4	0,54%

Continua

Continuação

Eventos adversos pós-vacinação	N	%
Manifestações locais		
Prurido local	3	0,40%
Atrofia no sítio de administração	2	0,27%
Pústula precoce, dormência	1	0,13%
Manifestações sistêmicas		
Febre	60	8,06%
Vômitos	31	4,17%
Diarreia	23	3,09%
Choro persistente	14	1,88%
Cianose, exantema generalizado	13	1,75%
Tosse seca, petéquias	11	1,48%
Hipotonia	10	1,34%
Prurido generalizado, dificuldades de respirar, cefaleia	9	1,21%
Letargia	8	1,08%
Dispneia, convulsão febril, Agitação, espirros, palidez, urticária generalizada, exantema em sítio diferente da administração	7	0,94%
Fezes com raia de sangue, náuseas, respostas diminuídas ou ausentes a estímulos, desmaio, sonolência	6	0,81%
Convulsão afebril, dor de garganta	5	0,67%
Hiperemia e coceira nos olhos, rouquidão, sensação de fechamento da garganta, alteração do nível de consciência, mialgia	4	0,54%
Dor abdominal, rinorreia, taquicardia, púrpura, fadiga, parotidite, dificuldade de deambular, fontanela abaulada	3	0,40%

Continua

Continuação

Eventos adversos pós-vacinação	N	%
Manifestações sistêmicas		
Linfadenopatia regional não supurada(>3cm), hipotensão, paresia, convulsão generalizada, paralisia de membros inferiores, icterícia, apneia, hipoatividade, artralgia, lesões decorrentes de disseminação do BCG - 24 horas, secreção purulenta, irritabilidade, edema articular, sialorreia	2	0,27%
Angioedema de laringe, parestesia, paralisia de membros superiores, exantema macular, taquipneia, enterorragia, angioedema de olhos, bradicardia, linfadenopatia regional supurada(>3cm), pústula, linfadenite não supurada, paralisia facial (Bell), cólicas, parada cardíaca, diminuição do tônus muscular, enfartamento ganglionar axilar, hiperemia bilateral dos olhos	1	0,13%
Total	744	100,00%

Fonte: SIPNI plataforma DATASUS, setembro de 2020

As manifestações de cianose (1,75%), hipotonia (1,34%), respostas diminuídas ou ausentes a estímulos (0,81%) o que chama atenção para os sintomas do EHH que é caracterizado pela tríade: diminuição do tônus muscular, ausência de respostas aos estímulos e alteração na cor da pele. O EHH se manifesta nas 48 horas após à aplicação da vacina, podendo durar vários dias (SCHIMIDT E SILVA, 2013;) sendo que seis casos tiveram como diagnostico final EHH.

O EHH é considerado uma manifestação sistêmica grave e está relacionada as vacinas que incluem a vacina DTP. Em sua maioria inicia com irritabilidade e febre e é um EAPV passageiro e autolimitado, estudos demonstram que crianças que tiveram EHH não apresentaram sequela neurológica nem tendência de repetir nas próximas doses, porém a recomendação é a substituição do esquema com vacina DTP acelular e vacina hepatite B e vacina Haemophilus influenzae tipo b isoladas (BRASIL 2014b; FREITAS et al., 2007).

As manifestações locais representaram 46,37% das manifestações, que incluem dor (11,83%), edema (9,54%), eritema ou rubor (8,06%) e calor (7,80%) no local da aplicação.

Essas reações podem ou não comprometer transitoriamente a movimentação do membro afetado. A maioria não há recomendação da contraindicação da dose subsequente, visto que são EAPV esperados, dessa forma há indicação de uso de analgésico, compressas frias, se dor e reação locais intensas, se presença de abscessos deve ser indicado avaliação médica para conduta (BRASIL, 2014b; PIACENTINI, CONTRERA-MORENO, 2011).

Em relação ao tipo de evento, 83,61% foram considerado Eventos Adversos Não Grave (EANG) esses são qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave, e, 7,38% foram Eventos Adversos Graves (EAG), enquanto que 5,43% foi considerado erro de imunização (EI) sem eventos adversos e destes 2,17% foi considerado erro de vacinação com eventos adversos (Tabela 4).

TABELA 4: Tipo de Evento das notificações dos eventos adversos no município de Palmas - TO de 2015 a 2019

Tipo de evento	N	%
Não Grave (EANG)	237	85,87%
Grave (EAG)	18	6,52%
Erro de Imunização (EI)	15	5,43%
Erro de Imunização (EI) - Com evento adverso	6	2,17%
Total	276	100%

Fonte: SIPNI plataforma DATASUS, setembro de 2020

No período 2014 a 2016, foi realizado um estudo de EAPV, com notificação de 24.732 no Brasil corroborando com esse resultado, pois apresenta que 79,8% dos EAPV foram classificados como EANG (PACHECO et al., 2018)

Os EAG são os EAPV que requerem hospitalização por pelo menos 24 horas, causa disfunção significativa e/ou incapacidade persistente, anomalia congênita, leva a risco de óbito ou causa o óbito (BRASIL 2014b; LINHEIRA-BISETTO E CIOSAKI, 2017)

As manifestações que estão geralmente relacionados com quadro de gravidade são: reação de hipersensibilidade até 2h, doença viscerotrópica aguda (DVA), Síndrome de Guillain Barré, EHH, convulsões nas primeiras 72 horas, encefalopatia aguda nos primeiros sete dias após a vacinação, os EAG há contraindicação da vacina nas próximas doses (BRASIL, 2014b; LINHEIRA-BISETTO et al., 2016).

Já os erros de imunização são aqueles que são causados por administração errada da vacina, ou no local equivocado, vacina errada,

má técnica de vacinação, manuseio inadequado e esses erros de administração de vacinas podem ou não desencadear os EAPV (BRASIL, 2014b; CAPPONI, 2020).

Os erros de imunização podem estar relacionados a vários fatores como organização da sala de vacina, posicionamento correto do vacinador e do indivíduo a ser vacinado, boas práticas como higienização das mãos, técnica adequada. Foi percebido que os erros de imunização são recorrentes quando acontece mudança no calendário vacinal, quando novas vacinas são introduzidas, em períodos de mudança no calendário vacinal, assim como a ampliação da faixa etária para administração de algumas vacinas (LINHEIRA-BISETTO E CIOSAKI, 2017).

Os erros de imunização são evitáveis e representam um desafio constante dos serviços de saúde pois significa assegurar as boas práticas nos serviços de saúde, a partir de práticas como educação permanente com os profissionais para evitar esses EAPV causados por erro de imunização (LINHEIRA-BISETTO et al., 211). É essencial que as vacinas sejam usadas e administradas conforme protocolos e manuais estabelecidos, pois o não cumprimento dessas podem levar a redução ou falta do efeito esperado e eventos adversos graves e até fatais (BRASIL, 2014b).

Em relação à evolução clínica dos indivíduos notificados com EAPV, 73,91% deles evoluíram para cura sem sequelas, e 2,17% dos indivíduos evoluíram para cura com sequelas (Tabela 5). A maioria dos casos tem uma evolução com cura sem sequelas, visto que a maiorias nos EAPV são EANG.

TABELA 5: Evolução dos casos das notificações dos eventos adversos no município de Palmas - TO de 2015 a 2019

Evolução do caso	N	%
Cura sem sequelas	204	73,91%
Em aberto	30	10,87%
Em acompanhamento	10	3,62%
Evento adverso associado ao BCG - Necessidade de administração de isoniazida	8	2,90%
Não é EAPV	8	2,90%
Evento adverso associado ao BCG - Sem necessidade de administração de isoniazida	7	2,54%
Cura com sequelas	6	2,17%

Continua

Continuação

Evolução do caso	N	%
Perda de seguimento	2	0,72%
Evento adverso associado ao BCG - Necessidade de administração de esquema tríplice/quádruplo	1	0,36%
Total	276	100%

Fonte: SIPNI plataforma DATASUS, setembro de 2020

Assim como no estudo de Santos e colaboradores (2016) que sua maioria 99,6% evoluiu para cura sem sequelas. Isso demonstra que mesmo com os riscos de EAPV, os benefícios da vacinação: como prevenir doenças, erradicar doenças que antes levavam a alta mortalidade, como a varíola, superam os riscos de possíveis EAPV, não implicando, portanto, na maioria das vezes, a não contraindicação e/ou suspensão de esquema (SILVA et al., 2016).

O que chama atenção é que 10,87% está com em aberto a evolução do caso e 0,72% está como perda de seguimento, o que leva a inferir problemas na qualidade da informação sobre os EAPV e perda de seguimento do acompanhamento do indivíduo que teve uma EAPV.

CONCLUSÃO

O estudo atingiu o seu objetivo de analisar as características dos EAPV no município de Palmas. Os resultados apontaram que o os eventos EAPV tem maior incidência nas crianças menores de um ano, com maior ocorrência na vacina Pentavalente, com os sintomas sistêmicos e EANG como os mais frequentes, com evolução para cura em sua maioria.

Ressalta-se a necessidade de educação em saúde para os profissionais da sala de vacina.

Destacam-se que o estudo apresentou limitações, pois se baseou em dados disponíveis SIPNI, sujeito a subnotificações e má qualidade dos registros. O banco do SIPNI também não apresenta dados como conclusão do caso, condutas tomadas diante do caso e nem qual vacina de fato causou o EAPV. Levando em consideração que quando o EAPV é notificado todas as vacinas que foram notificadas no dia entram como vacinas suspeitas.

Seria importante pesquisas futuras realizadas na própria ficha de notificação, e que fosse coletado o número de vacinas aplicadas por ano, para avaliar a incidência de EAPV por dose aplicadas.

Embora as vacinas causem alguns eventos adversos, seus benefícios superam os riscos de possíveis EAPV, pois as vacinas são um dos avanços mais importantes no combate

de doenças no mundo e permitiu erradicar doenças que antes matavam milhões de pessoas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. E. D., CARVALHO, P. M. G. D., & VIEIRA, R. D. F. Análise dos eventos adversos pós-vacinais ocorridos em Teresina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 444-448, 2007.

BALLALAI, I., E BRAVO, F. Imunização: tudo o que você sempre quis saber. **Rio de Janeiro: RMCOM**, 2016.

BRAGA, P. C. V., SILVA, A. E. B. D. C., MOCHIZUKI, L. B., LIMA, J. C. D., SOUSA, M. R. G. D., & BEZERRA, A. L. Q. Incidência de eventos adversos pós-vacinação em crianças. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4126-4135, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação: cartilha para trabalhadores de sala de vacinação**. Brasília, 2003a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília, 2003b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7ª ed **Brasília**, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Informe técnico da introdução da vacina pentavalente:** Vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* tipo b (conjugada) Brasília, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, 2014 a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação.** 3 ed. Brasília, 2014b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. 5 ed. Brasília, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde; Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. 3 ed. Brasília, 2019.

CAPPONI, R. L., DE SOUZA CUNHA, C. B., & DOS SANTOS PAZ, N. Avaliação das notificações de erros programáticos na administração de imunobiológicos em Porto Alegre-RS, 2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4838-e4838, 2020

CIOMS; WHO. Working Group on vaccine pharmacovigilance: definition and application of terms for vaccine pharmacovigilance. Geneva**: WHO**, 2012.

COSTA, N. M. N., LEÃO, A. M. M. Casos notificados de eventos adversos pós-vacinação: contribuição para o cuidar em enfermagem.

Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 3, p. 297-303, 2015.

FERNANDES, T. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** [online], Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-51, mar./ jun. 1999. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59701999000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 set. 2019.

FREITAS, F. R. M. D., SATO, H. K., ARANDA, C. M. S. D. S., ARANTES, B. A. F., PACHECO, M. A., & WALDMAN, E. A. Eventos adversos pós-vacina contra a difteria, coqueluche e tétano e fatores associados à sua gravidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1032-1041, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOMMA, A.; MARTINS, R. M.; JESSOUROUM, E.; OLIVA, O. Desenvolvimento tecnológico: elo deficiente na inovação tecnológica de vacinas no Brasil. **História, Ciências, Saúde Manguinhos,** vol. 10 (suplemento 2): 671-96, 2003.

LAROCCA, L. M.; CARRARO, T.E.. O mundo das vacinas–caminhos (des) conhecidos. **Cogitare Enfermagem**, v. 5, n. 2, 2000.

LINHEIRA-BISETTO, H. L., CUBAS, M. R., & MALUCELLI, A. A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1128-1134, 2011.

LINHEIRA-BISETTO, L. H., CIOSAK, S. I., CORDEIRO, T. L. R., & BOING, M. D. S. (2016). Ocorrência de eventos adversos pós-vacinação em idosos. **Cogitare enferm**, v. 21, n. 4, p. 01-10, 2016.

LINHEIRA-BISETTO, L. H. L., CIOSAK, S. I. Análise da ocorrência de evento adverso pós-vacinação decorrente de erro de imunização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 87-95, 2017

MOURA, A. D. A., ROUBERTE, E. S. C., LIMA, F. E. T., CHAVES, C. S., CANTO, S. V. E., & DE LIMA, G. G. Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV): vantagens e desafios. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 15610-15622, 2020a.

MOURA, A. D. A., ROUBERTE, E. S. C., LIMA, F. E. T., CHAVES, C. S., CANTO, S. V. E., & DE LIMA, G. G. Avaliação da Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação em um estado do nordeste brasileiro. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 16978-16793, 2020b.

OLIVEIRA, E. S. D. A., CASARIN, S. T., CEOLIN, T., & SOARES, D. C. Cuidados prestados pela equipe de enfermagem no atendimento aos eventos adversos pós-vacinais. **Rev. enferm. UFPI**, p. 32-40, 2016.

PACHECO, F. C., DOMINGUES, C. M. A. S., MARANHÃO, A. G. K., CARVALHO, S. M. D., TEIXEIRA, A. M. D. S., BRAZ, R. M., ... & GUILHEM, D. B. Análise do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação no Brasil, 2014 a 2016 **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e12, 2018.

PIACENTINI, S., & CONTRERA-MORENO, L. (2011). Eventos adversos pós-vacinais no município de Campo Grande (MS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 531-536, 2011.

SANTOS, M. C. D. S., NETTO, V. B. P., & ANDRADE, M. S. Prevalência e fatores associados à ocorrência de eventos adversos pós-vacinação em crianças. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 626-632, 2016.

SHIMIDIT, T. C. G., & SILVA, T. P. Eventos adversos pós-vacinais ocorridos: estudo de caso em um município da grande São Paulo. **Enfermagem Brasil, São Paulo**, v. 13, n. 5, p. 269-276, 2014.

SILVA JUNIOR, J. B. D. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 7-8, 2013.

SILVA, S. S., OLIVEIRA, V. C. D., RIBEIRO, H. C. T. C., ALVES, T. G. S., CAVALCANTE, R. B., & GUIMARÃES, E. A. D. A. Análise dos eventos adversos após aplicação de vacinas em Minas Gerais, 2011: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 45-54, 2016.

TEIXEIRA, L. A.; ALMEIDA, M. de. 'Os primórdios da vacina antivariólica em São Paulo: uma história pouco conhecida'. **História, Ciências, Saúde Manguinhos,** vol. 10 (suplemento): 475-98, 2003

REVISTA: DESAFIOS – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins

LINK PARA AS NORMAS:
https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions

Reorganização da assistência odontológica na Atenção Básica para enfrentamento do COVID-19 em Palmas, Tocantins

Reorganization of dental care in Primary Care to cope with COVID-19 in Palmas

Descrição de Experiências

Jessica Carvalho Navega, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0803-1410, Residente Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP/ULBRA e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP).

Pollyanna Ulhôa dos Santos, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3916-6190, Tutora da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP).

Jessica Carvalho Navega, Rua 33, Quadra 144, Lote 14, Residencial Liberdade, casa 02, Telefone: (63) 98434-9865 – autora principal e responsável pela correspondência.

RESUMO

Objetivo: Apresentar a vivência das ações de reorganização da assistência odontológica na Atenção Básica (AB) desempenhadas pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) para enfrentamento do COVID-19 em Palmas-TO. **Síntese dos dados:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, construído a partir da vivência na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. O relato teve como cenário a Área Técnica de Saúde Bucal, no âmbito da SEMUS. O cirurgião-dentista (CD) aponta como categoria de risco potencial para contaminação, tendo em vista que seu processo de trabalho envolve justamente a cavidade oral. É relevante que as experiências de diferentes cenários e regiões sejam compartilhadas, ponderadas e reproduzidas na AB durante o enfrentamento do COVID-19. **Conclusão**: O CD, enquanto integrante da AB, possui habilidades necessárias e essenciais

que junto às outras categorias da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) que compõem a linha de frente de enfrentamento à pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. COVID-19. Odontologia em Saúde Pública. Odontologia Comunitária. Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: To present the experience of the actions of reorganizing dental care in Primary Care (AB) performed by the Municipal Health Department (SEMUS) to face COVID-19 in Palmas-TO. Summary of the findings: This is an experience report, of a descriptive character, built from the experience in the Multiprofessional Residency in Public Health. The report took place in the Technical Area of Oral Health, within the scope of SEMUS. The dentist (CD) points out as a potential risk category for contamination, considering that his work process involves precisely the oral cavity. It is relevant that the experiences of different scenarios and regions are shared, considered and reproduced in the AB during the COVID-19 confrontation. Conclusion: The DC, as a member of the AB, has the necessary and essential skills that, along with the other categories of the multidisciplinary team of Primary Health Care, which make up the front line of facing the pandemic.

KEYWORDS: Primary Health Care. COVID-19. Public Health Dentistry. Community Dentistry. Oral Health Services.

INTRODUÇÃO

A doença respiratória aguda causada pelo SARS-CoV-2 foi detectada pela primeira vez em Wuhan, Hubei, China, em dezembro de 2019, e rapidamente se espalhou por várias regiões geográficas. Logo depois, no dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da

Saúde (OMS) anunciou emergência de saúde pública e, em 11 de março de 2020, decretou estado de "pandemia" para a doença.[1]

Devido a rápida propagação do vírus, o Ministério da Saúde (MS) decretou Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por meio da Portaria nº 188/2020 de 03 de fevereiro de 2020[2] e também o estado de transmissão comunitária em todo o Brasil, conforme Portaria nº 454 de 20 de março de 2020[3].

Sabe-se que a via de transmissão ocorre, principalmente, por gotículas respiratórias de pessoas sintomáticas para outras pessoas que estão em contato próximo, pelo contato direto com a pessoa infectada, ou por contato com objetos e superfícies contaminadas. Para as infecções confirmadas por SARS CoV-2, os pacientes têm apresentado sintomas que envolvem o trato respiratório, gastrointestinal, musculoesquelético e neurológico, apresentando comumente febre (83–98%), tosse (76– 82%) e dispnéia (31–55%). Nos quadros que evoluem para a gravidade, o paciente pode ser acometido por pneumonia podendo haver progressão para morte.[4]

Os dados epidemiológicos, relativos ao novo vírus, expõem que o mesmo apresenta uma alta capacidade de infecção. Diante disso, sabe-se que a principal via de transmissão é oronasal, dando-se principalmente através de tosse e espirros, por meio de fluidos, secreções corporais e saliva, ou ainda por contato com superfícies contaminadas.[5]

Assim, constata-se que o cirurgião-dentista (CD) aponta como categoria de risco potencial para contaminação, tendo em vista que seu processo de trabalho envolve justamente a cavidade oral, rica em fluido salivar, o qual, rotineiramente, é reconhecido como algo que auxilia na prevenção de doenças bucais, mas que, por outro lado, pode favorecer a transmissão de doenças virais.[6]

Entendendo que os profissionais de saúde bucal realizam procedimentos que aumentam a probabilidade de contaminação cruzada, o Ministério da Saúde orientou a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se o atendimento das urgências odontológicas. Objetivando diminuir o número de infectados pelo SARS-CoV-2.[7]

Com ênfase na atuação do cirurgião-dentista como profissional de saúde da APS, compreende-se que este atua em ações de promoção e prevenção de doenças não restritas somente à boca, e que podem estar na linha de frente da pandemia, junto aos outros profissionais de saúde. Diante do cenário em vigor, foi orientado pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO, em acordo com o protocolo adotado pelo Ministério da Saúde, que fossem suspensos os atendimentos odontológicos eletivos e mantidos apenas procedimentos de urgências e emergência, com o objetivo de diminuir a probabilidade de contaminação cruzada.[7,8]

Vale ressaltar que Atenção Primária à Saúde (APS) fica responsável por cerca de 80% dos casos leves esperados de COVID-19, sendo assim, os profissionais de saúde bucal são corresponsáveis pelo cuidado da população e integrantes das equipes multiprofissionais, devendo compor a equipe que realiza as ações de resposta rápida (FAST-TRACK) COVID-19. Portanto, se faz necessária a articulação entre os profissionais de saúde bucal e a equipe de APS de modo que a triagem e classificação dos usuários sigam um mesmo fluxo, colaborando para organização do serviço e diminuição da exposição de pessoas com usuários sintomáticos da COVID-19.[9]

A escolha se justifica pela experiência desenvolvida e implementada na SEMUS, por meio da Área Técnica de Saúde Bucal, onde as ações de enfrentamento da pandemia do COVID-19 levaram a ponderar sobre os desafios no atendimento odontológico pós-pandemia e sobre o papel estratégico das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na AB que foram redefinidos

com medidas de reorganização para manter seu potencial de resolutividade diante dessa emergência sanitária. A pandemia exigiu por parte dos profissionais da saúde criatividade em novos modos de cuidar que devem ser associados aos atributos da APS e dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, sendo assim é relevante que as experiências vivenciadas em diferentes cenários e regiões sejam compartilhadas ponderadas e reproduzidas na APS durante o enfrentamento do COVID-19.

Diante do exposto, o objetivo é apresentar a vivência das ações de reorganização da assistência odontológica na Atenção Básica desempenhadas pela SEMUS para enfrentamento do COVID-19 em Palmas-TO.

SÍNTESE DOS DADOS

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, construído a partir da vivência na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. O relato teve como cenário a Área Técnica de Saúde Bucal, no âmbito da SEMUS. O relato é sobre a reorganização da assistência odontológica na APS do município de Palmas, estado do Tocantins, no período de março a dezembro de 2020. A amostra foi consolidada por meio de documentos oficiais, como protocolos vigentes da SEMUS, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Odontologia, Federação Dentária Internacional e artigos científicos.

Para fundamentação foram considerados como critérios de inclusão publicações no idioma português, inglês ou espanhol, que abordaram a temática determinada, disponibilizados na íntegra. Quanto aos critérios de exclusão, foram definidos: estudos que não abordaram sobre o tema apresentado. A busca de publicações foi realizada no período de março a dezembro de 2020, através das bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além disso foram empregados documentos institucionais fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA), Conselho Federal de Odontologia (CFO) e Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS). Os termos empregados para pesquisa são os seguintes: “COVID-19”, “Atenção Primária à Saúde” e “Serviços de Saúde Bucal”. Como os títulos pesquisados e obras foram de domínio público, portanto de acesso universal, não se fez necessária a apreciação desta pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa.

O Governo do Estado do TO decretou situação de emergência em 21 de março de 2020, por meio do Decreto Nº 6.072 (TOCANTINS, 2020)[10]. Em Palmas, a Prefeitura Municipal decretou em 14 de março de 2020, mediante o Decreto nº 1.856/2020, situação de emergência em saúde pública e dispôs sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (PALMAS, 2020)[11]. A partir de então, a Atenção Primária à Saúde do município começou a se reorganizar com ações estratégicas para enfrentamento do COVID-19.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), considerando que as atividades odontológicas implicam em contato direto, próximo e demorado entre o cirurgião-dentista e o paciente, solicitou ao MS, por meio do ofício n° 477/2020[12], a suspensão, em todo o território Nacional, das atividades odontológicas que não sejam comprovadamente de Urgência e Emergência.

Em resposta, a Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS[13]. Neste instrumento, o Ministério da Saúde (MS) orienta a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se apenas o atendimento das urgências odontológicas. O MS reforça ainda, que os profissionais de odontologia, tanto da Atenção Primária quanto da Atenção Especializada, deverão compor a equipe que realizará ações de FAST-TRACK COVID-19, com vistas a contribuir para a superação desse quadro emergencial.

A APS, até o momento, conta com 34 Centros Comunitários de Saúde - CSC, 85 Equipes de Saúde da Família e 75 Equipes de Saúde Bucal. No que se refere à assistência odontológica, na Área Técnica em Saúde Bucal, houve uma reunião interna entre a Coordenadora Técnica em Saúde Bucal, a assistente Cirurgiã-Dentista e a Odontóloga residente em Saúde Coletiva, para tratar dos novos processos de trabalho e fluxos de rotina das Equipes de Saúde Bucal das Unidades Básicas de Saúde, visando assegurar a assistência odontológica diante o contexto da pandemia do COVID-19.

Assim, durante as reuniões foram discutidas a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, a reposição do estoque de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), inclusive, a adição de face shield (protetor facial) que se tornou obrigatório no contexto na pandemia, foram reformuladas a redução de carga horária e a realocação desses profissionais nos serviços de FAST TRACK do COVID-19, reorganizando a assistência odontológica prestada na Atenção Básica do município.

A comunicação às ESB's quanto às orientações nas práticas de Biossegurança, bem como as modificações nos fluxos de atendimento e processos de trabalho, foi realizada através do disparo, via e-mail, do Memorando Nº 548/2020/SEMUS/GAB [14] suspendendo os atendimentos odontológicos ELETIVOS, nos serviços da APS, CEO e Laboratório Regional de Próteses Dentárias municipal. Sendo que esta suspensão perdurará até que o cenário epidemiológico se modifique. Conjuntamente, foi compartilhado o reforço também eletrônico (e-mail e grupos de redes sociais) das orientações da Nota Técnica Nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, do Decreto Municipal Nº 1856 de 14 de março de 2020 e o ofício Nº 477/2020 expedido pelo Conselho Federal de Odontologia.

Em se tratando de EPI, a gestão, por meio da Área Técnica em Saúde Bucal, realizou contato com Instituição de Ensino Superior Pública solicitando a doação de protetores faciais

– Face Shield produzidos pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), protetores estes, que foram devidamente recebidos e distribuídos para as ESB do município. Além disso, houve a dificuldade de disponibilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), devido à grande demanda desses produtos e a pouca oferta no mercado, fato vivenciado não apenas no âmbito municipal, mas estadual e federal também.

Portanto, diante da dificuldade de prover os EPI's houve a necessidade de reduzir os horários de atendimento, revezando os profissionais das ESB de cada CSC em turnos de 06 horas diárias, ao invés de 08 horas. Vale ressaltar que neste período houve uma redução da procura de urgências e emergências odontológicas na Atenção Básica, fato relatado pelos profissionais e observado nos boletins de produção de atendimento odontológico individual emitido pelo Sistema de Informação em Saúde e-SUS.

Diante do cenário exposto, houve a necessidade de reinventar meios de executar ações de educação e promoção de saúde que fazem parte das competências dos profissionais que estão inseridos na APS. Neste período, grande parte das equipes de saúde bucal, principalmente aquelas compostas com residentes Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade, residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva e pesquisadores bolsistas (Projeto Palmas Para Todos- PPT) realizaram a produção de cartazes informativos, instrução sobre as formas de prevenção do COVID-19 e Síndromes Gripais, bem como os cuidados com a troca de escovas de dente após uma infecção viral, o uso adequado de máscaras de pano, lavagem e desinfecção das mãos, assim como a necessidade de manter o isolamento social e procura do CSC em caso de sintomas respiratórios.

Além disso, os profissionais das ESB que pertenciam ao grupo de risco (portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, e indivíduos fumantes, e acima de 60 anos, gestantes, puérperas) foram alocados nas áreas de

vigilância epidemiológica, no monitoramento via sistema de informação do SUS e contato telefônico com os casos de síndromes gripais, suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, juntamente com a equipe de trabalho do Centro de Operações Especiais (COE) COVID-19.

Já os profissionais que não pertenciam a esse grupo de pessoas conciliaram atendimento de urgência e emergência odontológica (o uso correto dos EPI's foi obrigatório, independente se o usuário apresenta risco ou não de estar contaminado pelo novo Coronavírus) com ações de vigilância sanitária (participação nas barreiras sanitárias), ações de imunizações (participação nas tendas da campanha de vacinação do Sarampo, e na consolidação de dados e organização do drive-thru da vacinação).

Sendo assim, Palmas manteve o fortalecimento da APS quando decidiu por alocar e redistribuir os profissionais das ESB que não estavam no atendimento exclusivo de urgência e emergências odontológicas para ações Fast Track e na vigilância epidemiológica e sanitária.

CONCLUSÃO

Fica evidente que na experiência vivenciada, o CD, enquanto integrante da APS, possui habilidades necessárias e essenciais, prestando assistência e cuidados que vão além da boca e do mocho, ampliando conhecimentos e aprimorando competências já existentes, e que junto às outras categorias da equipe multiprofissional da Atenção Básica compõem a linha de frente de enfrentamento à COVID-19. Além disso, as mudanças provocadas por essa emergência sanitária fizeram com que os profissionais intensificassem os cuidados com a biossegurança durante a realização dos procedimentos odontológicos, frequentemente, negligenciados.

Por fim, as ações de enfrentamento da pandemia do COVID-19 levaram a refletir sobre os desafios no atendimento odontológico pós-pandemia e sobre o papel estratégico das

ESB'S na APS que foram redefinidos com medidas de reorganização para manter seu potencial de resolutividade diante dessa emergência sanitária.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses durante a realização do estudo.

CONTRIBUIÇÕES

Jessica Carvalho Navega contribuiu com o delineamento, elaboração, análise, interpretação e redação do estudo.

Pollyanna Ulhôa dos Santos contribuiu com a redação e revisão do manuscrito.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Financiamento próprio das autoras.

REFERÊNCAS

1. Tuñas, Inger Teixeira de Campos et al. Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma abordagem preventiva para Odontologia. Revista brasileira de odontologia, p. 1-6, [internet] 2020. [citado 15 de set. 2020]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-1103890?src=similardocs.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 fev 4 [citado 15 de set. 2020]; Seção Extra:1. Disponível em: Disponível em: http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020: declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020. [citado 15 de set. 2020]. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587.

4. Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS. Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde [internet]. 2020 [citado 15 de set 2020]. Brasília, DF: MS. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168.

5. Franco, Amanda Gonçalves et al. Importância da conduta do cirurgião-dentista frente à contenção e prevenção do Covid-19. InterAmerican Journal of Medicine and Health, v. 3, 2020. [Internet] [citado 20 de set 2020]. Disponível em: https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/86. Acesso em 10 de novembro de 2020.

6. Xavier, Jamile, et al. A atuação do cirurgião-dentista, vinculado a um programa de residência multiprofissional em saúde, no combate à COVID–19 na Atenção Primária à Saúde. *JMPHC /* Journal of Management & Primary Health Care| *ISSN 2179-6750* 12 (2020): 1-16. [Internet] [citado 20 de nov 2020]. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/993. Acesso em 20 de nov de 2020.

7. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde [internet]. 2020 [citado 20 nov 2020]. Disponível: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf . Acesso em 20 de novembro de 2020.

8. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica Nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. COVID-19 e atendimento odontológico no SUS [internet]. 2020 [citado 20 nov 2020]. Disponível em:

https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/covid19_anexo_11.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2020.

9. Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS. Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde [internet]. 2020 [citado 20 dez 2020]. Brasília, DF: MS. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168. Acesso em 20 de dezembro de 2020.

10. TOCANTINS. Decreto n°6.072 de 21 de março de 2020. Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Tocantins afetado pela COVID-19 (novo Coronavírus) - Codificação Brasileira de Desastre 1.5.1.1.0, e adota outras providências. [internet] [citado 20 dez 2020]. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/528252/. Acesso em 20 de dezembro de 2020.

11. PALMAS. Decreto nº1.856 de 14 de março de 2020. Declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), conforme especifica. [internet] [citado 20 dez 2020]. Disponível em: https://www.cauto.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/anexo-3-Decreto-Municipal-n%C2%BA-1.856-Declara-situa%C3%A7%C3%A3o-de-emerg%C3%AAncia-em-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-1.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2020.

12. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Ofício Nº 477/2020/CFO. Brasília, DF: Conselho Federal de Odontologia, 16 mar. 2020. Assunto: Atendimento Odontológico – COVID-19. [internet] [citado 20 dez 2020]. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/oficio-ministro-da-saude-coronavirus-1.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2020.

13. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BR). Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. COVID-19 e atendimento odontológico no SUS [internet]. 2020.[citado 20 novembro 2020]. Brasília, DF: MS. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19_ATENDIMENTO-ODONTOLOGICO-NO-SUS.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2020.

14. Secretaria Municipal da Saúde (PALMAS). Memorando Nº 548/2020/SEMUS/GAB. Suspensão dos atendimentos odontológicos ELETIVOS, mantendo o atendimento para casos de urgência e emergência. 17 de março de 2020. Acesso em 12 de novembro de 2020

FOLHA DE ROSTO

Modalidade do artigo: Artigo Original

Título:

Notificações para síndrome gripal: caracterização do perfil epidemiológico e associações com resultados para covid-19 em Palmas, Tocantins

Título em inglês:

Notifications for gripal syndrome: characterization of the epidemiological profile and associations with results for covid-19 in Palmas, Tocantins

Título em espanhol:

Notificaciones para el síndrome gripal: caracterización del perfil epidemiológico y asociaciones con resultados para covid-19 en Palmas, Tocantins

Título resumido:

Síndrome gripal: perfil epidemiológico e associações com resultados para covid-19

Dados dos autores

Lisandra Lustoza Ferro – Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas - Tocantins, Brasil; lisandraferro@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7095-4673.

Pedro de Almeida Rezende Fumagalli – Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas - Tocantins, Brasil; pedro.fumagalli.vet@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1814-3643.

Renata Junqueira Pereira – Universidade Federal do Tocantins, Palmas - Tocantins, Brasil; renatajunqueira@uft.edu.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9487-4013.

Marta Maria Malheiros Alves – Secretaria Municipal de Saúde, Palmas - Tocantins, Brasil; dvs.semus@gmail.com; ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4191-1735.

Renata Andrade de Medeiros Moreira – Universidade Federal do Tocantins, Palmas - Tocantins, Brasil; renatamoreira@uft.edu.br; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6096-9145.

Autor para correspondência: Lisandra Lustoza Ferro, Quadra 603 Sul Al 02 Casa 64 – Plano Diretor Sul, Palmas – TO, lisandraferro@gmail.com e (63) 99224-1314

Paginação e número máximo de palavras no resumo e texto:

O trabalho é constituído por 34 páginas, 3200 palavras no corpo do texto e 133 palavras no resumo.

Informação do trabalho acadêmico: Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva de Lisandra Lustoza Ferro e Pedro de Almeida Resende Fumagalli, originado pelo projeto intitulado Perfil epidemiológico dos pacientes notificados para síndrome gripal em 2020 em Palmas - TO.

Conflitos de interesses: O presente estudo não apresenta conflito de interesse

Financiamento: O presente estudo foi financiado pela Bolsa de Pesquisa da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública em Palmas.

Número de identificação/aprovação do CEP: Parecer 4.432.901.

RESUMO

Objetivo: Delinear o perfil epidemiológico e associações com resultados de COVID-19 de casos notificados para Síndrome Gripal (SG) em Palmas - TO de março a novembro de 2020. **Métodos:** Realizou-se análise quantitativa, apresentando frequência e medidas de tendência central e dispersão. Avaliação de normalidade pelo Teste de Shapiro-Wilk, Skewness e Kurtosis, histograma com curva de normalidade e box-plot. Comparou-se a confirmação de COVID-19 pelo Qui-quadrado, Kruskal-Wallis, Teste de Mann-Whitney e força de associação pela Regressão logística multinomial ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Sintoma predominante cefaleia (42,1%); baixo percentual de fatores de risco; maiores chances de confirmação para COVID-19 associada a residir nos territórios de saúde Apinajé (OR=5,8; p=0,005) e Xerente (OR=4,6; p=0,017). **Conclusão**: Estes resultados permitem aprimorar a detecção da população em risco para SG e COVID-19, orientando futuras ações para enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; Fator de risco; Gripe; Perfil epidemiológico**;** Vigilância Epidemiológica.

ABSTRAT

Objective: To outline the epidemiological profile and associations with COVID-19 results of cases reported for Influenza Syndrome (SG) in Palmas - TO from March to November 2020. **Methods:** Quantitative analysis was performed, showing frequency and measures of central tendency and dispersion. Assessment of normality by the Shapiro-Wilk, Skewness and Kurtosis test, histogram with normality curve and box-plot. The confirmation of COVID-19 by Chi-square, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney test and strength of association by multinomial logistic regression ($p < 0.05$) were compared. **Results:** Headache predominant symptom (42.1%); low percentage of risk factors; increased chances of confirmation for COVID-19

associated with living in the Apinajé (OR = 5.8; p = 0.005) and Xerente (OR = 4.6; p = 0.017) health territories. associated with living in the Apinajé (OR = 5.8; p = 0.005) and Xerente (OR = 4.6; p = 0.017) health territories. **Conclusion:** These results allow to improve the detection of the population at risk for SG and COVID-19, guiding future actions to face the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; Risk factor; The flu; Epidemiological profile; Epidemiological surveillance.

RESUMO EM ESPANHOL

Objetivo: Resumir el perfil epidemiológico y las asociaciones con los resultados de COVID-19 de los casos notificados por Síndrome Influenza (SG) en Palmas - TO de marzo a noviembre de 2020. **Métodos:** Se realizó un análisis cuantitativo, mostrando frecuencia y medidas de tendencia central y dispersión. Evaluación de la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, Skewness and Kurtosis, histograma con curva de normalidad y diagrama de caja. Se comparó la confirmación de COVID-19 por Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis, prueba de Mann-Whitney y la fuerza de asociación por regresión logística multinomial (p <0.05). **Resultados:** síntoma predominante de cefalea (42,1%); bajo porcentaje de factores de riesgo; mayores posibilidades de confirmación de COVID-19 asociado a residir en los territorios de salud Apinajé (OR = 5,8; p = 0,005) y Xerente (OR = 4,6; p = 0,017). **Conclusión:** Estos resultados permiten mejorar la detección de la población en riesgo de SG y COVID-19, orientando las acciones futuras para enfrentar la pandemia de COVID-19.

Palavras chaves em espanhol: COVID-19; Factor de riesgo; La gripe; Perfil epidemiológico; Vigilancia epidemiológica.

Introdução

Ambicionando a proteção da saúde da população e prevenção de doenças e agravos, diferentes ações de enfrentamento à pandemia do Novo Coronavírus foram adotadas pelos municípios brasileiros, a partir de ações da Vigilância em Saúde, com planejamento e implementação de medidas que abarcam a vigilância sanitária, ambiental, de saúde do trabalhador e epidemiológica[1].

Ressalta-se a atuação da vigilância epidemiológica, com produção de informações, investigações, levantamentos necessários à programação e avaliação das medidas de controle das doenças e situações de agravos à saúde[2]. Desta forma, a exemplo da conjuntura da pandemia de Influenza no ano de 2009 (pH1N1), verificou-se a adoção da vigilância da síndrome gripal (SG) em todas as unidades que atendem pacientes com quadro gripal[1,2,3].

Necessário frisar que a SG é caracterizada por um conjunto de sintomas respiratórios agudo, que possui ao menos dois dos sinais e sintomas citados: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos e distúrbios gustativos, em que crianças e idosos podem apresentar outras manifestações clínicas, além de que em casos suspeitos de COVID-19 pode estar ausente sintomas de febre e presente sintomas gastrointestinais[1,2].

Dentre as ações da vigilância, destaca-se a notificação compulsória de todos os casos suspeitos de infecção do Novo Coronavírus, que apresentam manifestações clínicas que possam ser causadas por vírus respiratórios, como influenza, vírus sincicial respiratório e novo coronavírus; de modo a propiciar o monitoramento dos pacientes, isolamento e identificação da etiologia da infecção[1,2].

Desta forma, no ano de 2020, observou-se o crescente número de casos de síndrome gripal e confirmados de COVID-19 por todo território brasileiro[1,2] concomitante à ampliação

das notificações de SG no município de Palmas, Tocantins (TO)[4,5] o que conduziu as diferentes estratégias de enfrentamento à pandemia de COVID-19 aderidas pelo governo local.

Em suma, este trabalho visa a caracterização do perfil epidemiológico de pacientes notificados para SG de março a novembro de 2020 em Palmas - TO e a comparação e associação do resultado para COVID-19 (confirmado e descartado) e SG não especificada com dados sociodemográficos, sintomatologia e os fatores de risco para agravamento no quadro de SG.

Metodologia

O presente estudo é classificado como quantitativo de dados secundários provenientes dos sistemas de notificação de casos de SG dos meses de março à novembro de 2020 no município de Palmas - TO.

Para realizar a vigilância da SG, a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS) organizou equipe de tele monitoramento responsável pelos primeiros acompanhamentos a cada 24 horas, estratificação dos casos notificados pelas unidades de saúde de referência e posterior orientação do processo para descentralização do monitoramento para a Atenção Primária à Saúde (APS).

O monitoramento ocorreu com a supervisão da equipe de vigilância da SG e com o apoio diário do Comitê Operativo de Emergência (COE), que realizava o monitoramento diário dos casos confirmados de infecção pelo novo coronavírus, além dos contatos de casos confirmados, viajantes e internados, com o apoio da APS. Em decorrência do aumento das notificações em 64% no mês de maio para junho foram adotadas mudanças, como o monitoramento a cada 48 horas dos casos leves e a cada 24 horas daqueles com agravamento ou comorbidades.

A partir do mês de julho, houve uma nova adaptação no processo de vigilância: tele monitoramento dos contatos com casos positivos pela APS até a realização de exame

laboratorial para COVID-19, ao invés do monitoramento de todos notificados para SG. Por fim, em setembro, iniciou-se a gradual descentralização do monitoramento diário dos casos confirmados de COVID-19 para a APS, com apoio operacional da equipe da vigilância de SG e COE.

A fim de realizar as análises do presente artigo foram utilizados os bancos de dados disponibilizados pela SEMUS, que utilizava os sistemas FORMSUS de março a maio e NOTIFICASUS a partir de junho de 2020. Este último é um sistema local, utilizado para acompanhamento de outros agravos e adotado para as notificações de SG pelo seu desempenho e prévia utilização pelos profissionais, com notificações posteriormente lançadas no Esus VE, preconizado pelo Ministério da Saúde[2].

Devido haver dois bancos de dados os mesmos foram unificados para consolidação das informações, sendo excluídas 6.160 notificações que estavam em duplicidade no banco, por possuírem intervalo igual ou inferior à 14 dias entre a primeira e seguintes notificações, totalizando 75.783 notificações para SG no município de Palmas – TO entre os meses de março a novembro de 2020.

Para as análises utilizou-se os dados de data de notificação, data de início de sintomas, idade, sexo, escolaridade, auto declaração de raça/cor, sinais clínicos de quando notificado, se o paciente passou por uma hospitalização, contato com casos confirmados ou suspeitos, realização de viagem nos últimos 14 dias anterior a notificação (nacional ou internacional), município de residência do paciente, relato de comorbidades, se apresentava fatores de risco para complicações do quadro de SG, se houve coleta de exames e os resultados para COVID-19 e área demográfica dos endereços de residência informados na notificação.

Para dimensionar a distribuição de notificações pela Capital elegeu-se a divisão regional conforme a divisão em territórios de saúde adotada pela SEMUS, classificada em:

Região Norte: Território Kanela e Apinajé; Região Centro- Sul: Território Xambioá e Kraho; Região Sul: Território Javaé, Karajá e Xerente; Região Rural: Território Pankararu[6].

Para a análise estatística foi utilizado o software STATA 13.0, sendo realizada análise descritiva com frequência e medidas de tendência central e de dispersão. As variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade por meio do Teste de Shapiro-Wilk, Skewness e Kurtosis, e pelos gráficos de histograma com curva de normalidade e box-plot.

Para as análises de comparação e associação dos dados da confirmação do COVID-19 utilizou-se como variável dependente a confirmação de COVID-19 (casos confirmados, casos descartados e casos com etiologia não especificada). Para comparação dos dados foram realizados os testes de Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Teste de Mann-Whitney.

A força de associação foi realizada pela análise de Regressão logística multinomial, considerando na variável dependente como referência os casos descartados, e nas variáveis independentes somente com variáveis categóricas devido as variáveis numéricas não apresentarem normalidade. Considerou-se valor de significância de 0,05.

Destaca-se que o projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa e Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, com o número do parecer 4.432.901.

Resultados

Ao avaliar as 75.783 notificações de SG verificou-se que os pacientes referiram residir em 25 Estados e no Distrito Federal, distribuídos por 742 municípios diferentes. A maior expressividade dos casos residia no estado do Tocantins (98%), Pará (0,2%) e Goiás (0,2%); dos municípios tocantinenses tiveram destaque: Palmas (92%), Porto Nacional (2,0%) e Paraíso do Tocantins (1,4%).

A distribuição das notificações por semana epidemiológica teve a mediana de 33 (IC95%: 33,4 - 33,5), que se refere aos dias 9 à 15 de agosto de 2020, enquanto que a semana

epidemiológica do início de sintomas teve a mediana de 32 (IC95%:31,8 - 31,9), do dia 2 à 8 de agosto de 2020.

Acerca das unidades notificadoras, destaca-se que 68,1% (n=49.754) são da rede pública de saúde, sendo 37,8% unidades da APS. Relativo à distribuição geográfica dos casos notificados para SG, notou-se que 28,5% (n=21.051) residiam na região Norte, 35,2% (n=25.938) na Centro-Sul, 26,2% (n=19338) na Sul e 2,1% (n=1543) na região Rural. Os territórios de saúde com maiores números de notificações foram: 29,2% (n=21.549) Xambioá, 19,9% (n=13.211) Apinajé e 10,6% (n=7.480) Kanela.

A mediana de idade dos pacientes foi de 33 anos (IC95%: 34,9 - 35,1, mín = 0 e máx =105). Na tabela 1 pode-se observar a descrição dos dados sociodemográficos, contato com caso suspeitos/confirmados, relato de viagens nos últimos 14 dias, internação, realização de teste e resultado para COVID-19.

Ao avaliar a classificação dos casos conforme resultado para COVID-19, observou-se que 23,9% (n=18.121) possuíam a classificação final de confirmados, e a distribuição entre evolução dos casos verificou-se que 76,3% (n= 3.124) estavam classificados como Cura, 2,6% (n=107) óbitos por COVID-19 e 21,6% óbitos por outras causas (n=862). Quanto ao perfil sociodemográfico destaca que 55% dos pacientes notificados eram do sexo feminino, dos quais 2,7% referiram estar gestante.

Dos pacientes notificados observou-se que 10% (n=7.582) referiram possuir uma ou mais comorbidades (Tabela 1), destacando-se a presença de comorbidade cardíaca (6,2%), diabetes (2,3%) e pulmonar (1,6%) (Gráfico 1A). Referente a associação de riscos às evoluções clínicas desfavoráveis para SG, analisou-se que 19,5% apresentam algum fator de risco (Tabela 1), destacando-se a idade ($\leq$5 anos e $\geq$60 anos) com maior prevalência (10,6%) (Gráfico 1B), além de ter sido referido casos concomitantes com fator de risco e algum sintoma por 12,9%

(n= 9.796). Ainda, verificou-se que 66,2% das notificações possuíam descrição de alguma sintomatologia, sendo a cefaleia o mais relatado (42,1%) (Gráfico 1C).

As medianas de número de sintomas, comorbidades e fatores de risco referidos foram de 2,7 (IC95%: 2,6-2,7), 0,13 (IC95%:0,12-0,13) e 0,25 (IC95%:0,24-0,25), respectivamente. A comparação da confirmação de COVID-19 com as variáveis de semana epidemiológica, semana epidemiológica do início de sintomas, número de comorbidades, fatores de risco, sintomas e idade tiveram diferença estatística (Gráfico 2).

O número de comorbidades ($p<0,05$, Gráfico 2C) e fatores de risco ($p<0,05$, Gráfico 2D) foram menores nos casos descartados que nos casos confirmados e de SG sem etiologia específica, enquanto o número de sintomas nos casos confirmados foi maior que nos casos descartados ($p<0,05$) (Gráfico 2D). Quanto à idade verificou-se que essa foi menor nos casos de SG de etiologia não especificada que nos casos confirmados e descartados ($p<0,05$, Gráfico 2E).

Na Tabela 2 encontram-se os dados de comparação entre a confirmação de COVID-19 e as variáveis categóricas. Pode-se destacar nos casos confirmados diferença estatística na internação em leito de enfermaria (3,3%; $p\leq0,001$) ou UTI (0,1%; $p=0,022$), viagens internacionais (0,3%; $p\leq0,001$), tabagismo (0,6%; $p\leq0,001$), e sintomatologias de coriza (72,8%; $p=0,003$), dor de garganta (75,3%; $p=0,05$) e perda de paladar (84%; $p=0,012$).

Dos resultados descartados apresentaram diferença estatística com ausência de comorbidade (95,4%; $p\leq0,001$); com neoplasia (0,04%; $f=0,005$), não possuir morbidade cardíaca (97,3%; $p\leq0,001$) e não relatar Diabetes (99,1%; $p\leq0,001$). Ademais, as notificações classificadas como SG de etiologia desconhecida tiveram menor prevalência na raça branca (25,2%; $p\leq0,001$), escolaridade de ensino médio incompleto (8,2%; $p\leq0,001$) e presença de doença pulmonar (68,1%; $p\leq0,001$) (Tabela 2).

Na análise da associação da confirmação do COVID-19 observou-se acerto do modelo de 71,4%. Para os casos confirmados foi observado mais chance se era da raça amarela (OR=1,989; p=0,023), ter escolaridade de Ensino Fundamental incompleto (OR=1,591; p=0,034), e Médio completo (OR=1,322; p=0,038), e estar vinculado ao Território de Saúde Apinajé (OR=5,895; p=0,005) e Xerente (OR=4,645; p=0,017), e menos chance quando não tinha Diabetes (OR=0,261; p=0,006).

Quanto aos casos de SG de etiologia não especificada houve mais chance de ter esse resultado em pessoas do sexo masculino (OR=2,644; p=0,001), ser da raça amarela (OR=1,853; p=0,024), apresentar escolaridade de Ensino Fundamental incompleto (OR=2,125; p≤0,001), Médio incompleto (OR=3,415; p≤0,001), Médio completo (OR=1,676; p<0,001) e Superior incompleto (OR=1,566; p=0,016), e menos chance quando não eram gestantes (OR=0,329; p=0,030), e não ter realizado viagem nacional (OR=0,564; p=0,016) (Tabela 3).

Discussão

A quantidade de pacientes que residem em outros municípios e foram notificados em Palmas pode se dar pelo fato da capital possuir uma Rede de Atenção à Saúde maior que os municípios vizinhos, como Paraíso e Porto Nacional, abarcando atualmente 33 unidades básicas de saúde, Unidades de Pronto-Atendimento e Rede de Atendimento Especializado, além de hospitais e laboratórios da rede pública e privada[7].

Ressalta-se que o aumento de notificações de SG na semana epidemiológica 33 coincide com o pico de casos registrados de COVID-19 na América do Sul, principalmente no Brasil, Colômbia e Peru[8] e no município de Palmas[5]. Deste modo, possivelmente esse aumento de notificações pode se dar pela sensibilidade dos serviços em notificar os suspeitos que tiveram contato com casos positivos[9] e refletindo na mediana de casos confirmados encontrada no presente estudo, na semana epidemiológica seguinte, devido a liberação dos exames.

Ainda, salienta-se que Sarti et al[10] aponta que a maior parte dos casos de SG na pandemia de COVID-19 buscam os serviços da APS, resultado que corrobora com o encontrado neste estudo, destacando-se o papel da APS como coordenadora do cuidado e atuação na mitigação dos efeitos da pandemia, a partir do telemonitoramento dos pacientes crônicos e com SG[11].

Referente ao número de notificações pelos territórios de saúde observou-se que as maiores frequências estavam presentes em localidades centrais da Capital, caracterizada pela baixa densidade populacional e de poder econômico mais elevado[12]. Esse dado se assemelha aos primeiros casos suspeitos e confirmados de COVID-19 no Brasil que estavam associados às classes economicamente favorecidas, em função da realização de viagens internacionais[13], o que também foi verificado como fator associado ao resultado positivo para infecção de COVID-19 nesta pesquisa.

Além disso, ressalta-se a possibilidade de subnotificações de notificações de SG e, consequentemente, de COVID-19[14], bem como a possibilidade de fatores socioeconômicos e demográficos condicionarem o acesso a serviços de saúde[12]. Acerca da mediana de idade encontrada, observou-se similaridade a estudo de casos suspeitos e confirmados para COVID-19 [15], bem como outra pesquisa que avaliava SG na população brasileira que identificou que adultos jovens foram os que mais buscaram as unidades de saúde, grupo propenso a desenvolver doenças infecciosas, como gripes, devido a utilização de transporte público e circulação em locais com maior aglomeração[16].

Este dado difere do observado em um estudo na pandemia de H1N1[17], que indicava as crianças em idade escolar como as mais afetadas, possivelmente em razão do fechamento das escolas para promover o distanciamento social em meio a pandemia do novo coronavírus[11,14], além de ser demonstrado a menor suscetibilidade a infecção por SARS-CoV-2 em crianças [18].

Ainda, a busca por serviços de saúde predominante pelo sexo feminino condiz com a literatura, que aborda que os homens procuram por unidades da atenção especializada e hospitalar, após sinais de agravamento[16,19]. Quanto a presença de comorbidades e fatores de risco em uma pequena parcela das notificações pode ter ocorrido pela adoção do distanciamento social por esse grupo de risco[14].

Além disso, Palmas possui uma das menores prevalências de hipertensos, diabéticos e obesos comparado às outras capitais do país[20]. Esse aspecto pode relacionar-se aos percentuais baixos de fatores de risco, comorbidade e os prognósticos favoráveis desse estudo, visto que tanto influenza quanto a COVID-19 relacionam-se à piores complicações e/ou exacerbação das doenças crônicas adjacentes[21,22].

Destaca-se que se agrupou como fatores de riscos conforme citações na literatura para gravidade em casos de SG, seja causado por SARS-CoV-2 ou outros vírus respiratórios, sendo: crianças menores de 5 anos e idosos igual ou acima de 60 anos; gestação; obesidade; tabagismo[1,2,21,23]; e realização de cirurgia bariátrica e metabólica, este devido à falta de estudos conclusivos sobre seu fator protetivo para complicação em COVID-19[22].

Assim, salienta-se que o fator de risco predominante no número de idosos é esperado a partir do processo de envelhecimento da população vivenciado por todas as capitais brasileiras[24], aliada a outras características da capital anteriormente citadas. Referente aos sintomas apresentados, observou-se que febre e tosse são sintomas frequentemente relacionados à COVID-19[9] e Influenza[16,17], deste modo, a discrepância encontrada neste estudo com o sintoma cefaleia pode estar relacionada a outras causas, como sinusite e rinite[25] e outros vírus respiratórios, em que devido a pandemia pode não ter sido feito o diagnóstico diferencial nas unidades sentinelas[3].

Pertinente as associações sociodemográficas encontradas com SG de etiologia não especificada, em que indivíduos de raça parda, sexo masculino e menor nível de escolaridade

estão associados a essa classificação final, bem como aumento de chances dessa classificação conforme o sexo (masculino) e a menor escolaridade pode justificar-se devido a diferenciação de acesso à serviços de saúde mencionada[12].

Necessário destacar que a não realização de testes de COVID-19 pode também estar relacionada ao número de sintomas apresentados por esse grupo, menor quando comparados aos casos confirmados e descartados para COVID-19, aliado à falta de informações sobre a doença e direito dos pacientes de realizá-los[12], bem como a dificuldade inicial de fornecimento de testagem para COVID-19 em larga escala, observada em todo território nacional[26].

Acerca da associação entre contato com caso suspeito e confirmado estar associado à SG de origem não identificada, este pode não ser um dado confiável como um fator protetivo à infecção por COVID-19, devido a associação dessa classificação com a presença de doença pulmonar poder se dar pelas características das fases agudas dessas doenças, cujos sintomas gripais podem não ter perdurado até a realização dos testes[27].

Quanto à associação de casos confirmados com os dados de internação, podem estar relacionados à característica da COVID-19 causar insuficiência respiratória grave[2]. Ainda, sobre o aumento das chances de confirmação de casos confirmados de COVID-19 com raça amarela, escolaridade fundamental incompleto e médio completo pode relacionar-se à maior exposição que desse público ao SARS-CoV-2, devido uso de transporte coletivo, condições de trabalho, profissão e acesso à informações verídicas de autocuidado e transmissibilidade do vírus[12,28].

Desta forma, evidencia-se que a influência de determinados territórios para maiores chances de confirmação de casos confirmados de COVID-19 revela a necessidade de investigação de possíveis hipóteses que expliquem esses resultados, como atividades econômicas, densidade populacional e os eixos de disseminação da doença[28,29].

Portanto, a importância de características socioeconômicas para a classificação de SG sem etiologia específica pode ser justificada pelo acesso a serviços e informações por esse público, discutido previamente; além de que as menores chances dessa classificação em pacientes que relataram não estar gestante é uma variável a ser investigada de como está o acesso e a realização dos testes de COVID-19 para gestantes no município, uma vez que são consideradas grupo de risco[2].

Dentre as limitações encontradas no estudo pode-se descrever o preenchimento inadequado dos bancos de dados e o uso de dois bancos diferentes, devido a circunstância do início dos casos suspeitos e confirmados de infecção pelo novo coronavírus, que determinou a necessidade do uso emergencial de sistemas de informações, como o FormSUS, até o ajuste de sistemas com melhor desempenho.

Para minimizar essas limitações foram feitas tabulações a partir da estratificação da consolidação dos dados, revisão do banco e exclusão de informações mal preenchidas, como categorias profissionais. Verifica-se a relevância de difundir orientações de preenchimento da notificação, aliado às ações de educação permanente sobre o tema. Além disso, há escassez de estudos similares e parâmetros para comparação dos resultados, o que pode gerar alguma falha nas associações de causas e consequências abordadas, sendo reduzida pelo uso de fontes confiáveis como referencial teórico.

Em suma, os principais resultados encontrados foram a prevalência do sintoma cefaleia, o baixo percentual de fatores de riscos da população estudada, classificação de SG sem etiologia estar associada ao sexo masculino, além da classificação dos casos confirmado aumentarem as chances conforme os territórios de saúde.

Conclui-se que estes resultados permitem aprimorar a detecção do perfil da população que possui maiores chances de desenvolver SG e COVID-19, propiciando o fortalecimento das ações de monitoramento e assistência em meio a pandemia de COVID-19, norteando futuros

estudos de vigilância sobre outros vírus emergentes e variantes, de modo a compreender as diferenças e associações de interesse para produção de medidas de controle e políticas públicas de saúde.

Agradecimentos

À Coordenação e Equipe de Vigilância de Síndrome Gripal pelo apoio, oportunidade e direcionamento de trabalho na Vigilância das Síndromes Gripais. À Secretaria Municipal de Trânsito pela disposição de dados sobre distribuição populacional em Palmas - TO.

Contribuições dos autores

Lisandra Lustoza Ferro e Pedro de Almeida Rezende Fumagalli participaram da concepção do projeto de pesquisa, consolidação e delineamento dos dados e redação do manuscrito; Renata Junqueira Pereira na interpretação dos dados e revisão do manuscrito; Marta Malheiros na revisão crítica do manuscrito; Renata Andrade de Medeiros Moreira contribuiu no delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão do manuscrito. Todos aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Guia de Vigilância Epidemiológica para Infecção Humana pela COVID-19. Emergência de Saúde Pública de importância nacional pela doença do novo coronavírus 2019. Vigilância das Síndromes Respiratórias Agudas. Brasília - DF, 5 de agosto de 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf

[2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo do Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 9ª. Brasília-DF, mai de 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf

[3] Reis PO, Iser BPM, Souza LRO, YokotA RTC, Almeida WAF, Bernal RTI, et al. Monitoramento da síndrome gripal em adultos nas capitais do Brasil e no Distrito Federal por meio de inquérito telefônico. Rev. bras. epidemiol. São Paulo - SP, v.14, supl.1, p.115-124, set. 2011.

[4] Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim epidemiológico de Palmas - TO. Doença pelo novo coronavirus. N 1, 19 de março de 2020. Palmas, 2020. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/boletim?start_date=2020-03-19&end_date=2020-03-19

[5] Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim epidemiológico de Palmas - TO. Doença pelo novo coronavirus. N 257, dez de 2020. Palmas, 2020. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/boletim?start_date=2020-12-01&end_date=2020-12-01

[6] Bastos WM, Características sociodemográficas e epidemiológicas da hanseníase do município de palmas – Tocantins. [Dissertação]. Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/25732/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20FINAL%20MP.%20Whisllay%20Bastos.%202017.pdf

[7] Prefeitura de Palmas. Serviços de Saúde Oferecidos no Município [Internet]. 2020. Palmas-TO: Secretaria de Saúde do Município, 2020 [citado 2021 fev 09]. Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/portal/informativo/12/

[8] OPAS, Pan American Health Organization / World Health Organization. Atualização epidemiológica: doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) . 2020 Nov, Washington,

D.C.: PAHO/WHO. Disponivel em: https://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-epidemiologica-covid-19-doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-9-novembro-2020

[9] Iser BPM, Sliva I, Raymundo VT, Poleto MB, Schuelter TF, Bobinski F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2020 [citado 2021 Fev 15] ; 29(3): e2020233. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300401&lng=pt.

[10] Sartini TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida ASC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. v. 29, n. 2 [Acessado 9 Fevereiro 2021] , e2020166. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. ISSN 2237-9622.

[11] Daumas RP, Silva GA, Leite RTC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020 Jun. v. 36, n. 6 [Acessado em: 9 Fevereiro 2021], e00104120. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120. ISSN 1678-4464.

[12] Cangassu, BM. A Categoria Território como Ferramenta Estratégica no Planejamento das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS: Uma Experiência Participativa na Região Sul do Município de Palmas – Tocantins [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24301/1/ve_Bet%c3%a2nia_Moreira_ENSP_2014

[13] Estrela FM, Soares CFS e, Cruz MA, Silva AF, Santos JRlL, Moreira TMO, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 Set [Citado em 15 de fevereiro2021] ; 25(9): 3431-3436. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232020000903431&lng=en. Epub Ago 28, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020.

[14] Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza JA, Rocha AS, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020 Jun. v. 25, suppl 1 [Acessado em 9 Fevereiro 2021], pp. 2423-2446. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020. ISSN 1678-4561

[15] Silva AWC, Cunha AA, Alves GC, Corona RA, DiasCAGM, Nassiri R. Perfil epidemiológico e determinante social do covid-19 em macapá, amapá, amazônia, brasil. Rev multidisciplinary scientific jornal [Internet]. Abr 2020 [Citado em 15/02/2021]. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/covid-19-em-macapa

[16] Mazon LM, Komuchena KS, Roik AK, Wieczorkievicz AM, Ditterich RG. Perfil epidemiológico de pacientes com síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave. Saúde em Revista., Piracicaba, v. 16, n. 43, p. 37-44, maio-agosto. 2016. DOI: https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v16n43p37-44

[17] Cugini DM, Silva FPA, Éttori H; Krumenauer MZ; Moreira ME; Paulucci RS. Perfil epidemiológico dos casos de influenza A H1N1 em Taubaté – SP. Bepa. 2020. 7(81):17-25. 2010. DOI: https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-285

[18] Viner RM, Mytton OT, Bonell C, Torres GJM, Joseph WMBBS, Hudson L et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection Among Children and Adolescents Compared With Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2021;175(2):143–156. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2771181 doi:10.1001/jamapediatrics.2020.4573

[19] Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. Ciência da saúde coletiva [Internet]. 2015 Jan

[Acessado em: 6 de fevereiro de 2021] 20(1): 273-278. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100273&lng=en

[20] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2020 [Citado em: 15 de fevereiro de2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

[21] Bricks LF, Carvalhanas TRMP, Domingues CMAS, Pereira SF, Belli NCJ. Influenza em pacientes com doenças cardíacas crônicas: o que há de novo? Revista de saúde e ciência biológica 2015; 3 (3): 165-171. Disponível em: https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/200

[22] Aminian A, Fathalizadeh A, Tu C, Butsch WS, Pantalone K.M, Griebeler ML, Kashyap SR, et al. 2021. Association of prior metabolic and bariatric surgery with severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in patients with obesity. Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery, 17(1), 208–214. https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.10.026

[23] Prefeitura de Palmas. Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela COVID-19. Versão 7.0. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. Palmas, 2020. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/LDrizCbH7iGMAo7ZKu9IZKP2fuBHArhtEgbsmRM5.pdf

[24] Nogueira SL; Geraldo JM; Machado JC; Ribeiro RCL . Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 25, n. 1, p. 195-198, Junho de 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100012&lng=en&nrm=iso. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-30982008000100012.

[25] Okamura MN, Doenças crônicas e dor no Município de São Paulo: prevalência e fatores associados à cefaleia e à dor nas costas. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6141/tde-30082019-093849/publico/OkamuraMN_DR_R.pdf

[26] Magno L, Rossi TA, Mendonça LFW, Santos CC, Campos GB, Marques LM et al. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Setembro de 2020 [citado em 15 de fevereiro de 2021] ; 25(9): 3355-3364. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903355&lng=en. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.17812020.

[27] Solé D, Wandalsen GF., Camelo NIC, Naspitz CK. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC): fase 3. [Internet]. 2006; 82(5): 341-346. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000600006&lng=en DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000600006.

[28] Santos, JAF. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. 2020. Trabalho, Educação e Saúde, 18(3), e00280112. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280

[29] Teixeira SHO, SOUZA AL. Análise da distribuição geográfica de covid-19 na mesorregião sul/sudoeste de minas gerais. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Edição Especial: Covid-19, Junho de 2020; p.407-416. Disponível em: http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54632

APÊNDICES

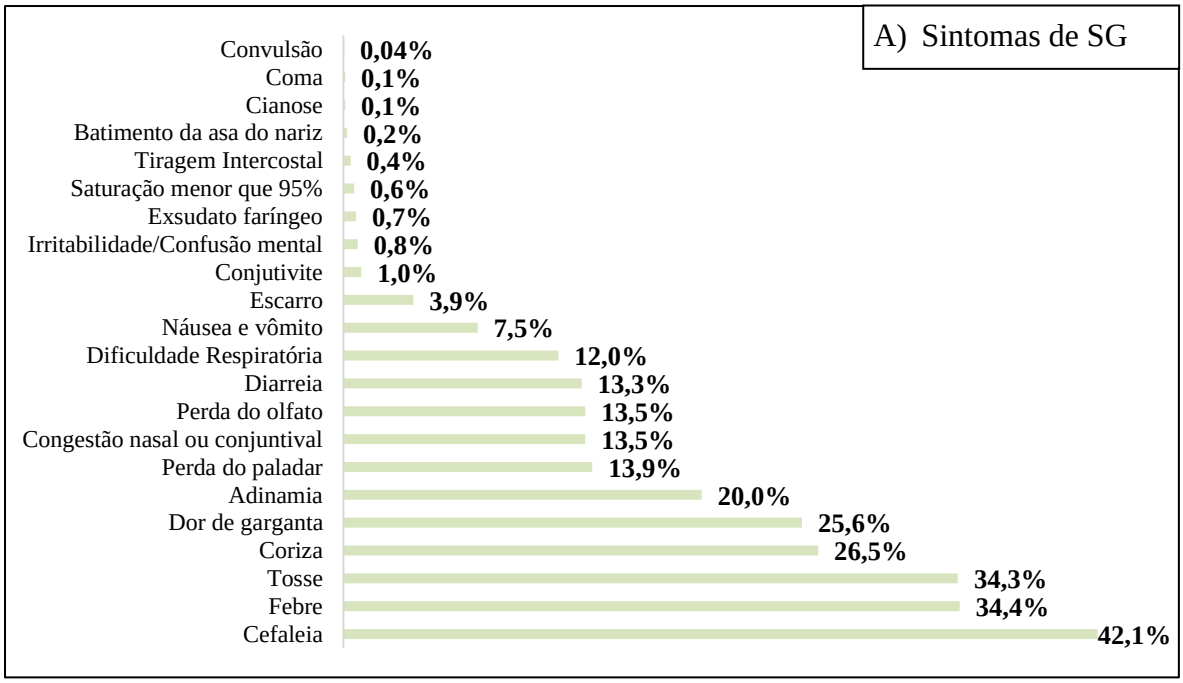
Tabela 1. Dados sociodemográficos, contado com caso suspeitos/confirmados, relato de viagens nos últimos 14 dias, internação, realização de teste e resultado para Covid-19 em pacientes notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

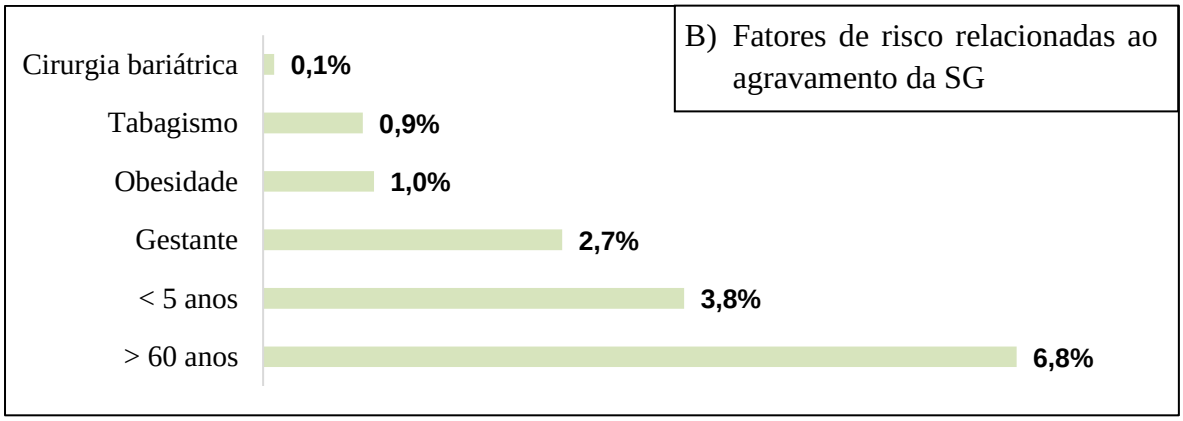
Variável	n	Frequência (%)
Sexo		
Feminino	41.704	55,0
Masculino	34.079	45,0
Raça		
Amarela	10.773	17,4
Branca	18.445	29,8
Parda	29.781	48,1
Preta	2.952	4,8
Escolaridade		
Analfabeto	663	2,3
Ensino Fundamental Incompleto	4.118	14,2
Ensino Fundamental Completo	65	0,2
Ensino Médio Incompleto	2.011	6,9
Ensino Médio Completo	10.830	37,4
Ensino Superior Incompleto	2.675	9,2
Ensino Superior Completo	8.577	29,6
Teve contato com casos		
Suspeitos/Confirmado	17.457	44,8

Continuação da Tabela 1. Dados sociodemográficos, contado com caso suspeitos/confirmados, relato de viagens nos últimos 14 dias, internação, realização de teste e resultado para Covid-19 em pacientes notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

Variável	n	Frequência (%)
Idade (anos)		
≤ 5 anos	2.885	3,8
5 a 9 anos	2.133	2,8
11 aos 19 anos	5.194	6,9
20 a 59 anos	60.402	79,7
≥ 60 anos	5.169	6,8
Relato de viagem nos últimos 14 dias		
Internacional	49	0,2
Nacional	3.453	8,0
Internação		
Em leito	259	2,4
Em UTI	11	0,04
Coleta de Amostras		
RT-PCR	17.795	24,8
Teste rápido	2.982	20,2
Sorológico	9.407	14,8
Resultados dos exames		
RT-PCR	4.567	52,5
Teste rápido	2.982	20,2
Sorológico	3.334	41,5

Gráfico 1. Prevalência de sintomatologia, fatores de risco e comorbidades relacionadas ao agravamento da Síndrome Gripal apresentada em pacientes que foram notificados no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.





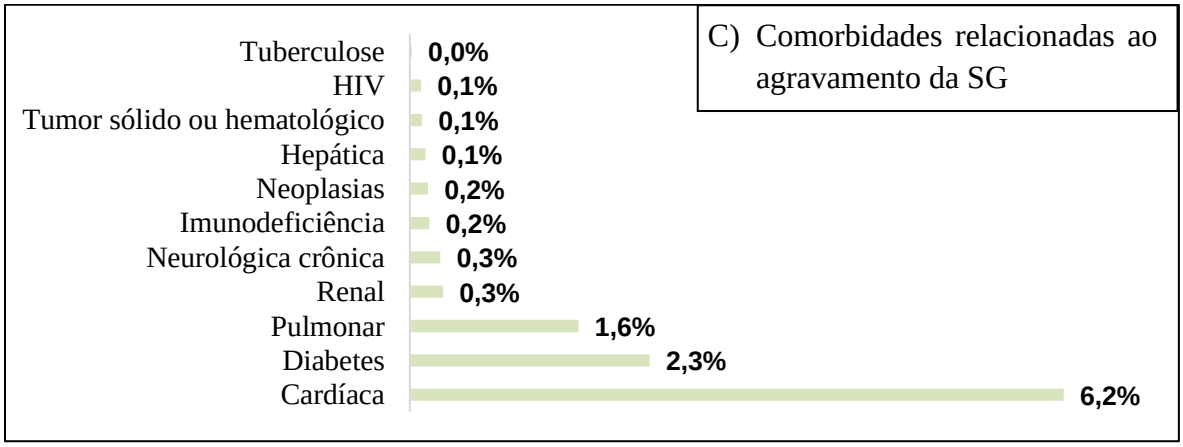
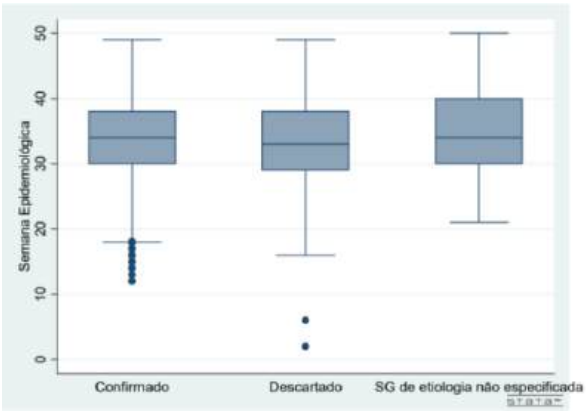
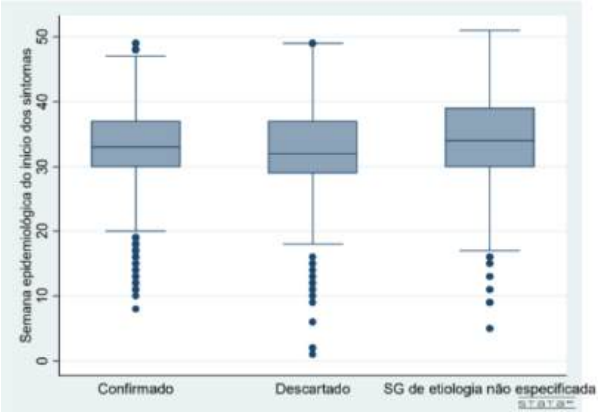


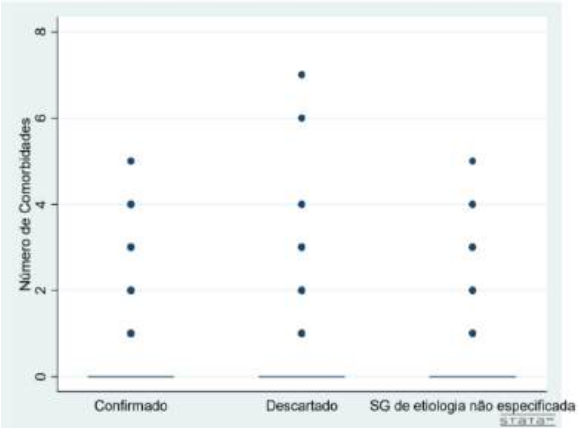
Gráfico 2 - Comparação da confirmação de COVID-19 com as variáveis de semana epidemiológica de notificação e de início de sintomas, número de comorbidades, fatores de risco, sintomas e idade dos pacientes que foram notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.



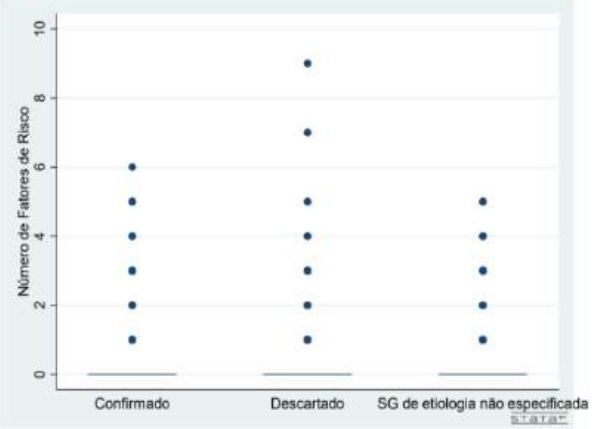
A) Confirmado (34,0; 34,2-34,4)[a,b], Descartado (33,0; 33,5-33,7)[a,c], Suspeito (34,0; 35,2-35,3)[b,c]



B) Confirmado (33,0; 33,4-33,6)[a,b], Descartado (32,0; 33,0-33,2)[a,c], Suspeito (34,0; 34,6-34,8)[b,c]

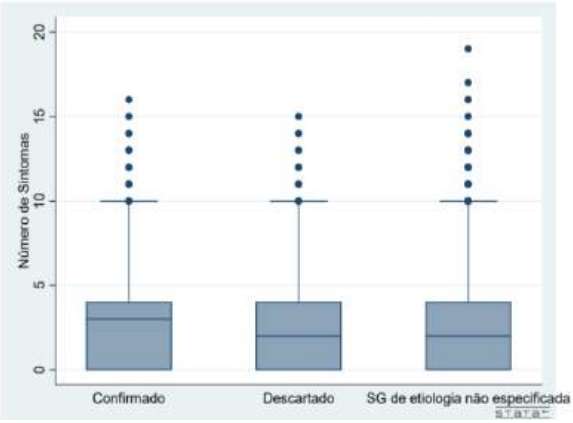


C) Confirmado (0,0; 0,12-0,14)[a,b], Descartado (0,0; 0,05-0,06)[a,c], Suspeito (0,0; 0,13-0,14)[b,c]

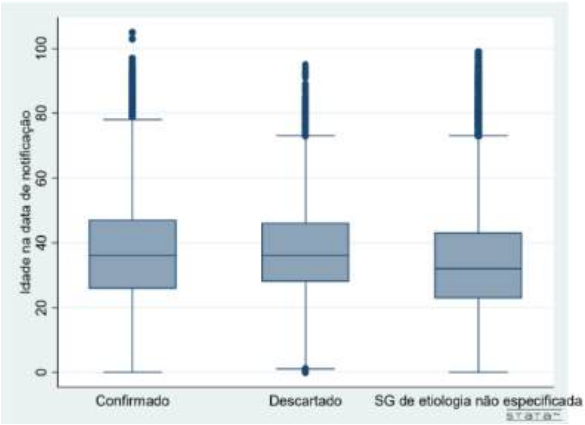


D) E)Confirmado (0,0; 0,24-0,26)[a,b], Descartado (0,0; 0,14-0,16)[a,c], Suspeito (0,0; 0,27-0,28)[b,c]

Continuação do Gráfico 2 - Comparação da confirmação de COVID-19 com as variáveis de semana epidemiológica de notificação e de início de sintomas, número de comorbidades, fatores de risco, sintomas e idade dos pacientes que foram notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.



E) Confirmado (3,0; 2,65-2,73)[a], Descartado (2,0; 2,56-2,65)[a,c], Suspeito (2,0; 2,64-2,69)[c]



F) Confirmado (36,0; 36,7-37,2)[a,b], Descartado (36,0; 36,9-37,4)[a,c], Suspeito (32,0; 33,2-33,6)[b,c]

Tabela 2. Comparação de confirmação de COVID-19 com as variáveis sexo, fatores de risco para agravamento do quadro, comorbidades e sintomatologia de SG em pacientes que foram notificados no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

Variáveis	Confirmação de COVID-19			
	Confirmado	**Descartado**	**Etiologia não especificada**	**Valor p**
Sexo				
Feminino	23,2 (n=8.818)	18,7 (n=7.085)	58,1 (n=22.045)	≤0,001
Masculino	24,7 (n=7.685)	20,6 (n=6.404)	54,8 (n=17.055)	≤0,001
Gestante				
Não	22,6 (n=3.526)	12,1 (n=1.886)	65,3 (n=10.187)	≤0,001
Sim[1]	15,2 (n=69)	7,5 (n=34)	77,3 (n=350)	≤0,001
Idade (anos)				
<5[1]	16,69 (n=436)	9,19 (n=240)	74,12 (n=1.936)	≤0,001
5 a 11	23,37 (n=465)	12,81 (n=255)	63,82 (n=1.270)	≤0,001
12 aos 19	20,52 (n=997)	12,29 (n=597)	67,19 (n=3.264)	≤0,001
20 a 59	24,05 (n=13.191)	20,97 (n=11.501)	54,99 (n=30.163)	≤0,001
≥60 ou mais[1]	29,60 (n=1.414)	18,76 (n=896)	51,64 (n=2.467)	≤0,001
Tabagismo[1]	13,46 (n=95)	7,22 (n=51)	79,32 (n=560)	≤0,001
Obesidade[1]	24,93 (n=188)	11,54 (n=87)	63,53 (n=479)	≤0,001
Cirurgia Bariátrica[1]	27,03 (n=30)	11,71 (n=13)	61,26 (n=68)	0,112

Nota: [1]Fatores de risco; [2]Tumor sólido/Hematológico; [3]Dificuldade Respiratória

Continuação da Tabela 2. Comparação de confirmação de COVID-19 com as variáveis sexo, fatores de risco para agravamento do quadro, comorbidades e sintomatologia de SG em pacientes que foram notificados no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

	Confirmação de COVID-19			
Variáveis	**Confirmado**	**Descartado**	**Etiologia não especificada**	**Valor p**
Comorbidades				
Pulmonar	21,9 (n=227)	9,93 (n=103)	68,2 (n=707)	≤0,001
Cardíaca	26,4 (n=1.071)	8,78 (n=356)	64,8 (n=2.633)	≤0,001
Diabetes	27,4 (n=408)	8,2 (n=123)	64,3 (n=958)	≤0,001
Renal	32,7 (n=66)	14,8 (n=30)	52,5 (n=106)	0,009
Neurológica	19,5 (n=37)	7,4 (n=14)	73,1 (n=139)	≤0,001
Imunodeficiente	27,4 (n=31)	20,3 (n=23)	52,2 (n=59)	0,602
Neoplasias	26,6 (n=21)	6,3 (n=5)	67,1 (n=53)	0,012
Hepática	29,0 (n=31)	21,5 (n=23)	49,5 (n=53)	0,316
T, sólido/Hemato[2]	28,3 (n=17)	18,3 (n=11)	53,3 (n=32)	0,722
HIV	18,6 (n=13)	7,1 (n=5)	74,3 (n=52)	0,006
Tuberculose	21,4 (n=3)	21,4 (n=3)	57,14 (n=8)	0,970
Sintomas				
Febre	24,2 (n=5.659)	19,20 (n=4.484)	56,6 (n=13.210)	0,160
Dif Respiratória[3]	23,9 (n=1.783)	19,69 (n=1.469)	56,4 (n=4.210)	0,925
Tosse	24,1 (n=5.504)	19,28 (n=4.401)	56,6 (n=12.922)	0,408
Escarro	23,5 (n=654)	20,06 (n=558)	56,4 (n=1.570)	0,738

Nota: [1]Fatores de risco; [2]Tumor sólido/Hematológico; [3]Dificuldade Respiratória

Continuação da Tabela 2. Comparação de confirmação de COVID-19 com as variáveis sexo, fatores de risco para agravamento do quadro, comorbidades e sintomatologia de SG em pacientes que foram notificados no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

Variáveis	**Confirmação de COVID-19**			
	Confirmado	**Descartado**	**Etiologia não especificada**	**Valor p**
Sintomas				
Congestão Nasal/Conjuntiva	23,7 (n=2.193)	19,2 (n=1.773)	57,0 (n=5.266)	0,603
Coriza	24,7 (n=4.488)	19,0 (n=3.447)	56,3 (n=10.213)	0,003
Dor de Garganta	23,6 (n=4.068)	19,0 (n=3.272)	57,3 (n=9.870)	0,050
Dificuldade de engolir	23,7 (n=648)	18,3 (n=501)	58,0 (n=1.585)	0,212
Diarreia	23,9 (n=2.192)	19,5 (n=1.784)	56,6 (n=9.156)	0,989
Náusea e Vômito	24,0 (n=1.338)	19,5 (n=1.088)	56,5 (n=3.156)	0,987
Cefaleia	24,1 (n=6.988)	19,2 (n=5.565)	56,7 (n=16.466)	0,129
Adinamia	24,1 (n=3.437)	19,1 (n=2.729)	56,8 (n=8.114)	0,367
Conjuntivite	26,2 (n=179)	18,3 (n=125)	55,5 (n=380)	0,334
Perda do paladar	24,8 (n=2.459)	18,6 (n=1.839)	56,6 (n=5.607)	0,012
Perda do olfato	24,8 (n=2.395)	18,4 (n=1.771)	56,7 (n=5.468)	0,004
Exsudato Faríngeo	24,69 (n=80)	14,5 (n=47)	60,8 (n=197)	0,070

Nota: [1]Fatores de risco; [2]Tumor sólido/Hematológico; [3]Dificuldade Respiratória

Tabela 3. Razão de chances (OR) com os dados sociodemográficos, viagem nos últimos 14 dias, comorbidade, fator de risco e sintomas em pacientes que foram notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

Categorias	Confirmado para COVID-19					Etiologia não especificada				
	B	**EP**	**Valor p**	**OR**	**IC (95%)**	**B**	**EP**	**Valor p**	**OR**	**IC (95%)**
Escolaridade										
Analfabeto	0,542	0,686	0,430	1,719	0,4-6,6	1,042	0,649	0,109	2,834	0,8-10
Fundamental Incompleto	0,464	0,220	0,034	1,591	1,0-2,4	0,754	0,203	0,000	2,125	1,4-3,1
Médio Incompleto	0,563	0,322	0,081	1,756	0,9-3,3	1,228	0,297	0,000	3,415	1,9-6,1
Médio Completo	0,279	0,134	0,038	1,322	1,0-1,7	0,517	0,122	0,000	1,676	1,3-2,1
Superior Incompleto	0,102	0,206	0,622	1,107	0,7-1,6	0,449	0,186	0,016	1,566	1,0-2,2
Superior Completo	0[b]	-	-	-	-	0[b]	-	-	-	-
Não viajou (últimos 14 d):										
Nacional	-0,441	0,256	0,085	0,644	0,4-1,0	-0,573	0,239	0,016	0,564	0,3-0,9
Internacional	-9,728	109,0	0,929	5,959[E]	8,7-4,1[E]	0,815	0,000	-	2,258	2,2-2,2

Nota: B – Beta; EP – Erro padrão; OR – Odds Ratio; IC (95%) – Intervalo de Confiança de 95%.

Continuação Tabela 3. Razão de chances (OR), dados sociodemográficos, viagem nos últimos 14 dias, comorbidade, fator de risco e sintomas em pacientes que foram notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

Categorias	Confirmado para COVID-19					Etiologia não especificada				
	B	**EP**	**Valor p**	**OR**	**IC (95%)**	**B**	**EP**	**Valor p**	**OR**	**IC (95%)**
Não ter a comorbidade:										
Pulmonar	-0,126	0,432	0,771	0,882	0,4-2,0	-0,429	0,396	0,279	0,651	0,3-1,4
Cardíaca	-0,009	0,228	0,969	0,991	0,6-1,5	-0,110	0,210	0,602	0,896	0,6-1,3
Renal	-7,022	24,47	0,774	0,001	1,3-6,1[E]	-6,788	24,476	0,782	0,001	1,6-7,7[E]
Diabetes	-1,342	0,483	0,006	0,261	0,1-0,7	-0,831	0,473	0,079	0,436	0,2-1,1
Não ter o fator de risco:										
Tabagismo	-0,531	0,638	0,405	0,588	0,2-2,0	-0,956	0,596	0,109	0,384	0,1-1,2
Obesidade	0,182	0,420	0,664	1,200	0,5-2,7	-0,013	0,380	0,972	0,987	0,4-2,0

Nota: B – Beta; EP – Erro padrão; OR – Odds Ratio; IC (95%) – Intervalo de Confiança de 95%.

Continuação Tabela 3. Razão de chances (OR), dados sociodemográficos, viagem nos últimos 14 dias, comorbidade, fator de risco e sintomas em pacientes que foram notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

Categorias	Confirmado para COVID-19					Etiologia não especificada				
	B	**EP**	**Valor p**	**OR**	**IC (95%)**	**B**	**EP**	**Valor p**	**OR**	**IC (95%)**
Não possuir o sintoma:										
Coriza	-0,218	0,141	0,123	0,804	0,6-1,0	-0,241	0,130	0,064	0,786	0,6-1,0
Dor de Garganta	0,067	0,139	0,629	1,069	0,8-1,4	0,024	0,127	0,851	1,024	0,8-1,3
Perca de Paladar	-0,209	0,256	0,414	0,812	0,5-1,3	0,005	0,238	0,985	1,005	0,6-1,6
Perca de Olfato	-0,167	0,262	0,522	0,846	0,5-1,4	-0,279	0,243	0,250	0,756	0,5-1,2
Em situação de rua	1,214	0,643	0,059	3,368	0,9-11,8	0,404	0,481	0,400	1,498	0,6-3,8
Ser de outros municípios	1,376	0,767	0,073	3,960	0,9-17,8	0,433	0,618	0,483	1,542	0,4-5,1
Possuir <5 ou ≥60 anos	-0,33	0,308	0,284	0,719	0,4-1,3	-0,111	0,292	0,702	0,895	0,5-1,6

Nota: B – Beta; EP – Erro padrão; OR – Odds Ratio; IC (95%) – Intervalo de Confiança de 95%.

Continuação Tabela 3. Razão de chances (OR), dados sociodemográficos, viagem nos últimos 14 dias, comorbidade, fator de risco e sintomas em pacientes que foram notificados com Síndrome Gripal no município de Palmas-TO de março a novembro de 2020.

Categorias	Confirmado para COVID-19					Etiologia não especificada				
	B	EP	Valor p	OR	IC (95%)	B	EP	Valor p	OR	IC (95%)
Residir no Território:										
Apinajé	1,774	0,628	0,005	5,895	1,7-20,2	0,641	0,467	0,170	1,899	0,7-4,7
Javaé	1,187	0,642	0,065	3,276	0,9-11,5	0,167	0,481	0,729	1,182	0,4-3,0
Kanela	1,166	0,636	0,067	3,210	0,9-11,1	0,289	0,473	0,541	1,336	0,5-3,4
Karajá	1,175	0,638	0,065	3,239	0,9-11,3	0,264	0,476	0,579	1,302	0,5-3,3
Krahô	1,237	0,658	0,060	3,447	0,9-12,5	0,312	0,498	0,531	1,366	0,5-3,6
Pankararu	1,050	0,757	0,165	2,857	0,6-12,6	0,439	0,596	0,461	1,552	0,5-5,0
Xambioá	1,149	0,618	0,063	3,156	0,9-10,6	0,186	0,454	0,681	1,205	0,5-2,9
Xerente	1,536	0,642	0,017	4,645	1,3-16,3	0,557	0,482	0,248	1,745	0,7-4,5

Nota: B – Beta; EP – Erro padrão; OR – Odds Ratio; IC (95%) – Intervalo de Confiança de 95%.

Informações para avaliação da banca e Núcleo de Apoio à Pesquisa

Nome da revista usada de modelo:

Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Regras da revista:

https://www.scielo.br/revistas/ress/pinstruc.htm

O perfil epidemiológico de mortalidade do suicídio: uma reflexão dos indicadores sociais em Palmas-TO, 2017-2019

Introdução

As causas externas por décadas permanecem se destacando no cenário epidemiológico do Brasil e do mundo[1]. Os acidentes e violências têm determinado um importante impacto na saúde das populações em vários países[2]. O cenário epidemiológico das causas externas na sociedade capitalista impacta a realidade social da população, bem como interfere na forma de produzir saúde.

Dentre as causas externas - as violências autoprovocadas - os suicídios, assim como, as tentativas, têm gerado grande investimento para os sistemas de proteção social e cuidados com a saúde, provocando elevados gastos aos cofres públicos. Os gastos na saúde, como por exemplo, com procedimentos hospitalares, internações e tratamentos, assim como, na seguridade social com o aumento do pagamento de pensões e aposentadorias por mortes ou invalidez[3]. Apesar dos gastos com cuidados de atenção à saúde e dos custos econômicos em relação a perda de vida produtiva por morte, incapacidade ou prisão, ainda há poucos estudos para avaliar o impacto econômico dessas causas[4].

A saúde pública tem sido constantemente impactada pelas taxas de morbimortalidade. No Brasil, "o suicídio foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, estando atrás apenas dos acidentes de trânsito"[5(sp)]. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1 milhão de óbitos, ou 1,4%, são decorrentes do suicídio[6]. No Brasil, entre 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, já no período de 2011 o número correspondeu a 5,3 e variou com 5,7 em 2015, fato esse de grande magnitude que deve ser enfrentado[7].

O cenário nacional de mortalidade do suicídio apontou sobre a necessidade do uso de ferramentas de controle e fiscalização, para orientação dos serviços de saúde. Os indicadores sociais contribuem com o trabalho de vigilância em saúde, bem como

possibilitam a identificação das desigualdades sociais relacionadas às condições de pobreza e falta do acesso a serviços, programas, projetos e benefícios sociais[8]. Esses indicadores podem auxiliar os profissionais de saúde na construção do perfil epidemiológico e mapeamento dos territórios que apresentem maior risco e vulnerabilidade social.

Assim, foi utilizada a fonte de dados secundários para validar a existência de evidências, que comprovem a eficácia dos indicadores sociais enquanto estratégia de trabalho. Portanto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), órgão da administração pública federal, vinculado ao Ministério da Economia, realiza, bem como, disponibiliza periodicamente estudos e análises estatísticas relacionadas ao território, população, economia e condições de vida da população. Dessa forma, os dados referentes à educação, saneamento básico e renda que se encontram descritos nesta pesquisa são resultantes da extração dos dados disponibilizados pelo IBGE no período de análise deste estudo.

Nesse sentido, a variável educação constitui-se em um importante indicador social que possibilita a verificação de outros aspectos sociais que podem implicar de forma direta ou indireta na condição social do indivíduo, como o nível de escolaridade, a taxa de analfabetismo, as desigualdades no acesso a educação, a frequência escolar, entre outros fatores[9].

O saneamento básico é outra variável de suma importância e que possui incidência direta na qualidade de vida da população, pois, o acesso precário ou a falta aos meios adequados de saneamento corrobora para o aparecimento de inúmeras doenças na população, bem como, na degradação do meio ambiente.

Através da distribuição de renda da população em geral é possível realizar análises das desigualdades regionais, bem como, no estudo de outros fatores sociais, econômicos e de saúde que interferem ativamente nas condições de vida dos indivíduos.

Nesta perspectiva, este estudo apresenta o perfil de mortalidade do suicídio no município de Palmas, associados a reflexão dos indicadores sociais. Descreve as condições sociodemográficas, a evolução dos óbitos no período listado, bem como a taxa bruta de mortalidade. A fim de estimular a produção de estudos epidemiológicos e estatísticos com base na realidade social de determinada situação de saúde, esta pesquisa apresenta relevância para a saúde coletiva, ao identificar vulnerabilidades sociais e

necessidades de saúde, tendo em vista, mudanças dos processos de trabalho e das práticas de prevenção e promoção da saúde, e mais especificamente sobre o enfrentamento do suicídio.

É importante destacar, que para mudança da realidade de saúde se faz necessário fortalecer a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[10] e a Política Nacional de Promoção de Saúde[11] a fim de promover equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, potencializando a saúde e reduzindo vulnerabilidades e riscos decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais[11].

Métodos

Esta pesquisa apresenta relevância de estudo epidemiológico, com abordagem descritiva do método quantitativo. Foram utilizadas fontes de dados secundárias do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), prontuário eletrônico do Sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O período de estudo nos anos de 2017 a 2019, obteve uma amostra de 58 óbitos por residentes em Palmas. O período estabelecido compreende a data de implantação do e-SUS, no município de Palmas, sendo esta a ferramenta que supostamente haveria informações qualitativas dos indicadores sociais.

Para a coleta de dados, foi utilizado ainda, um roteiro baseado na declaração de óbito, na qual, foi filtrado os dados no SIM e no e-SUS, com o objetivo de analisar relatos dos profissionais de saúde à respeito do perfil social da população que veio a óbito por suicídio. Dessa forma, para a construção do perfil epidemiológico e sua relação com os indicadores sociais, as variáveis analisadas foram: sexo; faixa etária; raça/cor; gênero; escolaridade; deficiência/transtornos; situação conjugal; ocupação; renda; benefícios; habitação; condição de moradia; saneamento/água; esgoto; lixo; energia elétrica; acesso aos dispositivos de saúde/assistência; fonte de informação e local de ocorrência do óbito.

A coleta dos dados pelo sistema de prontuário do e-SUS teve como objetivo na identificação de informações inerentes às condições sociodemográficas da amostra da

pesquisa. As informações coletadas foram disponibilizadas por meio de planilha excel para a análise dos dados, sendo transformado em forma de porcentagem o resultado obtido. A consideração das variáveis educação, saneamento e renda foram subsidiadas pelas pesquisas realizadas periodicamente pelo IBGE e utilizadas para o conhecimento acerca desses indicadores sociais nos anos equivalentes aos dados da pesquisa.

Os dados após estratificados no sistema de informação do SIM foram tabulados pelo programa Tabwin versão 4.1, a partir de gráficos e tabelas. Os resultados representam série histórica da evolução dos óbitos de suicídio no período listado. O cálculo da taxa bruta de mortalidade desses óbitos ocorridos no período de um ano, foi calculado por cem mil habitantes em relação à estimativa anual da população total do município segundo o IBGE. Já, a causa básica do óbito está em conformidade com a classificação internacional de doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde, a partir de informações padronizadas sobre a codificação de doenças relacionadas à saúde.

Foi utilizado o método de análise de componentes principais (PCA) e recurso do software R (R Core Team, 2020) com o pacote Stats. A matriz de dados apresentou dimensões 58 x 8, para análise de 58 amostras por 8 variáveis. Os dados foram previamente auto escalados e centrados, antes de serem submetidos à análise de componentes principais, uma vez que há uma grande variação de respostas das diversas variáveis, ou seja, diferem em ordem de grandeza.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com aprovação pelo número do CAAE: 32014620.10000.9187 e parecer de número: 4.060.282. Todos os procedimentos desenvolvidos na pesquisa encontram-se em conformidade com o CNS nº 466/12 e suas complementares, bem como, a CONEP n°001/13, especialmente no que se refere à integridade e proteção dos participantes em pesquisa.

Resultados

Os coeficientes de óbitos de suicídio da população de Palmas (TO) estão descritos na **Figura 1. Número absoluto de óbitos e coeficientes de óbitos por suicidio**. Em 2017 houveram 14 óbitos, e coeficiente de 4,9 por 100 mil habitantes, em

2018 houveram 24 óbitos e coeficiente de 8,0 por 100 mil habitantes, em 2019 foram 20 óbitos e coeficiente de 6,5 por 100 mil habitantes. Pode-se observar uma tendência crescente de suicídios de 2017 a 2018 de 71% e um decréscimo de 2018 a 2019 de 17%.

As componentes CP1 e CP2 descrevem 38,2% da variação total dos dados e fornecem informações discriminatórias das amostras. A primeira componente principal (CP1) descreve apenas 20,7% da variação total e a segunda (CP2) 17,5%.

Por meio da **Figura 2. Análise de componentes principais (PCA) (a) porcentagem da variância por dimensão,** foi possível constatar a importância de cada variável neste conjunto de dados, pois explica 100% da variância na oitava dimensão. Ainda na, **Figura 2. Análise de componentes principais (PCA) (b) gráfico de *'loadings'*,** se observa a influência das variáveis sobre as amostras. Constata-se que as variáveis faixa etária, ocupação e sexo tem uma maior influencia das amostras em 38,2% de variância, por outro lado, a variável escolaridade não tem grande influência.

A **Figura 3. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) ocupação; (b) faixa etária e (c) sexo.** Analisando a figura, é possível observar a discriminação entre grupos, ou seja, com um comportamento distinto pelas amostras classificadas pela ocupação, ou pela faixa etária ou pelo sexo. **Na Figura 3. (a) ocupação e (b) faixa etária,** a CP1 (20.7%) é responsável pela distinção das variáveis, por sua vez essas são altamente correlacionadas. Por outro lado, **na figura 2. (c) sexo** a CP2 (17,5%) explica a distinção entre o sexo.

Contudo, conforme apresenta a **Figura 4. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) escolaridade; (b) cor; (c) tipo de óbito e (d) local da ocorrência**, as variáveis como: escolaridade, raça/cor, tipo de óbito e local da ocorrência não apresentaram distinção entre as amostras.

Dos óbitos registrados, 22,4% representam o sexo feminino e 77,5% são masculinos. Na faixa etária, a maior frequência de suicídio ocorreu nas faixas de 21-30 anos com 24,1%, seguidos de 31-40 anos, 18,9%, diminuído os níveis a partir dos 41-50 anos, 20,6%, 51-60 anos, 6,8% e apenas >61 anos apresentou 10,3%.

Já, a raça/cor mais representativa são os pardos com 65,5% e brancos com 27,5%. Não foi registrado nenhum óbito em pessoas com raça/cor amarela e indígena, e apenas 1,7% são da cor preta.

Em relação à variável escolaridade, as taxas variam sendo o ensino fundamental I de 1,7%, fundamental II 10,3%, médio representam 15,5%, superior completo são 24,1%, nível superior incompleto apenas 17,2% e 31,0% não especificados.

A situação conjugal é descrita em sua maioria pelos solteiros que chegam a 55,1%, aqueles que são casados ou com união consensual apontam 22,4%, os de união estável com 10,3% e os separados 5,1%.

A ocupação corresponde a 27,5% sendo de estudantes, motorista de carro de passeio 8,6% e representante comercial autônomo 6,8%. Já a grande maioria das categorias profissionais, a exemplo, comerciante varejista, advogado, servente de obras, agente de segurança, gerente administrativo e aposentado/pensionista, bem como os ignorados, totalizaram 3,4% cada. As demais ocupações não apresentaram significância.

No que se refere à orientação sexual identificou-se 77,5% não especificados e não se teve acesso ao E-SUS de 22,4% dos pesquisados por não estarem cadastrados na base de dados do município ou não terem ainda o registro no sistema.

Sobre a deficiência/transtorno consta que 15,5% possui algum transtorno mental, enquanto que em 5,1% apresentaram outros transtornos/deficiência e, 56,8% não especificados. Não se teve acesso ao E-SUS de 22,4% dos pesquisados por não estarem cadastrados na base de dados do município ou não terem ainda o registro no sistema.

As variáveis relacionadas à renda, benefícios, habitação, condições de moradia, saneamento de água/esgoto/lixo e acesso à energia elétrica 77,5% não possuem as referidas informações nos prontuários do sistema E-SUS, assim como, não se teve acesso ao prontuário do E-SUS de 22,4% por não existirem na base de dados do município ou ainda não terem o registro no sistema.

Quanto ao acesso aos dispositivos de saúde/assistência, 75,8% acessaram o Centro de Saúde da Comunidade (CSC) de referência, à medida que 44,8% também tiveram acesso à unidade de pronto atendimento (UPA) e 4,4% utilizaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo que, os demais serviços de saúde (Ambulatórios, CAPS AD, CAPS II e Hospitais) foram acessados por 33,3% dos pesquisados.

A fonte de informação mais utilizada para o registro do suicídio, foi o boletim de ocorrência com 93,1%, não especificado, apenas 6,8%. O local do óbito com mais

incidência compreende o domicílio com cerca de 77,5% dos casos, 10,3% não especificado e 6,8% representam os hospitais, 3,4% via pública e 17% outros estabelecimentos de saúde.

A causa básica de maior destaque de óbito é o CID X.70 (lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação) com 77,5%, seguido da causa X.69 (autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas) de 6,8%. A causa X.74 (lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada), contou com 5,1%. E o X.78 (lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante – local não especificado), resultando em 3,4%. A auto intoxicação são subclassificadas pelo tipo de substância, e somando estas causas chama a atenção a sua prevalência com 10,2%.

A educação é um indicador social com impacto expressivo na vida dos sujeitos, pois, ter acesso aos meios educacionais (escola, ensino) corrobora para o desenvolvimento social, político, cultural e econômico do indivíduo, concebe sujeitos críticos e sobretudo, resultando na diminuição das desigualdades sociais [12].

Conforme preconizado no art. 205 da Constituição Federal de 1988, "A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho"[13].

Em 2014 foi institucionalizado o Plano Nacional de Educação - PNE pela Lei n. 13.005, de 25.06.2014 tendo como objetivo a melhora da qualidade da educação no país através do estabelecimento de 20 metas a serem atingidas nos 10 anos de sua vigência (2014 a 2024). Tais metas englobam objetivos direcionados desde a educação infantil ao ensino superior, envolvendo ações de planejamento, capacitação/qualificação de profissionais, gestão e financiamento, com responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios[14].

A educação organiza-se em básica e superior compreendendo em educação infantil (0 a 5 anos) e fundamental (6 a 14 anos) sendo sua oferta de responsabilidade da gestão municipal e o ensino médio (15 a 17 anos) de responsabilidade dos estados[8]. O ensino superior é de responsabilidade do governo Federal no qual oferta cursos de

graduação em diferentes áreas do conhecimento para jovens e adultos que tenham concluído o ensino médio[15].

Segundo dados do IBGE as taxas de escolarização no Brasil nos anos alusivos da pesquisa corresponderam a 99,2%, 99,3% e 99,7% respectivamente, enquanto que a taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais de idade correspondeu a 6,9%, 6,8% e 6,6% respectivamente[16]. Conforme os dados apresentados, houve um tímido aumento entre os anos de 2107 e 2108 da taxa de escolarização em relação ao ano de 2019 que apresentou um crescimento de 0,4% comparado ao ano anterior. Da mesma forma ocorreu com a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais de idade, no qual demonstra uma queda em torno de 4% entre os anos referidos.

A Taxa Ajustada de Frequência Escolar Líquida – Tafel é um instrumento que permite medir a eficiência do sistema de ensino através da representação da frequência das pessoas aos níveis de ensino adequados correspondente a cada faixa etária. Em 2018 a Tafel para os anos finais do ensino fundamental (6º ao 9º ano) e para o ensino médio eram de 86,7% e 69,3%, respectivamente, demonstrando que ainda não tinham sido alcançados os valores esperados equivalentes às metas 2 e 3 do PNE para a Tafel até 2024, que deveria alcançar, 95% e 85% respectivamente[8].

A meta 2 do PNE refere a alcançar a universalização do ensino fundamental de nove anos para toda a população de 06 aos 14 anos e garantir a conclusão na idade recomendada de no mínimo 95% dos alunos enquanto que a meta 3 corresponde em universalizar até 2016 o atendimento escolar para toda a população de 15 a 17 anos e elevar até o final de vigência deste PNE a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85% (respectivamente)[17].

No município de Palmas/TO a taxa de escolarização na população com idades de 6 a 14 anos de idade corresponde a 98% do grupo etário. Quando comparado a outros municípios do estado, Palmas encontra-se na posição 40 de 139 municípios, segundo censo de 2010[18].

Em relação ao número de estabelecimentos escolares com oferta do ensino fundamental no país entre os anos 2016 a 2018 apresenta-se 134.523; 131.606 e 128.371 respectivamente, e estabelecimentos com oferta do ensino médio 28.354; 28.558 e 28.673 respectivamente[19].

Entre 2016 a 2018, o número de matrículas no município de Palmas, totalizaram no ensino fundamental 39.716; 39.754 e 40.573 respectivamente, e no ensino médio 13.567; 13.076 e 12.882 respectivamente, de matrículas em unidades escolares[18].

O saneamento básico consiste num fator que influencia diretamente nas condições da promoção de saúde e de vida da população e, "isto se dá, pois, ligados às práticas de saneamento estão questões de habitação, alimentação, saúde e condições de trabalho, isto é, elas tangem todas as esferas fundamentais da vida do ser humano"[20(8)]. Para, além disso, ter acesso a um esgotamento precário e inadequado provoca danos e a degradação de bacias hidrográficas, a biodiversidade dos rios, dos mananciais e do solo[20].

O acesso ao abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial e a coleta regular do lixo urbano colaboram principalmente na prevenção de várias doenças causadas por vírus ou bactérias como as infecções gastrointestinais, doenças dermatológicas, hepatites, cólera, entre outras.

Dados da PNAD contínua de 2017 mostram que 10% da população brasileira residiam em locais sem coleta de lixo, 15,1% sem o abastecimento de água e 35,9% sem o esgotamento sanitário adequado[21]. Em 2018, 35,7% da população tinha restrição ao acesso aos serviços de saneamento[8].

Em 2020, 15 milhões de brasileiros moradores de áreas urbanas não possuíam acesso em casa a água potável segura e livre de contaminação, enquanto que nas áreas rurais cerca de 25 milhões possuem acesso básico de fontes seguras, mas, longe de suas casas[22]. Ao se tratar da oferta de coleta e tratamento de esgoto à população do Brasil, mais de 100 milhões de pessoas ainda não têm acesso a uma rede segura e que desse total 2,3 milhões de pessoas defecam a céu aberto[22].

As regiões norte e nordeste do país são as que mais sofrem restrições dos serviços de saneamento e fornecimento de água por rede segura. Conforme o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), em 2019 a região norte apresentou 70,4% da população urbana com acesso à rede de água, 15,8% atendidas com rede de esgoto e 97,5% com coleta de resíduos sólidos[23]. De acordo com dados de 2010 entre 2000 a 2008 houve uma redução no número de municípios sem implantação de rede coletora de esgoto no estado do Tocantins, o que contribuiu para a eliminação de valas e esgoto a céu aberto no período[24].

Quanto ao município de Palmas (TO), estudos do instituto Trata Brasil revelam que cerca de 85% da população local recebe o serviço de coleta de esgoto e 66,9% desse volume de esgoto é tratado. De acordo com o mesmo estudo, a cidade ocupa o 28º lugar ficando atrás apenas de quatro capitais brasileiras no ranking das 100 maiores cidades com saneamento básico do país[25].

O indicador social - renda - segundo sua definição, é toda importância recebida por pessoa física ou jurídica, de forma periódica, oriunda da prestação de um serviço ou do trabalho executado por um determinado tempo e, no geral, sujeito a obrigações tributárias[26]. A distribuição da renda pode ocorrer por diferentes formas, como exemplo "a distribuição dos trabalhadores segundo a remuneração que recebem por seu trabalho, e a distribuição das famílias segundo a renda familiar total"[27] (26).

Importante ressaltar que aspectos geográficos, raça e cor influenciam diretamente nos rendimentos entre os grupos de pessoas e domicílios. A origem dos rendimentos da população de uma determinada localidade é um fator relevante na identificação das diferenças regionais apresentadas. No Brasil, 73,8% dos rendimentos provêm do trabalho, 19,4% de aposentadoria e pensão e 6,9% de outras fontes[21].

As regiões sul, sudeste e centro-oeste possuem rendimento médio aproximado entre si e superior às regiões norte e nordeste, sendo o fator que justifica as regiões com menor rendimento o elevado percentual de domicílios com rendimento per capita de até ½ salário-mínimo. Nas regiões norte e nordeste apenas 7,8% e 7,7% da população, respectivamente, tinham o rendimento domiciliar per capita superior a dois salários-mínimos, sendo que nas demais regiões esses percentuais eram de 20% ou mais, ficando acima da média nacional que era de 16,2%[21].

No Brasil, considerando as grandes regiões, regiões metropolitanas, estados e municípios, a renda média mensal da população corresponderam no período do quarto trimestre entre os anos 2017 a 2019 totalizaram: R$2.134,00; R$2.256,00 e R$2.340,00, respectivamente[16].

Em 2018 o salário médio dos palmenses correspondia a 3.9 salários-mínimos e a proporção de pessoas ocupadas era de 48,3%. Em relação aos demais municípios do estado, Palmas ocupava a posição 01 de 139 municípios e 01 de 139, respectivamente, enquanto que na comparação com as demais cidades do país a posição 36 de 5570 municípios e 64 de 5570, respectivamente[17].

Discussão

No Brasil a proporção de suicídios têm a maior taxa entre o sexo masculino, no entanto as tentativas variam com maior frequência no sexo feminino. Assim como as diferenças do sexo biológico, as nuances da temática de gênero são fruto da construção social de pautas levantantas pelos grupos sociais. De fato, o número maior de suicídios entre os homens está relacionado com o tipo de método empregado nas tentativas[28]. E os meios mais mortíferos geralmente são utilizados pelos homens por meio de enforcamento, autointoxicação, arma de fogo e objeto cortante ou penetrante, sendo o enforcamento o método mais frequente.

Em Palmas, o perfil epidemiológico da mortalidade é composto por homens, em sua maioria jovens, solteiros, estudantes ou graduados, em fase produtiva para o mercado de trabalho, cuja principal fonte de informação do suicído se deu através do boletim de ocorrência e local da ocorrência do óbito no domicílio. Isso explica que o perfil epidemiológico muda conforme as tendências na morbimortalidade da população, tendo em vista a redução da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e agravos acometidos pelas causas externas. Esse desafio de mortalidade por suicídio, deve ser enfrentado na saúde pública, de modo eficaz, por meio de ações e projetos voltados para a saúde mental dos grupos mais afetados.

Discutir a raça/cor é fundamental, visto que apresenta informações que validam a identidade cultural de determinada população. Identificou-se que a população é miscigenada e sua cor autodeclarada predominante foi a parda. Nesse sentido, a variável raça/cor é considerada ferramenta de orientação para reflexão das desigualdades em saúde, sendo utilizada como um eficiente marcador da desigualdade social[29].

Além disso, questões voltadas para a pobreza e subalternidade são indicadores que resultam em uma condição de vida, condição de classe social e de outras condições que reforçam a desigualdade de gênero, etnia, procedência, entre outras desigualdades. Configura-se, produto das relações da sociedade capitalista. Tais relações reproduzem a desigualdade no campo social, político, econômico e cultural[30].

Apesar dos dados terem revelado bons índices de instrução escolar, a questão do suicídio varia de acordo com diversos aspectos socioculturais. Em geral, a escolaridade

é um desafio para homens menos instruídos considerados vulneráveis pela ocorrência de óbito por causas externas. Os homens são mais suscetíveis às situações de acidentes e violências, devido comportamentos de afirmação da masculinidade e eventos de risco de morte precoce por agravos evitáveis[31].

A variável ocupação é importante para análise da condição socioeconômica da população, pois visa subsidiar informações de vigilância epidemiológica para a realização da notificação compulsória de situações como violência interpessoal/autoprovocada.

Identificou-se a ausência de informações dos indicadores sociais nos sistemas de informação de saúde. Aspectos relacionados às condições físicas da moradia, renda, benefícios, tipo de transtorno/deficiência, acesso aos meios de saneamento básico, bem como aos dispositivos de assistência e/ou saúde não foram encontrados nos prontuários, constando no E-sus apenas o registro dos atendimentos realizados aos usuários nas unidades que compõem a rede municipal de saúde. Importante ressaltar que tais fatores tornam-se importante para a análise sobre as condições de vida dos indivíduos e a provável relação com o perfil da mortalidade por suicídio em Palmas-TO.

No município de Palmas houve um aumento no acesso da população ao saneamento básico nos anos referentes da pesquisa, isso requer dizer, maior acesso na distribuição de água tratada, coleta de esgoto por rede coletora e da coleta do lixo doméstico; da mesma forma, houve também uma maior inclusão de alunos aos anos iniciais da educação básica. Em relação a renda percebe-se que os palmenses possuem salários de acordo com a média nacional e, lideram o ranking quando comparado aos demais municípios do Tocantins. Observa-se que os dados apresentados são positivos e indicam melhora e aumento da qualidade de vida da população local.

Uma das limitações identificadas para discussão dos resultados está relacionada com a pouca publicação de estudos sobre suicídio e a relação com os indicadores sociais, que consequentemente tem dificultado maior reflexão da temática. Essa situação pode estar relacionada com os casos de subnotificação; a pouca importância direcionada aos indicadores sociais nos bancos de dados; a dificuldade da coleta desses dados; não haver um acompanhamento de saúde longitudinal na atenção primária.

Não obstante, as questões subjetivas de estigma social, preconceito e de cunho jurídico reforçam a invisibilidade das violências autoprovocadas. Dessa forma,

propomos, com base em evidências e com intervenções de baixo custo, a realização de atividades de educação permanente envolvendo os profissionais da atenção primária. Afim do preenchimento qualitativo do E-sus, com intuito do aprimoramento do referido sistema e no desenvolvimento de estratégias que melhor atendam às demandas sociais dos indivíduos. Pretende-se mudanças significativas nos modelos de atenção e práticas dos processos de trabalho, bem como integrar grupos de risco e pessoas em situação de vulnerabilidade social.

As ações de saúde são necessárias para identificar doenças, agravos e determinantes que resultam de processos produtivos, econômicos e de trabalho. A partir de estudos que comprovam a eficácia dos indicadores sociais no auxílio de gestores e profissionais da área de saúde a desenvolverem ações, projetos, programas e políticas públicas, este estudo sugere a sua utilização nas ações de prevenção e promoção de saúde. Através da avaliação periódica dos indicadores sociais obtêm-se melhores resultados da situação epidemiológica dos territórios de saúde, como possibilita qualidade na gestão da informação dos sistemas de informação.

De fato, os indicadores sociais são ferramentas de monitoramento que contribuem na formulação de políticas públicas e possíveis mudanças da realidade social. Mesmo não sendo possível inferir a relação do perfil da mortalidade com os indicadores sociais, devido a incompletude das informações, nos bancos de dados, os indicadores sociais, assim como os de saúde, quando articulados são utilizados na vigilância da saúde na intenção de contribuir com o monitoramento dos problemas e avaliar os resultados para a intervenção em saúde[32]. Uma das competências adotadas pelo sistema único de saúde é o desenvolvimento de práticas de vigilância e monitoramento das doenças e agravos de saúde. Com suporte dos indicadores sociais, é possível descrever a realidade social e epidemiológica dos territórios de saúde, assim como, indicar possíveis ações que podem modificar a qualidade de vida da população e consequentemente a redução da mortalidade por suicidio.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília; 2015 [acesso 2020 jan 2]. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2014-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-das-causas-externas.pdf

2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica; Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Saúde Pública [internet]. 2006 [acesso 2020 jun 2]; 40, (3):553-6. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/28.pdf.

3. Ferreira NS, Pessoa VF, Barros RB, et. al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2014 [acesso 2020 ago 4]; 19 (1):115-126. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00115.pdf

4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxemburgo; 2014 [acesso em 2020 mai 03]. Disponível em: www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-global-imperative

5. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde [internet]. [Brasília]: OMS; [9 de setembro de 2019] [acesso em 2020 ago 16]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839

6. World Health Organization. Country reports and charts available [internet]. [Geneva]: WHO; 2014 [acesso em 2020 mai 21]. Disponível em: https://www.who. int/mental_ health/ prevention/sui cid e/country _rep orts/en/ index

7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir, 48(30), 2017. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2019. [acesso em 2020 jan 9]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf

9. Guzzo, RSL, Euzébios FA. Desigualdade social e sistema educacional brasileiro: a urgência da educação emancipadora. *Escritos educ.* [internet]. 2005 [acesso 2021 fev 03] vol.4, n.2, pp. 39-48. ISSN 1677-9843. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-98432005000200005&lng=pt&nrm=is

10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União nº 96 seção 1. 18 Mai 2001. [acesso em 2020 jan 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf

11. Ministério da Saúde (Brasil). Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. [acesso em 2020 jan 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf

12. Cury CRJ. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. Cadernos de Pesquisa [internet]. 2002 Jul. [acesso em 2020 fev 10] 116:245-262. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14405.pdf

13. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 2020 fev 06]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_205_.asp

14. Ministério da Educação (Brasil). Plano Nacional de Educação. PNE em movimento. 2014.[acesso em 2020 dez 05]. Disponível em: http://pne.mec.gov.br/

15. Cavalcante JF. Educação superior: conceitos, definições e classificações. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000. 54 p.[Internet]. [acesso em 2020 dez 05]. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/documents/186968/485287/Educa%C3%A7%C3%A3o+superior+conceitos%2C+defini%C3%A7%C3%B5es+e+classifica%C3%A7%C3%B5es/378ec098-0d71-4465-bd54-45abbd17c53f?version=1.3

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Painel de indicadores. [Internet]. 2020. [acesso em 2021 jan 06]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indicadores

17. Ministério da Educação (Brasil). PNE, Plano Nacional de Educação - Lei nº 13.005/2014. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: http://pne.mec.gov.br/18-planos-subnacionais-de-educacao/543-plano-nacional-de-educacao-lei-n-13-005-2014

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades. Palmas. [internet]. 2020. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Brasil.[internet]. 2020. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama

20. Ferreira MP, Garcia MSD. Saneamento básico: meio ambiente e dignidade humana. Dignidade Re-Vista, 2 (3): 1-12. 2017 julho. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: http://periodicos.puc-rio.br/index.php/dignidaderevista/article/view/393

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [internet]. Rio de Janeiro: IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2018. [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf

22. Organização das Nações Unidas (ONU). Banco Mundial e parceiros defendem acesso equitativo à água e ao saneamento na Covid-19. ONU News. 07 de agosto de 2020. [internet]. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2020/08/1722352

23. Ministério do Desenvolvimento Regional (Brasil). SNIS, Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. [internet]. 2019. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: http://snis.gov.br/painelinformacoes-saneamento-brasil/web/painel-setor-saneamento

24. Júnior JWPL. Esgotamento sanitário no estado do Tocantins: estatísticas e desafios. Controle Social e Desenvolvimento territorial [internet]. 2019 jan/jul [acesso em 2021 jan 5] 5 (5): 69-80. Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/csdt/issue/view/348/293

25. Instituto Trata Brasil Saneamento é Saúde. Palmas: a melhor capital do Norte em saneamento básico [Internet]. 19 de maio de 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em:http://www.tratabrasil.org.br/blog/2020/05/19/palmas-a-melhor-capital-do-norte-em-saneamento-basico/

26. Dicionário Online de Português. dicio. Renda [Internet]. 2020 [acesso em 2020 set 27]. Disponível em: https://www.dicio.com.br/renda/

27. Barros RP, Foguel MN, Ulyssea G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. Brasília: Ipea, [Internet]. 2006. 2: 1-446 [acesso em 2020 dez 16]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3249

28. Baére F, Zanello V. O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. Estudos de Psicologia [internet]. 2018 abr/jun [acesso 2019 nov 7]; 23 (esp2): 168-178. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n2/a08v23n2.pdf

29. Fiorio N M, Flor LS, Padilha M, et. al. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES). Bras Epidemiol [internet]. 2011[acesso 2019 nov 2], 14 (esp3):522-30. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/16.pdf

30. Revista Temporalis, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abeps). In: Yazbeck M C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. Brasília: Abeps: 2001. [acesso 2020 nov 11], 2 (esp 3):88. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-20180413124527670585O.pdf

31. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2005 [acesso 2021 jan 11], 10 (esp1): 59-70. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf

32. Santiago AC, Fracolli LA, Zoboli ELCP, et al. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. Escola de Enfermagem USP [internet]. 2008 [acesso 2019 out 8]; 42(esp4): 798-803. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a24.pdf

Anexo

Figura 1. Número absoluto de óbitos e coeficientes de óbitos por suicidio

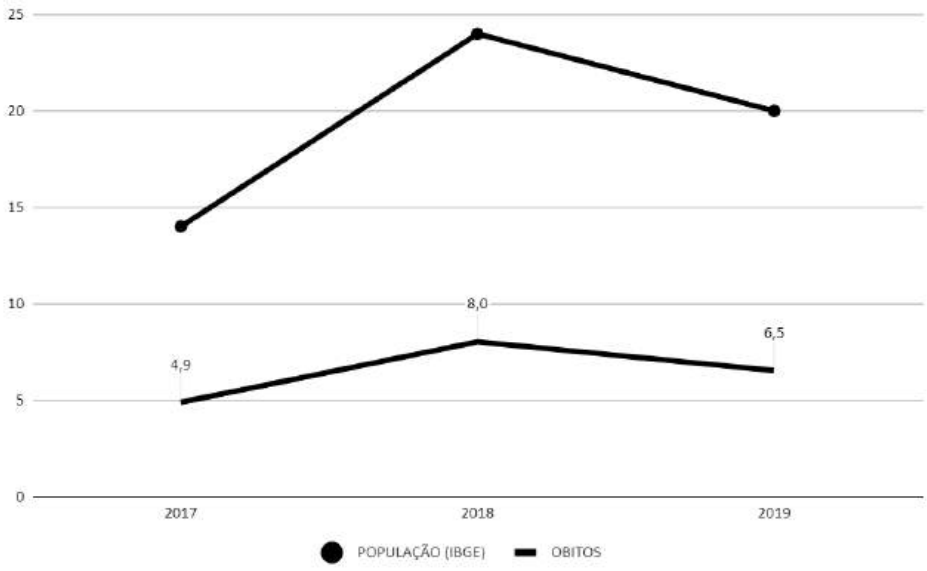


Figura 2. Análise de componentes principais (PCA): (a) porcentagem da variância por dimensão; (b) gráfico de *'loadings'*

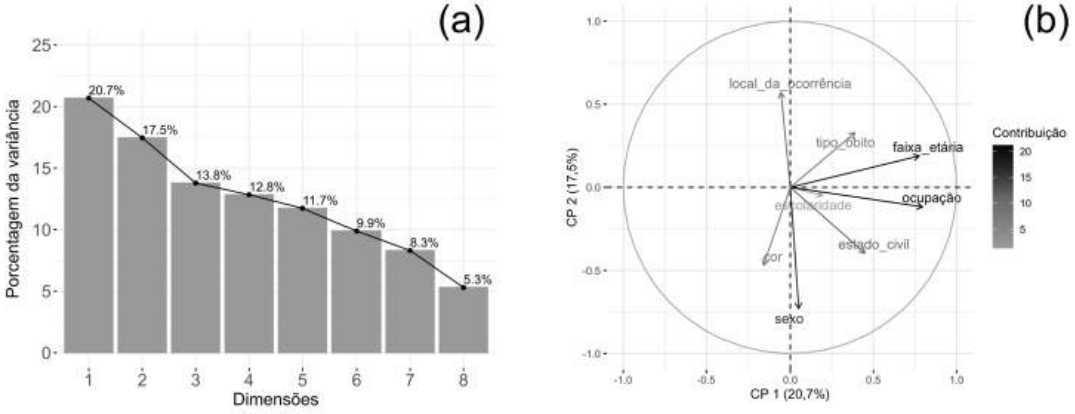


Figura 3. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) ocupação; (b) faixa etária e (c) sexo

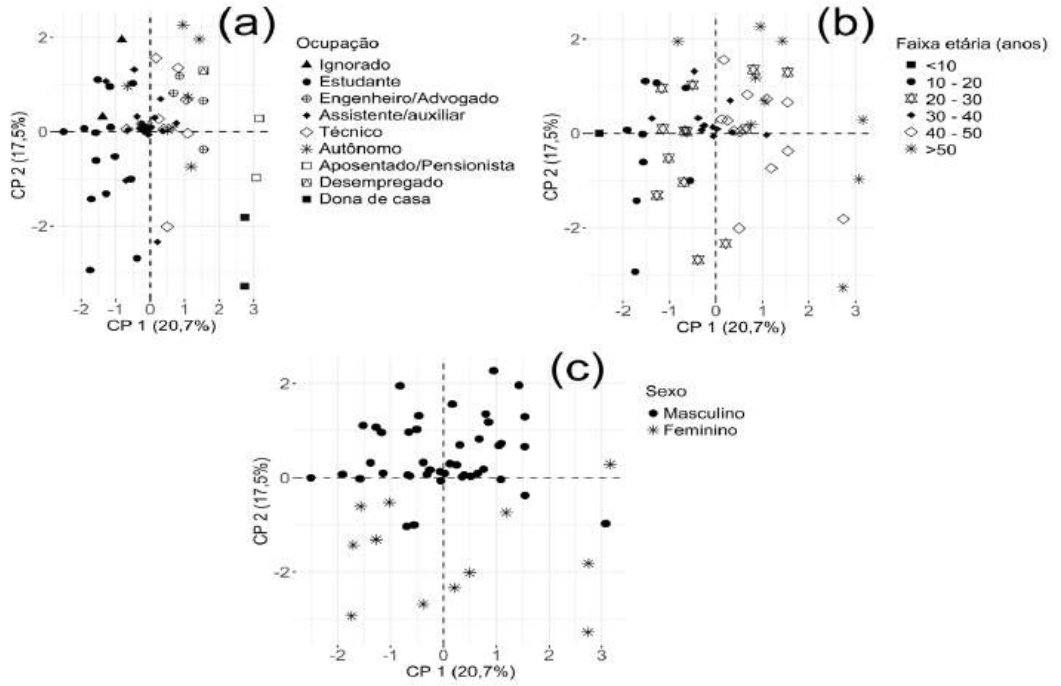
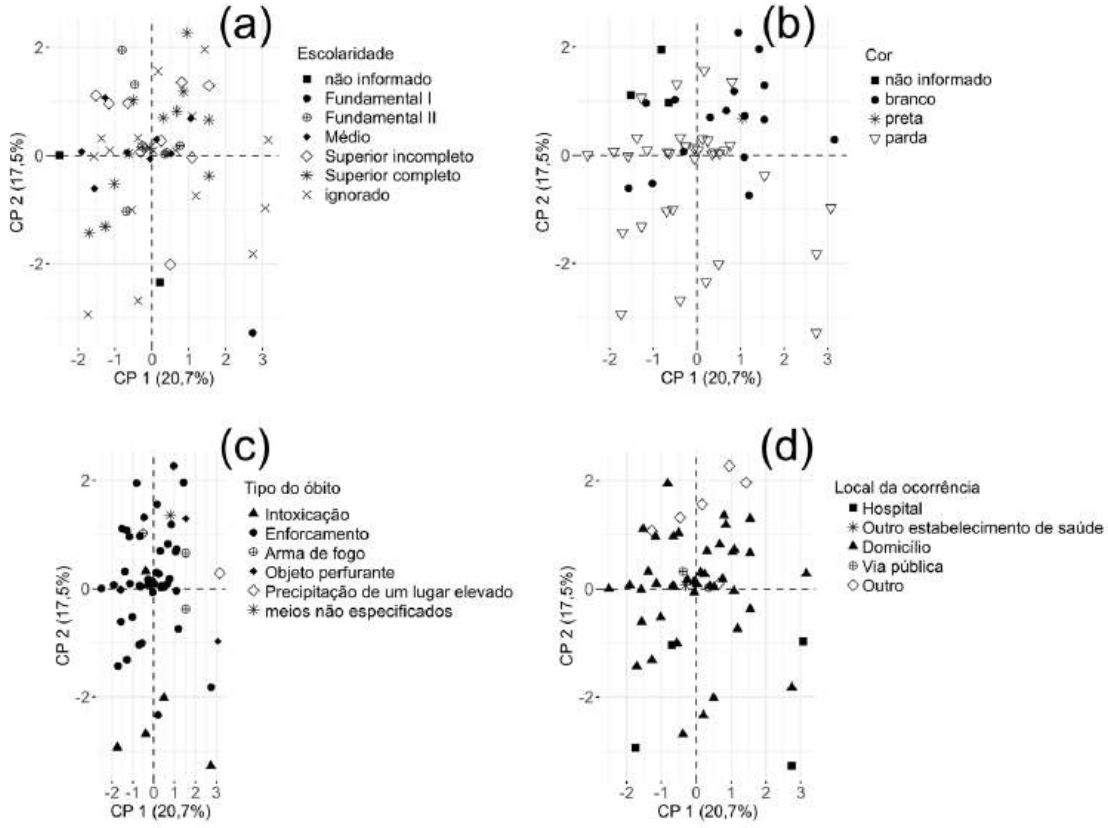


Figura 4. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) escolaridade; (b) cor; (c) tipo de óbito e (d) local da ocorrência



Organização da Atenção Primária à Saúde em Palmas-TO no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência

Organization of Primary Health Care in Palmas-TO in the face of the COVID-19: experience report

Rosane Pereira Medeiros[1], Marta Maria Malheiros[2]

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência vivenciada pela residente em saúde coletiva atuante na gestão da secretaria municipal de saúde de Palmas-TO e as principais medidas tomadas e ações desenvolvidas para mudança dos processos assistenciais e organizações da Atenção Primária à Saúde para enfrentamento da pandemia por COVID-19. A organização dos serviços foi centrada no desenvolvimento de ações de territorialização, elaboração de documentos oficiais, visitas às unidades de saúde para estruturação dos serviços, implantação de unidades sentinelas, descentralização de monitoramento de casos confirmados e contatos de COVID-19, oferta de teste rápidos capilares para detecção do Sars-CoV-2, estruturação de manutenção da oferta dos cuidados continuados nas unidades de saúde e paralelamente a todos esses a oferta de capacitação aos profissionais atuantes de acordo com a necessidade de cada momento da pandemia. Assim, a experiência evidencia a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, no notório modelo assistencial pautado na estratégia de gestão regionalizada e descentralizada, os distritos administrativos de saúde, bem como verifica-se o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias para o profissional especialista em saúde coletiva.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde. Gestão em saúde. Infecções por coronavírus.

ABSTRACT

The objective of this work is to describe the experience lived by the collective health resident working in the management of the municipal health department of Palmas-TO and the main measures taken and actions developed to change the care processes and organizations of Primary Health Care to face the pandemic by COVID-19. The organization of services was centered on the development of territorialization actions, preparation of official documents, visits to health units for structuring services, implantation of sentinel units, decentralization of monitoring of confirmed cases and contacts of COVID-19, rapid test offer capillaries for the detection of Sars-CoV-2, structuring the maintenance of the offer of continuous care in health units and, in parallel to all of these, the offer of training to professionals working according to the need of each moment of the

[1]Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), Palmas (TO), Brasil. rosane.medeiros8@gmail.com
[2]Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), Palmas (TO), Brasil. martammalheiros@yahoo.com.br

pandemic. Thus, the experience shows the importance of strengthening Primary Health Care, in the well-known care model based on the regionalized and decentralized management strategy, the administrative health districts, as well as the development of the competencies and skills necessary for the specialist professional. in collective health.

Key-words: Primary health care. Health management. Coronavirus infections.

1. INTRODUÇÃO

O ano de 2020 iniciou com a notícia de uma pandemia, iniciada em dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan. Sendo o agente etiológico o novo coronavírus (SARS-CoV-2) causador da COVID-19, um vírus de alta transmissibilidade que provoca uma síndrome respiratória aguda, podendo ser leve ou grave, que pode evoluir para óbito, a letalidade é dependente de fatores como: idade e condições clínicas associadas[1]. Este cenário trouxe diversos efeitos sociais, econômicos, organizacionais, em especial ao setor saúde em todo o mundo[1,2].

A atenção primária à saúde (APS) tem papel crucial na abordagem relevante de caráter comunitário no contexto de uma epidemia. Está estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), e com perspectiva comunitária e territorial, pode e deve atuar no enfrentamento de qualquer epidemia, com papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado da população adstrita[3].

Em Palmas, a Portaria n° 457/SEMUS/GAB/SUPAVS[4], de 11 de abril de 2019, define a APS como o primeiro nível de contato preferencial dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Único de Saúde, e reforça a implantação da Estratégia da Organização da APS de Palmas em Distritos Administrativos de Saúde (DAS), que tem o objetivo de apoiar e cooperar tecnicamente com as equipes de saúde, promovendo a integração entre as ações de vigilância e atenção à Saúde, reorganização e qualificação do processo de trabalho, buscando a melhoria do cuidado à saúde. Conforme o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, o município conta com 34 unidades de saúde da família (USF), e 85 ESF, organizadas em territórios de saúde, e em DAS. Tornando o setor de relevância no enfrentamento da COVID-19 em Palmas[5].

No município, dentre as estratégias utilizadas com o objetivo de transformar e potencializar toda a rede de serviços de saúde existente, mediante espaços de educação contextualizada e desenvolvimento profissional, tem-se o Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP)[6]. No qual é inserido como cenário de prática os DAS.

Dessa forma, esse trabalho tem como principal objetivo descrever a experiência vivenciada pela residente atuante nos DAS de Palmas, frente às principais medidas tomadas e ações desenvolvidas pela gestão da secretaria municipal de saúde para mudança dos processos assistenciais e organizações da APS para enfrentamento da pandemia por COVID-19 em Palmas-TO.

2. METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência vivenciado pela residente de Saúde Coletiva na equipe dos Distritos Administrativos de Saúde, setor vinculado à Diretoria de Atenção Primária.

Cenário do estudo

Rede de Atenção à Saúde e Vigilância do município de Palmas-TO.

Local e Período

Estudo desenvolvido por meio das experiências vivenciadas entre os meses de março a dezembro de 2020 na gestão da APS no município de Palmas-TO.

Sujeitos Envolvidos

O presente estudo teve como participantes da experiência as equipes de gestão da secretaria municipal de saúde e as USF.

3. ATUAÇÃO DA RESIDENTE NA EQUIPE DOS DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DE SAÚDE E AS PRINCIPAIS FRENTES PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID19: RELATO DA EXPERIÊNCIA, AÇÕES DESENVOLVIDAS E PRINCIPAIS RESULTADOS

3.1. Elaboração de Documentos Oficiais e Orientativos

Dentre as atribuições desenvolvidas é possível citar a produção das Notas Técnicas, Carteira de Serviços da APS, Memorandos, Plano de Contingência e de Descontingenciamento, Protocolos, de acordo com cada momento da pandemia.

3.2. Apoio técnico-gerencial para reestruturação da aps para o enfrentamento covid-19

Durante a pandemia, foram realizadas visitas periódicas em todas as USF, com o intuito de organizar os fluxos de atendimento. Portanto, houve uma organização na recepção dos pacientes nas USF, foram orientados a separar pacientes com sintomas respiratórios na porta de entrada do

serviço, um agente comunitário de saúde que fora capacitado pelo profissional enfermeiro aborda as pessoas que procuram o serviço para entender o motivo da visita e orientá-las. Essa estratégia, denominada pelo Ministério da Saúde como FAST TRACK, foi essencial para organizar a porta de entrada e direcionar o fluxo dos pacientes.

A pré-recepção busca identificar pessoas com suspeitas de infecção pela covid-19, para direcionar para o local específico de atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados, a sala de isolamento, onde são atendidos preferencialmente pelos profissionais (médico e enfermeiro). Este atendimento envolve uma avaliação criteriosa de risco do paciente, para classificar como um caso leve, ou um caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Em situações de casos leves, os pacientes recebem um tratamento sintomático e são orientados para retornar para casa com máscara, evitando transporte público e aglomerações, e de praticar o isolamento domiciliar juntamente com seus contatos intradomiciliares pelo período estipulado pelo MS, e recomenda-se o retorno em caso de sinais de agravamento. Os profissionais realizam a notificação, agendam o exame e registram o atendimento no prontuário eletrônico do paciente. Quando é identificado um caso grave ou com sinais de agravamento, o mesmo é encaminhado via samu para as unidades de pronto atendimento, porém todo suporte de cuidado é oferecido a esse paciente até que a equipe de transferência chegue a USF.

Toda a equipe da USF foi orientada sobre a organização do espaço destinado ao isolamento, devendo ser bem ventilado, com menor número de objetos possíveis dentro da sala e sua higienização realizada a cada novo atendimento, também foi explanado sobre os critérios de casos suspeitos, sempre quando houve atualizações das definições de casos suspeitos pelo ministério da saúde, bem como os fluxos de notificação, agendamento de exame e acompanhamento dos pacientes.

3.3. Implantação dos Centros de Apoio- Unidades Sentinelas

Definição e implantação das Unidades de Saúde como Unidades Sentinelas na rede de atendimento ao COVID-19, estruturação de serviços de referências nestes locais, organização do processo de trabalho e capacitação da equipe.

Embora cada USF de Palmas estivesse capacitada para atender pacientes suspeitos da infecção pelo SARS-CoV-2, foram implantadas dentro de 5 USF, uma ala destinada como centro de apoio a COVID-19. Com o objetivo de realizar a coleta de material para realização de exames diagnósticos de covid-19 de usuários notificados e encaminhados pelos USF de referência. Com o intuito de ampliar a testagem e identificação em tempo oportuno dos casos confirmados, evitando a disseminação do vírus.

Estes Centros de Apoio foram escolhidos previamente levando em consideração alguns atributos, dentre eles os principais foram o espaço físico e a territorialidade. Sendo estes referência para as demais USF, e a abrangência foi definida de acordo com a localização geográfica.

A estratégia de implantação se deu por meio de visitas nas USF para organizar os fluxos, definição de profissionais responsáveis, quantidade de vagas e fluxos para solicitação de materiais e envio das amostras aos laboratórios responsáveis. No mês de maio de 2020 iniciou-se a estruturação para realizarem as coletas tanto de swab quanto de sangue, para a realização de RT-PCR e Sorologia, neste mês foram iniciadas coletas em 03 USF, sendo elas 1304 Sul na região central, José Hermes na região sul e 406 Norte na região norte. Em julho foram ampliadas mais duas unidades sentinelas, uma na região sul, a USF Eugênio Pinheiro e uma na região norte, a USF 503 Norte, chegando a ofertar diariamente cerca de 500 coletas por dia, entre coletas de sangue e swab.

3.4. Organização do Monitoramento de Casos Confirmados e Contatos pela APS

Após a declaração do estado de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020[7], o município de Palmas buscou se estruturar para o enfrentamento da enfermidade, sendo a primeira médica a publicação do Decreto Municipal n° 1.856, de 14 de março de 2020[8], no qual instala o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE), coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde, para monitoramento da emergência em saúde pública declarada.

Dentre as principais atividades desenvolvidas pelo COE inicialmente é possível citar o monitoramento de casos suspeitos, confirmados e contatos. Por se tratar de um agravo de saúde novo e de notificação compulsória, pouco se sabia de sua evolução, e devido à inexistência de um protocolo palpável instituído pelo MS e a necessidade de organizar a estrutura física das unidades e prover os insumos necessários para a realização da implantação desse cuidado em saúde a diretora de vigilância centralizou esse acompanhamento pelos profissionais da gestão.

Porém, em virtude do aumento significativo de casos confirmados se tornou inviável a manutenção dessa atividade pela gestão da SEMUS, em julho aconteceu o planejamento para a descentralização do monitoramento dos pacientes confirmados de COVID-19 e seus contatos para as USF. Para isso houve diversas reuniões dialogadas entre Diretoria de Vigilância e Diretoria de Atenção Primária para estruturação dos serviços, com a participação ativa dos DAS, ficando sob responsabilidade dos residentes inseridos nestes a organização dos processos de trabalho nas USF, a capacitação dos responsáveis pelo monitoramento e a realização de visitas para acompanhamento dos trabalhos.

A primeira atividade desenvolvida pelos residentes foi identificar os profissionais das USF que pudessem apoiar esse trabalho, que foram os profissionais das equipes multiprofissionais e os

profissionais dentistas, demais profissionais afastados do trabalho presenciais por pertencerem ao grupo de risco, supervisionados pelas enfermeiras das ESF.

O segundo passo foi a organização de capacitação com os apoiadores de monitoramento, para explanar sobre a ferramenta utilizada, que se tratava de uma planilha compartilhada com cada USF e seus respectivos casos confirmados, sobre o registro correto do telemonitoramento no prontuário eletrônico do paciente (PEC) no e-SUS e sobre como se daria o monitoramento e sobre suas atribuições, além da inserção em um grupo de whatsapp com responsáveis pela APS e do COE para sanar eventuais dúvidas. A capacitação foi no formato live e se deu em dois momentos para que pudesse atingir o público-alvo em momentos diferentes, para não atrapalhar as outras atividades desenvolvidas na USF.

O terceiro momento foi a real descentralização que se deu em agosto de 2020, e a realização de visitas individuais para cada equipe de apoiador das USF visando acompanhar o processo, e minimizar dúvidas ainda existentes, as visitas se deu de forma continuada, sendo realizado o acompanhamento das planilhas e do processo de monitoramento realizado pelos profissionais da APS.

A descentralização aconteceu no mês de agosto, e depois de descentralizar, a gestão fez uma capacitação aos apoiadores dos centros de saúde após duas semanas da descentralização via live pela ferramenta aplicativo online meet, na semana seguinte a capacitação, as residentes que atuavam nos distritos foram em loco para sanar dúvidas existentes.

Ao longo do acompanhamento foi possível identificar ainda que os profissionais ainda possuíam dúvidas em relação aos registros na planilha, registros no PEC e sobre como identificar sinais de gravidade durante o monitoramento, portanto foi executada uma nova capacitação com a residente responsável pelo acompanhamento e com a assessoria técnica médica da SEMUS.

3.5. Organização para oferta de Testes Rápidos nas USF

Na intenção de ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção por SARS-CoV-2, de modo a deixar esse serviço mais próximos dos usuários, foram adquiridos teste rápidos para detecção de anticorpos SARS-CoV-2 por Palmas-TO, sendo estes disponibilizados em cada uma das 34 USF, para isso foi necessário estruturar um fluxo de comunicação APS-Gestão-Vigilância e realizar a capacitação dos profissionais para a execução da testagem.

Desse modo, foi organizada uma capacitação para os profissionais enfermeiros da APS sobre a execução, interpretação dos TR e sobre os fluxos assistenciais, a capacitação se deu em dois momentos, primeiramente no formato live de caráter teórico, e posteriormente foram realizadas visitas para a atividade prática de realização dos TR pelos profissionais.

3.6. Reorganização da APS para continuidade dos Serviços de Cuidado Continuado

Em paralelo às atividades destinadas a estruturação de cuidado a COVID-19, os demais cuidados em saúde permaneceram sendo prestados à população, ficando os distritos responsáveis por fomentar esse seguimento e estabelecer apoio para a continuidade dos serviços, além de acompanhamento dos indicadores de saúde da APS. Foi construída a carteira de serviços da APS e marcado encontro presencial com o gerente administrativo de cada USF para entrega do documento e explanação das atividades que devem permanecer em continuidade das condições crônicas de saúde. Assim como a realização de visitas periódicas às USF abordando sobre gestão da agenda profissional, indicadores de saúde, e cuidados continuados e demandas espontâneas na APS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reorganização dos serviços da APS foi crucial em todos os estágios da pandemia. A atuação da residente na articulação da ESF e a vigilância em saúde no controle da Covid-19 foi de extrema relevância, e superou o simples repasse de informações técnicas clínicas e contribuíram para a reflexão sobre o modelo de atenção com uso dos dados epidemiológicos e sociais produzidos no nível local. Conseguindo desenvolver as áreas do perfil competências da residência em saúde coletiva: vigilância, gestão, educação e desenvolvimento científico.

Dessa forma algumas reflexões são importantes. Primeiramente, a importância da APS fortalecida, priorizada pela gestão municipal e envolvida nos processos de cuidado aos usuários. Outrossim, a estratégia de atuação dos DAS mostra-se como um legado à saúde pública, sendo uma gestão de forma regionalizada e descentralizada que constitui um processo de aproximação com as USF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019: Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

2. Vasconcelos CSS, Feitosa IO, Medrado PLR, Brito APB. O novo coronavírus e os impactos psicológicos da quarentena. Revista Desafios. 2020; 7 (n. Supl. COVID-19).

3. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in brazilian municipalities. Am J Public Health. 2009; 99(1):87-93.

4. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Conjunta nº 457 de 11 de abril de 2019. Redefine a estrutura da RAVS/Palmas-Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas – TO. Diário Oficial do Município de Palmas, Edição nº 2222, de 15/04/2019, pág.08 a 11. [acesso em: 08/01/2021].
Disponível em: <http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2222-15-4-2019-20-59-52.pdf.>

5. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES. Competência Novembro/2020. 2020.

6. Silva FP, et al. Caderno do Programa Integrado de Residências em Saúde. 2ª edição. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Palmas, 2017.

7. Organização PanAmericana de Saúde (OPAS). Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil; 2020 [acesso em 23 jan 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.

8. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela COVID-19; 2020 [acesso em 03 fev 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/VdWLJg9T5xEEO3bwFfLJW3zzZY7tttEwKooK560Z.pdf.>

Revista escolhida: Saúde em Debate- ISSN 0103-1104

http://www.saudeemdebate.org.br/

ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA NO CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Revista Desafios

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

The performance of collective health residents at the health emergency operations center in the municipality of Palmas-TO: an experience report

El desempeño de los residentes en salud colectiva del centro de operaciones de emergencia sanitaria del municipio de Palmas-TO: un informe de experiencia

Andressa Alexa Macedo da Silva[*1], Sabrinne Ferreira da Silva[1], Marta Maria Malheiros Alves[2]

[1]Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - Secretaria Municipal de Saúde, CEULP-ULBRA, FESP, Palmas/TO, Brasil.

[2]Bióloga, Secretaria Municipal de Saúde, FESP, Palmas/TO, Brasil.

*Correspondência: e-mail andressalexa@gmail.com.

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em razão da pandemia da COVID-19. Em Palmas, Tocantins, o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-Palmas) foi instituído em março de 2020, sendo de caráter emergencial, técnico e consultivo, afim de viabilizar o enfrentamento da COVID-19. O presente trabalho visa relatar a experiência de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no COE-Palmas, no município de Palmas, Tocantins, do mês de março de 2020 até os dias atuais, no qual atuaram em diversas funções nos processos de gestão em saúde, em interface com a aprendizagem em serviço que é proposta pelo Plano Integrado de Residências em Saúde, para tanto, utilizou-se a metodologia descritiva. A experiência foi exitosa, uma vez que permitiu a vivência de uma situação emergencial inédita para os residentes em Saúde Coletiva, e simultaneamente, gerou ganhos para o serviço, promovendo a qualificação dos processos de trabalho e novas perspectivas de atuação e resolutividade para a gestão em saúde.

Palavras-chave: COVID-19; Residência Multiprofissional; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

In January 2020, the World Health Organization declared a Public Health Emergency of International Importance, due to the COVID-19 pandemic. In Palmas, Tocantins, the Center for Emergency Health Operations (COE-Palmas) was established in March 2020, being of an emergency, technical and consultative nature, in order to make it possible to face COVID-19. The present work aims to report the experience of residents of the Multiprofessional Residency Program in Collective Health at COE-Palmas, in the municipality of Palmas, Tocantins, from March 2020 to the present day, in which they worked in various functions in the management processes in health, in interface with in-service learning that is proposed by the Integrated Health Residency Plan, for this purpose, the descriptive methodology was used. The experience was successful, since it allowed the experience of an unprecedented emergency situation for residents in Public Health, and at the same time, generated gains for the service, promoting the qualification of work processes and new perspectives of performance and resolvability for health management.

Keywords: *COVID-19; Multiprofessional residence; Collective Health.*

RESUMEN

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, debido a la pandemia de COVID-19. En Palmas, Tocantins, en marzo de 2020 se estableció el Centro de Operaciones de Emergencias Sanitarias (COE-Palmas), con carácter de emergencia, técnico y consultivo, con el fin de posibilitar el enfrentamiento al COVID-19. El presente trabajo tiene como objetivo relatar la experiencia de los residentes del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Colectiva del COE-Palmas, en el municipio de Palmas, Tocantins, desde marzo de 2020 hasta la actualidad, en el que se desempeñaron en diversas funciones en los procesos de gestión. en salud, en interfaz con el aprendizaje en servicio que propone el Plan Integrado de Residencia en Salud, para ello se utilizó la metodología descriptiva. La experiencia fue exitosa, ya que permitió vivir una situación de emergencia sin precedentes para los residentes en Salud Pública, y al mismo tiempo, generó ganancias para el servicio, promoviendo la calificación de los procesos de trabajo y nuevas perspectivas de desempeño y capacidad de resolución para la gestión sanitaria.

***Descriptores**: COVID-19; Residencia Multiprofesional; Salud pública.*

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, mundialmente conhecida a partir de uma epidemia iniciada na cidade de Wuhan, província de Hubei, no sul da China em 2019. Com a rápida disseminação do vírus para diversos países do mundo, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O número de casos e países afetados seguiu aumentando. Em 11 de março de 2020, a OMS declarou que o mundo estava diante de uma pandemia de COVID-19.

O Brasil confirmou o primeiro caso de COVID-19 em 26 de fevereiro de 2020, paciente residente da cidade de São Paulo com histórico de viagem para a Itália. A Prefeitura Municipal de Palmas, por meio do Decreto Municipal nº 1.856, de 14 de março de 2020 (PALMAS, 2020a), instituiu o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-Palmas), coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), para monitoramento da emergência em saúde pública declarada. O Estado do Tocantins teve seu primeiro caso de COVID-19 confirmado no dia 18 de março de 2020, em uma paciente residente no município de Palmas.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva é resultado de uma parceria da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) e o Centro Universitário Luterano de Palmas - TO. O Programa possui uma equipe multiprofissional de residentes das áreas de Ciências Biológicas, Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Medicina Veterinária, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, que possuem como principal cenário de prática a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS), na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Diante do atual cenário, os residentes foram inseridos nos processos de trabalho do COE-Palmas.

O objetivo deste relato é descrever a atuação vivenciada na perspectiva de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no COE-Palmas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo caracterizado como um relato de experiência ocorrido no período de março de 2020 até os dias atuais, no COE-Palmas da SEMUS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município de Palmas, com ênfase para o papel da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no COE-Palmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os residentes integrados no COE-Palmas foram alocados inicialmente com base no Plano de Contingência do município (PALMAS, 2020b) e a organização do processo de trabalho foi definida em eixos: Sistemas de Informação em Saúde (construção de fichas de notificação, captação dos exames de toda rede pública e privada, integração de dados, atualização do Boletim Epidemiológico Diário); Informe dos casos confirmados (informar o resultado, coletar informações epidemiológicas, solicitar atestados e orientar os casos confirmados de COVID-19 sobre isolamento) e Monitoramento dos casos (monitoramento dos casos suspeitos, casos confirmados e contatos, vigilância dos viajantes e posteriormente a descentralização deste monitoramento para a Atenção Primária à Saúde).

Além desses três eixos principais no COE-Palmas, os residentes também atuaram na atualização dos dados do Censo Hospitalar da rede pública e privada (monitoramento dos leitos e dos pacientes internados diariamente) e na Vigilância e Atenção em Saúde (construção das notas técnicas, fluxos, protocolos e operacionalização destes documentos, por meio da prática diária e capacitação dos profissionais de saúde dos serviços públicos e privados).

Todos esses setores tiveram seu processo de trabalho alterado e direcionado conforme a necessidade do COE-Palmas. Os residentes estavam inseridos em todos estes processos simultaneamente.

A realização destes processos de trabalho se tornaram a base para as discussões dos gestores na tomada de decisões frente à pandemia da COVID-19 no município de Palmas.

CONCLUSÃO

Com essa experiência percebemos que a integração entre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o COE-Palmas gerou ganhos para ambos os envolvidos. Os residentes puderam vivenciar o processo de enfrentamento da COVID-19 no âmbito da gestão em saúde, sendo uma oportunidade de aprimorar conhecimentos, vivenciar na prática o processo de vigilância em saúde, oportunizar novas perspectivas futuras na sua formação enquanto ser profissional resolutivo aos desafios enfrentados, uma vez que a vivência do residente consiste na interação e não somente na observação do contexto.

Devido ao excesso de demandas e funções estabelecidas pelo COE-Palmas, os residentes foram essenciais para qualificação do processo de trabalho e, além das amplas experiências referentes aos cenários de prática já vivenciados, apresentaram novas perspectivas para o serviço. Muitos desafios foram encontrados durante esse período, se fazendo necessárias diversas reorganizações, mas acredita-se que essa experiência tenha sido exitosa, uma vez que agregou conhecimento à formação do profissional residente e, sobretudo, favoreceu o poder de resposta da gestão do SUS no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município.

AGRADECIMENTO

Ao Plano Integrado de Residências em Saúde por oportunizar a atuação nesse cenário de prática e à Superintendência de Vigilância em Saúde de Palmas, por acolher o residente, possibilitar a atuação no COE-Palmas, reconhecendo a importância deste profissional nos espaços de gestão em saúde para uma atuação profissional mais resolutiva e qualificada.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. **Decreto Nº 1.856, de 14 de março de 2020**. Declara situação de emergência em saúde pública no município de

Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19), conforme especifica. Palmas: Prefeitura Municipal de Palmas, 2020a. Disponível em: <http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2450-14-3-2020-20-42-10.pdf#page=1>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. **Plano de Contingência do município de Palmas para a Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-2019).** Palmas: Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/LDrizCbH7iGMAo7ZKu9IZKP2fuBHArhtEgbsmRM5.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

Nome da Revista Científica: **Revista Desafios**

Link para acesso às normas de publicação: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions

Template: https://docs.uft.edu.br/share/s/EQsnbw2gQoG_Zpso-QwO_Q

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM ALTERAÇÃO NO CITOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM PALMAS – TO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WITH CYTOPATHOLOGICAL CHANGE IN THE UTERINE CERVIX BY HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN PALMAS - TO

Samara de Oliveira Barbosa

Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

RESUMO

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico das mulheres residentes em Palmas-TO com exame de citologia oncótica alterado pelo papilomavírus humano no ano de 2019 e as intervenções realizadas pela Atenção Primária após esse exame. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. O objeto do estudo consistiu no banco de dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e do SUS Eletrônico (E-SUS). Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2020 por meio dos registros dos exames citopatológicos que tiveram alterações pelo HPV no ano de 2019 em todas as faixas etárias e das informações das mulheres contidas no E-SUS. Os dados secundários coletados foram armazenados no Microsoft Excel em planilhas separados por variáveis e posteriormente, por estatística simples, foram geradas tabelas e gráfico para análise descritiva. **Resultados:** 105 mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado pelo HPV, sendo a maioria delas com idade entre 20 a 29 anos, cor branca, residentes na região sul de Palmas, com ensino médio, que não trabalham, não possuem plano de saúde, não fumam, não fazem uso de álcool, não utilizam anticoncepcional oral e já realizaram o exame preventivo antes. 16 mulheres apresentaram colo alterado e 13 estavam em seguimento. Em relação à conduta da Atenção Primária, 68 mulheres tiveram seu exame avaliado e a maioria recebeu orientação para repetir o exame preventivo. Destaca-se que muitas mulheres não estão sendo monitoradas de forma adequada, algumas não retornaram ao serviço de saúde e outras quando retornaram não tiveram seu exame avaliado e nem receberam intervenção. **Conclusões:** É necessário que a mulher com alteração no exame preventivo seja monitorada e acompanhada para que

reduza a chance da lesão se tornar câncer. Para isso, os sistemas de informação precisam ser fortalecidos e usados de forma articulada.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Papillomaviridae; Teste de Papanicolaou.

ABSTRACT

Objectives: To describe the epidemiological profile of women residing in Palmas-TO with an oncotic cytology exam altered by the human papillomavirus in 2019 and the interventions performed by Primary Care after this exam. **Methods:** Descriptive and retrospective epidemiological study with a quantitative approach. The object of the study consisted of the database of the Cancer Information System (SISCAN) and the Electronic SUS (E-SUS). Data were collected from August to December 2020 through the records of cytopathological tests that had changes by HPV in 2019 in all age groups and information from women contained in the E-SUS. The secondary data collected were stored in Microsoft Excel in spreadsheets separated by variables and later, by simple statistics, tables and graphs were generated for descriptive analysis. **Results:** 105 women were identified with cytopathological examination altered by HPV, most of them aged between 20 and 29 years old, white, living in the southern region of Palmas, with high school, who do not work, do not have health insurance, they smoke, do not use alcohol, do not use oral contraceptives and have had preventive exams before. 16 women had an altered cervix and 13 were being followed up. Regarding the conduct of Primary Care, 68 women had their exam evaluated and most were instructed to repeat the preventive exam. It is noteworthy that many women are not being adequately monitored, some did not return to the health service and others when they returned did not have their exam evaluated and did not receive any intervention. **Conclusions:** It is necessary that the woman with a change in the preventive exam be monitored and followed up to reduce the chance of the lesion becoming cancer. For this, information systems need to be strengthened and used in an articulated way.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms; Papillomaviridae; Papanicolaou Test.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) ou câncer cervical é causado por uma multiplicação desordenada do epitélio que reveste o órgão e compromete o tecido subjacente devido a uma infecção persistente pelos tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV)[1,2].

O CCU é o quarto câncer mais frequente nas mulheres em todo o mundo. Em 2018 foram estimados 570.000 novos casos, correspondendo a 7,5% da mortalidade por câncer nas mulheres. Cerca de 311.000 mulheres morrem por CCU a cada ano, sendo 85% desses óbitos em regiões menos desenvolvidas[3].

Segundo o DATASUS, no Brasil em 2019, o CCU ocupou a terceira posição de mortalidade por câncer nas mulheres com 6619 óbitos, atrás do câncer de mama e câncer de brônquios e pulmões[4]. No Tocantins, no mesmo ano, foi o segundo tipo de câncer que mais causou óbito nas mulheres, com 63 casos, atrás somente do câncer de mama. Em relação a Palmas, esta seguiu a mesma tendência nacional, sendo o CCU o terceiro tipo de câncer com maior mortalidade na capital com 10 óbitos em 2019[5].

Em termos de incidência, o câncer do colo do útero, sem considerar o de pele não melanoma, é o segundo câncer que mais atinge as mulheres no Brasil, no Tocantins e na capital Palmas, atrás do câncer de mama. Em 2019 houve 21.428 (16.501 neoplasias malignas e 4.927 carcinomas in situ) casos de câncer do colo do útero no Brasil, sendo 113 (109 neoplasias malignas e 4 carcinomas in situ) no Tocantins e 30 neoplasias malignas em Palmas[6].

O HPV é a sigla em inglês para Papilomavírus Humano. Há mais de 150 tipos diferentes desse vírus, sendo que 40 podem infectar o trato genital e pelo menos 12 são oncogênicos. Os vírus podem infectar a pele ou mucosas. É considerado o principal vírus relacionado à infecção sexualmente transmissível em todo o mundo[7].

Quase todos os casos de CCU são atribuíveis à infecção pelo HPV. Esses vírus são transmitidos principalmente por contato sexual e a maioria das pessoas é infectada logo após o início de sua vida sexual, além disso, grande parte dos ativos sexualmente terão a infecção pelo HPV em algum momento da vida[3]. Um ponto relevante é que o uso do preservativo nas relações sexuais tem proteção parcial contra o HPV já que o

contágio pelo vírus pode ser pelo contato com a vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal[1].

Geralmente as infecções por HPV desaparecem sem qualquer intervenção. Só algumas infecções, as com poder oncogênico, podem persistir e se tornar câncer. Consoante à isso, dois tipos de HPV (16 e 18) são a causa de 70% do CCU e das lesões pré-cancerosas do colo do útero. Câncer de ânus, vulva, vagina e pênis também são relacionados com o HPV. Outras infecções, principalmente pelos vírus dos tipos 6 e 11, podem causar verrugas genitais e são muito frequentes[3].

A infecção pelo HPV, na maioria das vezes, é assintomática e apresenta lesões no colo visíveis somente após aplicação de reagentes e pela colposcopia. As lesões precursoras do CCU também não causam sintomas e podem ser identificadas no exame citopatológico, sendo realizada a colposcopia e o histopatológico para confirmação[1]. Já o câncer do colo do útero tem como principais sintomas o sangramento vaginal após relação sexual, menopausa ou espontâneo, leucorreia e dor pélvica, podendo apresentar também alterações urinárias ou intestinais em estágios mais avançados[3,1].

O DATASUS mostra que, em 2019, 49.094 exames de citologia oncótica no Brasil apresentaram lesão de baixo grau (HPV e NIC I) no resultado. No Tocantins foram 281 exames e em Palmas 110[8].

Uma forma de prevenção primária do HPV é a vacinação que funciona melhor se administrada antes da exposição ao vírus. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a vacinação de meninas entre 9 e 14 anos de idade, quando a maioria ainda não iniciou sua atividade sexual. Além disso, educação sobre práticas sexuais seguras, uso de preservativo e realização do exame preventivo devem ser incentivados[3].

O Ministério da Saúde, em 2014, introduziu a vacina HPV quadrivalente no Sistema Único de Saúde (SUS) através do Programa Nacional de Imunização, sendo a população alvo as meninas de 9 a 13 anos com intuito de reduzir o índice de câncer do colo do útero. A partir de 2017 a vacina foi ampliada para as meninas de 9 a 14 anos e para os meninos de 11 a 14 anos de idade, bem como transplantados de 9 a 26 anos, imunodeprimidos e pessoas vivendo com HIV[9].

Essa vacina quadrivalente protege contra os tipos de HPV 6 e 11 que são não oncogênicos e os tipos 16 e 18 oncogênicos. No entanto, mesmo com a vacina é necessário que se realize o exame preventivo (Papanicolau) devido a mesma não proteger contra os demais tipos de vírus oncogênicos relacionados aos outros 30% de casos de câncer do colo do útero[1].

A OMS[3] recomenda estratégias multidisciplinares amplas que previnam e controlem o CCU. Dessa forma, a detecção de lesões precursoras e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero possibilita maior chance de cura. Essa detecção ocorre por meio da realização do exame preventivo que é simples, rápido e pode causar no máximo um pequeno desconforto[2]. A faixa etária preconizada para o rastreamento é entre 25 a 64 anos se a mulher teve ou tem atividade sexual e a recomendação é a realização de dois exames consecutivos com intervalo anual e se normal, repetição com três anos[10,2].

Para Machado e Pires[11] as mulheres ficam mais expostas ao HPV e outras infecções quando não possuem conhecimento adequado sobre o vírus e não usam o preservativo regularmente, embora não previna totalmente. Os autores acreditam que fortalecer ações de educação em saúde com propagação de informações qualificadas sobre o HPV e fatores de risco relacionados ao comportamento sexual seria positivo para a adoção de sexualidade segura e o controle da transmissão do HPV.

As linhas de cuidado da oncologia organizam ações e serviços de saúde baseados na epidemiologia e regionalização com o objetivo de assegurar atendimento integral e humanizado e atingir bons resultados clínicos[1]. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental para captar as mulheres de sua área através de busca ativa, expandindo o rastreamento e monitoramento e com isso favorecendo a redução dos casos de câncer do colo do útero[10].

Justifica-se a realização desse estudo a falta de pesquisas locais sobre o tema e a grande relevância do HPV como precursor do câncer do colo do útero. Dessa forma, considerando que Palmas tem o câncer de colo de útero como o segundo maior em incidência na população feminina, conhecer o perfil epidemiológico das mulheres com alteração na citopatologia oncótica do colo do útero, também chamada de exame preventivo ou Papanicolau, pelo HPV pode permitir estratégias mais efetivas para a

realidade local na prevenção e controle do câncer do colo do útero. Além disso, monitorar as mulheres com HPV pode ser uma forma de detectar uma lesão precursora, permitindo que a conduta sobre a lesão seja realizada em tempo oportuno e possibilitando que a paciente não desenvolva o câncer.

Assim, definiu-se como objetivo do estudo descrever o perfil epidemiológico das mulheres residentes em Palmas-TO com exame de citologia oncótica alterado pelo papilomavírus humano no ano de 2019 e as intervenções realizadas pela Atenção Primária após esse exame.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa com 105 mulheres que tiveram exame citopatológico do colo do útero alterado pelo HPV em 2019. O objeto do estudo consistiu no banco de dados dos sistemas online SISCAN e E-SUS.

O SISCAN foi instituído pela Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013 no âmbito do SUS[12]. Consiste em uma versão em plataforma web que integra o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Além disso, é integrado ao Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CADSUS) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Dessa forma, permite que as unidades de saúde solicitem os exames de colo do útero e mama, visualize os laudos e faça o acompanhamento/seguimento das mulheres com resultado alterado[13].

O E-SUS é uma estratégia do Ministério da Saúde que permite o registro da situação de saúde do indivíduo através do cadastro no Cartão Nacional de Saúde (CNS). O principal objetivo é facilitar a organização do processo de trabalho dos profissionais da saúde ampliando a qualidade do atendimento à população[14].

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2020. No SISCAN, os dados constituíram dos registros de requisição e dos laudos dos citopatológicos realizados em Palmas-TO e que tiveram alterações pelo papilomavírus humano no ano de 2019 em todas as faixas etárias. Usou-se a opção “gerenciamento do seguimento” do sistema como mecanismo de busca das informações, pois permite

que seja gerada uma lista com todas as mulheres que possuem alterações no exame citopatológico do colo do útero. Para essa busca, foi utilizado o filtro “diagnóstico Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado: possivelmente não neoplásica(ASC-US) e/ou Lesão Intraepitelial de baixo grau”. Logo após gerada a lista com esse filtro, os seguimentos dessas mulheres foram abertos um a um para identificação das que tinham alteração pelo HPV e posteriormente foi analisada a ficha online de requisição do exame na opção “Exame e gerenciar exame” do sistema.

No E-SUS, por meio da ficha de cadastro individual, foram coletadas as informações sociodemográficas das mulheres e, no histórico de consultas, as intervenções que estas receberam da rede SUS. Algumas mulheres tinham o histórico de atendimento registrado no E-SUS, porém não constava o cadastro individual com as informações sociais, o que trouxe um viés de análise sobre os atendimentos realizados nos centros de saúde, significativo para o estudo e para a gestão do serviço.

Os critérios de inclusão do estudo foram exames realizados em Palmas-TO e laudados em 2019, exames alterados pelo papilomavírus humano, mulheres residentes em Palmas-TO e cujos exames estiverem na base de dados do SISCAN. Os critérios de exclusão foram exames coletados fora da rede SUS de Palmas e do ano de base do estudo, exames sem alterações por HPV e mulheres que não tiveram cadastro no ESUS.

Os dados coletados através dos sistemas de informação foram armazenados no Microsoft Excel 2013 em planilhas separados por variáveis e posteriormente, por estatística simples, foram geradas tabelas e gráfico para análise descritiva. Em seguida foi realizada a conclusão da análise e dos resultados obtidos.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FESP com parecer nº 4.172.521/2020 e CAAE nº 32025720.8.0000.9187/2020, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos[15].

Por se tratar de pesquisa de dados secundários, não foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mas da liberação da instituição para coleta dos dados através do Termo de Compromisso para Utilização de Banco de Dados

(TCUBD).

RESULTADOS

A partir do filtro no SISCAN no campo gerenciamento do seguimento e selecionado o diagnóstico “Células atípicas escamosas de significado indeterminado: possivelmente não neoplásica (ASC-US) e/ou lesão intraepitelial de baixo grau” foram identificadas 374 mulheres com essas alterações mencionadas. Logo após, os seguimentos dessas mulheres foram abertos um por um para identificação dos dados de interesse deste estudo. Assim, foram identificadas 105 mulheres com conclusão do exame atipias em células escamosas: lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo o efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I).

Com base nesse filtro pode-se apresentar aqui o perfil sociodemográfico das 105 mulheres alvo do estudo. A maior prevalência foi de mulheres com idade entre 20 a 29 anos (51,43%), que se consideram de cor branca (45,71%), residem na região sul de Palmas (47,62%) e possuem o ensino médio (32,38%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das mulheres com HPV (N = 105)

Variável	N	%
Faixa etária		
20 a 29 anos	54	51,43%
30 a 39 anos	24	22,86%
40 a 49 anos	23	21,90%
50 a 59 anos	3	2,86%
60 a 69 anos	1	0,95%
Raça/cor		
Amarela	22	20,95%
Branca	48	45,71%
Parda	35	33,33%
Localidade da residência		
Buritirana	1	0,95%
Região Central	20	19,05%
Região Norte	34	32,38%
Região Sul	50	47,62%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	11	10,48%
Ensino fundamental completo	6	5,71%
Ensino fundamental EJA	2	1,90%

Ensino médio	34	32,38%
Ensino médio EJA	2	1,90%
Ensino médio especial	8	7,62%
Superior	12	11,43%
Sem informação registrada	30	28,57%

Fonte: ESUS e SISCAN

Na coleta de informações da ficha de cadastro individual no E-SUS não foi localizada a ficha de 19 mulheres, entretanto, por possuírem registro de atendimento no E-SUS foram consideradas na amostra deste estudo. Dessa forma, a Tabela 2 possui em cada variável o termo “Não localizado o cadastro individual no ESUS” que se refere à essas 19 mulheres.

Ainda na Tabela 2, observou-se que a maior parte das mulheres não trabalham (19,05%), não possuem plano de saúde (67,62%), referem estar com peso adequado (64,76%), não fumam (67,62%) e não fazem uso de álcool (68,57%). Das informações registradas, nenhuma faz uso de outras drogas e nem tem ou teve câncer. Não foi inserido na tabela, mas nenhuma das mulheres do estudo que tiveram localizadas a ficha de cadastro individual estão em situação de rua.

Tabela 2 – Características sociais e de saúde das mulheres com HPV (N = 105)

Variável	N	%
Situação no mercado de trabalho		
Assalariada com carteira de trabalho	17	16,19%
Assalariada sem carteira de trabalho	3	2,86%
Autônoma sem previdência social	3	2,86%
Servidora público / Militar	3	2,86%
Empregadora	1	0,95%
Pensionista	1	0,95%
Desempregada	9	8,57%
Não trabalha	20	19,05%
Outro	7	6,67%
Sem informação registrada	22	20,95%
Não localizado o cadastro individual no ESUS	19	18,10%
Plano de Saúde		
Não	71	67,62%
Sim	2	1,90%
Sem informação registrada	13	12,38%
Não localizado o cadastro individual no ESUS	19	18,10%

Situação do peso		
Abaixo do peso	2	1,90%
Acima do peso	2	1,90%
Peso adequado	68	64,76%
Sem informação registrada	14	13,33%
Não localizado o cadastro individual no ESUS	19	18,10%
Fuma		
Não	71	67,62%
Sim	7	6,67%
Sem informação registrada	8	7,62%
Não localizado o cadastro individual no ESUS	19	18,10%
Faz uso de álcool		
Não	72	68,57%
Sim	7	6,67%
Sem informação registrada	7	6,67%
Não localizado o cadastro individual no ESUS	19	18,10%
Faz uso de outras drogas		
Não	78	74,29%
Sem informação registrada	8	7,62%
Não localizado o cadastro individual no ESUS	19	18,10%
Tem ou teve câncer		
Não	77	73,33%
Sem informação registrada	9	8,57%
Não localizado o cadastro individual no ESUS	19	18,10%

Fonte: ESUS

A Tabela 3 mostra que a maioria das mulheres fizeram o exame preventivo como rastreamento (96,19%), já realizaram o exame antes (79,05%), não usam DIU (97,14%) e nem anticoncepcional oral (68,57%). 23 (21,90%) mulheres não sabiam ou não lembravam da data da última menstruação e 5 (4,76%) mulheres relataram que tiveram sangramento após relação sexual. Nenhuma delas estava grávida, usava hormônio/remédio para menopausa, realizou radioterapia e nem teve sangramento após menopausa. Na inspeção do colo, 16 (15,24%) apresentaram colo alterado e 3 (2,86%) apresentaram sinais de infecção sexualmente transmissível.

Tabela 3 – Informações das fichas de requisição do exame preventivo (N = 105)

Variável	N	%
Motivo do exame		
Rastreamento	101	96,19%
Repetição (Exame Alterado ASCUS/Baixo Grau)	1	0,95%

Seguimento	3	2,86%
Realizou PCCU* antes		
Sim	83	79,05%
Não	17	16,19%
Não sabe	4	3,81%
Sem informação registrada	1	0,95%
Usa DIU		
Não	102	97,14%
Sim	3	2,86%
Grávida		
Não	105	100%
Usa anticoncepcional oral		
Não	72	68,57%
Sim	33	31,43%
Usa hormônio/remédio para menopausa		
Não	105	100%
Já realizou radioterapia		
Não	105	100%
Data da última menstruação		
Informou no dia da coleta	82	78,10%
Não sabe / Não lembra	23	21,90%
Sangramento após relação sexual	**105**	
Não / Não sabe / Não lembra	100	95,24%
Sim	5	4,76%
Sangramento após menopausa	**105**	
Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	105	100%
Inspeção do colo	**105**	
Alterado	16	15,24%
Normal	89	84,76%
Sinais de infecção sexualmente transmissível	**105**	
Não	96	91,43%
Sim	3	2,86%
Sem informação registrada	6	5,71%

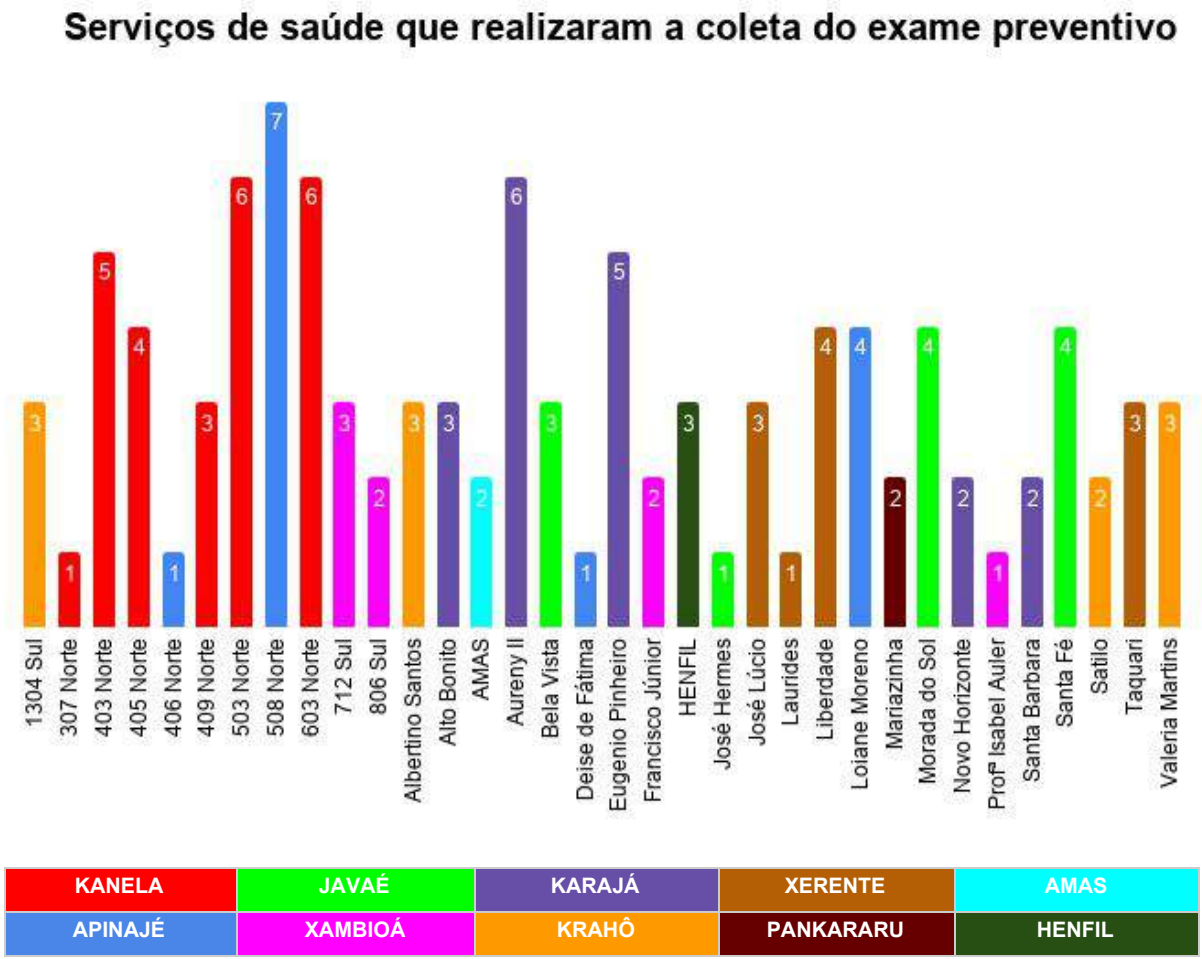
*PCCU - Prevenção de Câncer de Colo Uterino

Fonte: SISCAN

O município de Palmas possui 34 Centros de Saúde da Comunidade (CSC) divididos em 8 Territórios de Saúde, sendo eles o Kanela, Apinajé, Javaé, Xambioá, Karajá, Krahô, Xerente e Pankararu. O Território Kanela foi o que mais coletou exames alterados pelo HPV em relação aos demais. Do total de CSC, 32, além do AMAS (Ambulatório de Atenção à Saúde Dr Eduardo Medrado) e Núcleo de Assistência

HENFIL, coletaram exames preventivos que tiveram alteração pelo HPV em 2019, o que nos mostra que os casos estão distribuídos em todo o município, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Serviços de Saúde que realizaram a coleta do exame preventivo



Fonte: SISCAN

Em relação aos laudos dos exames preventivos, a maioria teve os três epitélios representados na amostra (89,52%), inflamação (85,71%) e Lactobacillus sp (65,71%). 13 (12,38%) mulheres estavam em seguimento, ou seja, já tinham tido diagnóstico de HPV antes (Tabela 4).

Tabela 4 – Informações dos laudos dos exames preventivos (N = 105)

Variável	N	%
Epitélios representados na amostra		
Escamoso, Glandular, Metaplásico.	94	89,52%
Escamoso, Glandular.	4	3,81%
Escamoso, Metaplásico.	3	2,86%
Escamoso	4	3,81%
Alterações celulares benignas reativas ou reparativas		
Inflamação	90	85,71%
Inflamação, Metaplasia escamosa imatura, Outros: ENDOCERVICAIS REATIVAS	1	0,95%
Inflamação, Metaplasia escamosa imatura	1	0,95%
Atrofia com inflamação	1	0,95%
Sem informação registrada	12	11,43%
Microbiologia		
Lactobacillus sp	69	65,71%
Lactobacillus sp, Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus)	1	0,95%
Lactobacillus sp, Candida sp	3	2,86%
Lactobacillus sp, Cocos	1	0,95%
Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus)	20	19,05%
Candida sp, Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus)	1	0,95%
Cocos, Candida sp, Outros Bacilos	1	0,95%
Cocos, Outros Bacilos	7	6,67%
Cocos	1	0,95%
Sem informação registrada	1	0,95%
Primeiro exame com diagnóstico de HPV		
Sim	92	87,62%
Não, é seguimento	13	12,38%

Fonte: SISCAN

Importante destacar que algumas informações, conforme demonstradas nas tabelas com o termo “Sem informação registrada”, não foram coletadas por não terem registro nos sistemas de informação utilizados como banco de dados deste estudo, o campo estava vazio. Dessa forma, não entraram para análise dos dados, o que pode ter alterado o resultado das variáveis.

Observou-se que muitas mulheres com alteração no exame de citopatologia oncótica não são acompanhadas de forma satisfatória pela rede de saúde e que a lesão pelo HPV, muitas vezes, passa despercebida pelos profissionais, não se observando um monitoramento desse vírus e nem orientações para o paciente a respeito. Os dados da Tabela 5 mostram que 17,14% não retornaram ao serviço de saúde e 18,10% retornaram mas para outras demandas de saúde e não tiveram avaliação do resultado

do exame. Quanto às intervenções realizadas, a maioria (31,43%) das mulheres receberam orientação para repetir o PCCU.

Tabela 5 – Intervenções e condutas dos Serviços de Saúde frente ao HPV (N= 105)

Variável	N	%
Retornou ao serviço de saúde		
Sim para avaliação do exame citopatológico	68	64,76%
Sim, mas para outras demandas de saúde	19	18,10%
Não	18	17,14%
Intervenção realizada		
Orientação para repetir PCCU*	33	31,43%
Orientação para repetir PCCU. Encaminhada para colposcopia.	4	3,81%
Orientação para repetir PCCU. Encaminhada ao ginecologista.	1	0,95%
Orientação para repetir PCCU. Encaminhada para ginecologista e colposcopia.	3	2,86%
Orientação para repetir PCCU. Faz acompanhamento no HENFIL	1	0,95%
Encaminhada para colposcopia	9	8,57%
Encaminhada para colposcopia. Faz acompanhamento no HENFIL	1	0,95%
Encaminhada ao ginecologista	3	2,86%
Encaminhada para ginecologista e colposcopia	3	2,86%
Encaminhada para ginecologista e colposcopia. Faz seguimento no AMAS.	4	3,81%
Orientação sobre vacinação contra HPV e repetir PCCU. É acompanhada pela Unidade de Saúde e HENFIL.	1	0,95%
Orientação sobre vacinação contra HPV e repetir PCCU. Foi encaminhada para ginecologista e colposcopia.	1	0,95%
Não há histórico no ESUS de retorno para avaliação do exame citopatológico, mas paciente realizou nova coleta	4	3,81%
Não há histórico no ESUS de retorno para avaliação do exame citopatológico	19	18,10%
Não há histórico no ESUS de retorno ao serviço de saúde	18	17,14%

*PCCU - Prevenção de Câncer de Colo Uterino

Fonte: ESUS

DISCUSSÃO

Estudo realizado por Machado e Pires[11] para conhecer o perfil de 49 mulheres com HPV, todas com resultado de exame compreendendo lesão intraepitelial de baixo grau, evidenciou que a maior prevalência foi em mulheres com idade entre 20 e 40 anos, com média de 31,61 anos correspondendo a 65,30% dos casos, 20 (40,82%) inseridas no ensino médio, 41 (83,67%) já realizaram o exame preventivo e 30 (61,22%) utilizavam algum tipo de método anticoncepcional. Em relação ao tabagismo, 37 (75,51%) referiram não fumar e 12 (24,49%) confirmaram esse hábito. Resultados

semelhantes ao da presente pesquisa, exceto do método anticoncepcional em que nesta foi avaliado somente o anticoncepcional oral e a maioria das mulheres não faziam uso.

Nessa perspectiva, um outro estudo para descrever o perfil de mulheres com idade fértil com HPV teve como resultado que 49% das mulheres possuíam idade entre 20 e 30 anos, 69% possuíam ensino fundamental completo, 44% se consideravam parda, 28% faziam uso do tabaco, 60% ingeriam álcool, 89% apresentavam um histórico de IST, 67% faziam uso de anticoncepcional e 11% não realizaram PCCU anteriormente[16]. Esses Resultados diferem em alguns pontos em relação a este estudo, pois neste predominam o ensino médio, a cor branca, a não ingestão de álcool, o não uso de anticoncepcional oral e não há registro de histórico de IST.

A diferença entre os estudos sugere refletir sobre a singularidade de cada território, o que permite concluir que as ações de prevenção do câncer de colo de útero e as ações de promoção da saúde devem atender às especificidades da população.

De forma similar, MELO et al.[17] com o objetivo de também descrever o perfil epidemiológico de mulheres com HPV identificou que a maioria estava na faixa etária entre 19 e 30 anos (52,6%), brancas (42,1%) e com ensino médio incompleto (52,7%). Em relação ao uso de métodos contraceptivos hormonais, na maioria dos prontuários analisados não havia registro dessa informação (63,1%). Os autores consideram como “crucial o registro correto das informações para alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sistema que apresenta todos os dados relacionados à saúde no Brasil”.

Nesta pesquisa, a microbiologia mais predominante nos resultados dos exames foi o Lactobacillus sp (65,71%) e Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus) (19,05%). Rocha et al.[18] avaliaram as alterações celulares decorrentes do HPV e de microflora dos exames citopatológicos. Dentre as alterações, ASC-US representaram 57,2 % e as LSIL 31,42%. Quanto aos microorganismos encontrados, Lactobacillus sp (44,3%) foi o mais frequente e, dentre os patogênicos, Gardnerella sp foi o mais presente (16,1%). Os autores referem que é necessário preencher corretamente as informações para que os dados permitam uma análise da realidade local.

Em pesquisa efetuada por Paterra et al.[19] com objetivo de identificar a conduta dos profissionais de saúde no manejo de 175 mulheres com atipias no exame citopatológico, atendidas em Unidades de Atenção Primária à Saúde mostrou que 157 (90%) mulheres retornaram à unidade para verificar o resultado do exame. Em relação às demais mulheres com atipias, em 18 (10%) não havia registro no prontuário a respeito de retorno para verificação do resultado do exame ou busca ativa. Dessa forma, foi possível analisar a conduta dos profissionais em 157 (90%) mulheres com atipias. Para as 119 mulheres com resultado ASC-US (n=57) e LSIL (n=62) que tiveram seguimento no serviço de saúde, observou-se que 103 (86%) tiveram o manejo adequado, cuja recomendação é a repetição do exame. Esses resultados são condizentes com este estudo.

O rastreamento faz parte da Atenção Primária e para tal é necessário que os profissionais de saúde saibam como realizar, quando e qual público alvo, bem como devem saber realizar orientações e encaminhamentos das mulheres conforme resultado do exame para seguimento adequado[20]. Dessa forma, é importante o serviço de saúde ter contato contínuo com as mulheres com exame citopatológico alterado para acompanhamento e seguimento e para identificar e realizar busca ativa das faltosas[10].

A recomendação para mulheres com diagnóstico de LSIL, segundo as “Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero”, é repetir o exame citopatológico em seis meses. Se o resultado for negativo em dois exames consecutivos, a mulher retorna à rotina de rastreamento a cada 3 anos. Mas se em um dos exames no período de um ano a alteração for igual ou mais grave, a paciente deve ser encaminhada para colposcopia[20].

O SISCAN identifica as mulheres com alterações no exame citopatológico do colo do útero e em conjunto com o E-SUS possibilitam a visualização da situação da mulher na rede de saúde e norteiam a realização de um atendimento mais efetivo a essa paciente. No entanto, como supracitado, as pacientes não são acompanhadas adequadamente, destacando a fragilidade da assistência nesse ponto e do uso dos sistemas de informação.

Pontuam-se como limitações desta pesquisa o não registro de algumas informações das mulheres no E-SUS bem como a não localização do cadastro

individual de 19 mulheres que tiveram exame alterado pelo HPV, o que interfere em alguns dados para análise dos resultados.

Entretanto, além da contribuição científica, essa pesquisa tem potencial para servir como um disparador para as discussões sobre o HPV e o câncer de colo de útero, que ainda são incipientes na gestão que conduz esses agravos, e para incentivar a implementação do monitoramento de mulheres com HPV no município. Ademais, traz um banco de informações epidemiológicas que pode nortear a construção de estratégias de promoção e prevenção do HPV a fim de diminuir a incidência do câncer do colo do útero, fortalecendo as ações de saúde e reorganizando o serviço prestado às mulheres.

CONCLUSÕES

Neste estudo, constatou-se que o perfil das mulheres com exame de citologia oncótica alterado pelo HPV em 2019 teve predomínio de mulheres jovens, brancas, residentes na região sul do município, com ensino médio, que não trabalham, não possuem plano de saúde, não fumam, não fazem uso de álcool, já realizaram o exame preventivo antes. Um ponto importante é que algumas mulheres já tinham tido diagnóstico de HPV antes e estavam em seguimento. Em relação à conduta da Atenção Primária frente ao resultado do HPV das 68 mulheres que tiveram avaliação do exame, prevaleceu a orientação para repetir o exame preventivo. Assim, observou-se que o acompanhamento não está adequado, pois muitas mulheres não tiveram avaliação do resultado do exame preventivo quando foram ao serviço de saúde ou mesmo nem retornaram.

Dessa forma, é importante não só incentivar a realização do exame preventivo, mas o monitoramento das lesões por meio dos sistemas de informação e de forma articulada entre eles, garantindo a continuidade do atendimento integral à paciente. Para tanto, esses sistemas de informação precisam ser fortalecidos como ferramentas que possibilitam conhecer o perfil epidemiológico da população assistida para então planejar, monitorar e avaliar as ações realizadas bem como os profissionais devem ter educação permanente para que realizem acompanhamento e seguimento de suas pacientes de forma satisfatória.

Sugere-se novas pesquisas com essa temática, mas com uso de dados primários em sua metodologia haja visto que muitas informações são autorreferidas pelas mulheres e pode haver falhas no preenchimento dos sistemas de informação pelos profissionais, o que prejudica a confiabilidade dos dados.

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

2. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tipos de câncer, Câncer do colo do útero. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [atualizado em 14 agosto 2020; citado em 10 janeiro 2021]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero.

3. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa, Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. [Internet]. Ginebra: OMS; [atualizado em 11 novembro 2020; citado em 11 janeiro 2021]. Disponível em: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer.

4. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais, Mortalidade Brasil. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 11 janeiro 2021]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def.

5. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais, Mortalidade Tocantins. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 11 janeiro 2021]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10to.def.

6. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e morbidade, Tempo até o início do tratamento oncológico - PAINEL - oncologia. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 11 janeiro 2021]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Guia prático sobre o HPV. Guia de perguntas e respostas para profissional de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

8. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e morbidade, Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 11 janeiro 2021]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/cito_colo_residbr.def.

9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

10. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

11. Machado LS, Pires MC. Perfil epidemiológico de mulheres com papilomavírus humano que utilizam o serviço público de saúde. Rev Baiana Enferm. 2017; 31(4):1–9.

12. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [citado em 19 setembro 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html.

13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro: INCA; 2013.

14. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Departamento de Informática do SUS, E-SUS, E-SUS AB. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 19 setembro 2019]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus.

15. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. [citado em 29 setembro 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

16. Santos JF, Rocha FCG, Morais TKL, Nogueira LAAS, Silva MGP, Viana, LVM. Papiloma Vírus Humano (HPV) entre mulheres com idade fértil em centro de saúde. Rev Inderd. 2015; 8(2):35–42.

17. Melo TFV, Bezerra HS, Silva DGKC, Silva RAR. Perfil epidemiológico de mulheres com hpv atendidas em uma unidade básica de saúde. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):5177-5183.

18. Rocha CJ, Linassi C, Micheletti VD, Lora PS. Alterações celulares do HPV e de microflora de pacientes do SUS em São Leopoldo, RS Brasil. Enferm em Foco. 2017; 8(4):26–30.

19. Paterra TSV et al. Manejo de mulheres com atipias no exame citopatológico de colo uterino na Atenção Primária à Saúde. Cogitare Enferm. 2020; 25.

20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª edição. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

Revista científica escolhida: Revista de Patologia do Tocantins
Link para acesso das normas de publicação da revista:
https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/about/submissions

Centro de Operações Emergenciais – COE e sua atuação frente a pandemia de COVID – 19 no município de Palmas - TO: Um relato de experiência.

Aldair Martins Barasuol[1]
Laryssa Fernandes Brandão[1]
Marta Maria Malheiros Alves[2]
Erika da Silva Maciel[3]

INTRODUÇÃO

Diante das doenças que tem impactado a saúde pública mundial nas últimas décadas, ocasionando mudança na dinâmica populacional dos países e aumentando a morbimortalidade da população, tem-se criado uma preocupação com a ocorrência e surgimento de novas patologias (CARMO, PENNA, OLIVEIRA, 2008; PUSTIGLIONE, 2016).

Doenças emergentes e reemergentes, como a febre hemorrágica pelo vírus Ebola, febre amarela, dengue, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), febre do Nilo ocidental e outras, tem surgido de forma expressiva nas populações do mundo todo, ordenando um maior aprimoramento da capacidade de prevenção, detecção, planejamento e intervenção contra esses agravos (BRASIL, 2014; CARMO, PENNA, OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, no Brasil, tem-se investido em estratégias capazes de lidar com situações de crise em saúde pública e na vigilância epidemiológica de doenças e outros agravos (CARMO, PENNA, OLIVEIRA, 2008).

Assim, por meio da portaria nº 30, de 7 de julho de 2005 instituiu-se o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), que é capaz de identificar mudança na distribuição e ocorrência das doenças infecciosas e sua capacidade de contágio, observação de surtos, catástrofes e outros fatores que impactam na saúde da população (BRASIL, 2005).

O CIEVS é ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e tem entre as suas competências a elaboração de estratégias para ações em momentos de crise, apoio em tempo hábil no controle de emergências epidemiológicas e também no monitoramento dos sistemas de vigilância e informação em saúde, como o SIM, SINAN e SINASC (BRASIL, 2005; DE LIMA et al., 2018).

Outra estratégia utilizada como forma de resposta as Emergências em Saúde Pública (ESP), foi a criação do Centro de Operações de Emergência em saúde (COE), uma ferramenta de gestão que coordena as respostas em tempo oportuno. O COE é acionado sempre que ocorre situações de ESP, levando em consideração a magnitude e natureza do agravo, possibilidade de propagação, risco, vulnerabilidades e quando a capacidade de resposta nacional ou local, não são suficientes para proteger e reduzir os danos a população (BRASIL, 2014).

O COE exerce papel fundamental quando se trata de ESP, situação que está sendo vivenciada desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi alertada sobre o acontecimento de diversos surtos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. Tratava-se de um novo tipo de Coronavírus detectado em humanos, que em Janeiro de 2020, recebeu a nomenclatura de (SARS-CoV-2), ou novo Coronavírus, agente etiológico de uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), que hoje é conhecido mundialmente como a COVID-19 (Coronavírus Disease – 2019) (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2020; WHO, 2020).

A doença se espalhou mundialmente, e em 11 de março de 2020 o diretor geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus destacou o alto poder de contaminação e declarou estado de pandemia de covid-19. Pandemia, que é declarada quando uma determinada doença infectocontagiosa se espalha por todas as regiões do planeta, essa forma de contágio ocorre mundialmente e não apenas em um determinado território (FERRER, 2020; MENDES, 2018).

No Brasil, os primeiros casos foram confirmados em fevereiro de 2020, no qual foram implantadas diversas ações em prol da contenção e mitigação do avanço da doença. De acordo com o Boletim Epidemiológico nº1 do Ministério da Saúde (MS) publicado em janeiro, pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), foi ativado no dia 22 de janeiro de 2020, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública em combate ao novo Coronavírus (COE-nCoV). E em 3 de fevereiro de 2020, foi declarado Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), antes mesmo da confirmação do primeiro caso no Brasil (BRASIL, 2020a; CAVALCANTE et al., 2020).

Portanto, a partir da ativação do COE foram realizadas discussões para subsidiar as ações em saúde, logo, a Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins (SES) por meio da SVS e do CIEVS realizou a primeira reunião em 28 de janeiro para a criação do Plano de Contingência, publicado em 03 de fevereiro de 2020. O primeiro caso de Coronavírus no Estado foi confirmado na capital, Palmas, em 18 de março de 2020, e quase um mês

depois, com 19 casos confirmados, registrou-se o primeiro óbito por covid-19, em 14 de abril de 2020 (PALMAS, 2020)

Assim sendo, o COE assumiu as competências de detectar, investigar, manejar e notificar casos potencialmente suspeitos e confirmados da infecção humana pelo SARS COV-2, assim como realizar o seu monitoramento. Desta forma, o objetivo deste estudo é descrever a experiência da atuação do COE frente a pandemia de covid-19 em Palmas-TO.

SÍNTESE DOS DADOS

Trata-se de um relato de experiência resultante da atuação dos profissionais residentes em saúde coletiva no COE, após sua implementação no município de Palmas – TO, sendo o COE acionado para lidar com a situação de emergência em saúde ocasionada pela pandemia do novo Coronavírus.

A cidade de Palmas, que é considerada capital do Tocantins e maior cidade do estado, conta com uma população estimada para o ano de 2020 de 306.296 habitantes e uma densidade demográfica de 102,90 hab/km². Com uma das melhores taxas de crescimento demográfico do Brasil nos últimos 12 anos, possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,788, mesmo sendo considerada jovem, com apenas 30 anos (IBGE, 2020).

O município ainda possui em sua Rede de Atenção à Saúde (RAS) 34 Centro de Saúde da Comunidade (CSC), distribuídas em 8 territórios de saúde (Portaria Institucional Nº 518/16), com uma cobertura de quase 100% da população (SEMUS, 2016).

O relato aqui destacado, foi realizado com base nas práticas vivenciadas pelos residentes em Saúde Coletiva (SC) do Programa de Residências Multiprofissional em Saúde CEULP-ULBRA e Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), que estiveram inseridos no processo de trabalho do COE desde a sua implantação em março, no início da pandemia de covid-19 até dezembro de 2020.

Os dados são fruto da vivência de trabalho presencial, realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), especificamente na Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde de Palmas (SUPAVS). Também, por meio das vivências do trabalho remoto “Home Office”, ocasionada devido ao surto da doença na SUPAVS.

Os relatos emergiram de:

Observações: provenientes de anotações do dia a dia de trabalho desenvolvido nas funções do COE.

Relatórios de prática: Que são realizados mensalmente como forma de descrição dos trabalhos desenvolvidos.

Fluxogramas de trabalho e também de tutoriais: Que foram elaborados para guiar os residentes em suas funções dentro do COE e servir também como educação continuada dentro dos processos de trabalho.

A ATIVAÇÃO DO COE NO MUNICÍPIO DE PALMAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado aprimorar as capacidades de resposta às situações de emergências por síndromes respiratórias, através de planos, protocolos, procedimentos e diretrizes para a identificação e monitoramento em situações de emergências em saúde pública. Essas estratégias de aprimoramento vêm sendo construídas desde 2005, para garantir maior preparo à população caso alguma destas situações ocorra (CARMO, PENNA, OLIVEIRA, 2008).

Ocasionalmente, presenciamos uma dessas circunstâncias, devido a disseminação do novo coronavírus pelo mundo e seu alto grau de contágio na população. Sendo necessário agir de maneira rápida e efetiva para realizar o plano de contingenciamento contra a infecção, então logo em 30 de janeiro de 2020 foi declarada situação de emergência em saúde pública de importância internacional (ESPII) pela OMS, e pouco mais de um mês a prefeitura Municipal de Palmas decreta situação de emergência em saúde pública e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus.

Sendo assim, em conjunto, ficou declarada a instalação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-PALMAS-COVID-19), coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), para monitoramento da situação de emergência. O COE, dentre suas diversas atribuições, tem o poder de modificação das medidas empregadas ao enfrentamento da proliferação da covid-19 de acordo com a evolução do cenário epidemiológico.

Em suas atribuições no município, o COE exerce papel fundamental no monitoramento dos casos confirmados e suspeitos da covid-19 e nos diversos sistemas de informações, NOTIFICA-SUS (Sistema próprio do município), SIVEP-GRIPE, e-SUS NOTIFICA e GAL, que possibilitam o acompanhamento, através do recebimento e exportação de dados, capazes de gerar bancos de informações com o objetivo de, produção do boletim epidemiológico diário municipal e elaboração e aprimoramento das estratégias de combate a covid-19.

Nesse período, o COE foi organizado em eixos que eram compostos por residentes do programa multiprofissional da Saúde Coletiva e servidores da SEMUS, ambos atuando como profissionais de vigilância, gestão e educação em saúde.

As residências multiprofissionais enquanto pautadas na educação através do trabalho, em busca da qualificação dos profissionais da saúde para garantir a formação completa do profissional e sua posterior atuação no SUS ou em diversos cenários em saúde, obteve atuação significativa no enfrentamento da pandemia de Covid-19, seja no programa de saúde da família, saúde mental ou no programa de Saúde Coletiva. Segundo De Lucena, (2020) a atuação dos residentes no atual contexto é fundamental, já que são profissionais que desenvolvem o trabalho e a formação em uma linha tênue, que deve ser preservada e respeitada com base nos compromissos firmados no processo de ensino-aprendizagem que garantem os princípios de formação em serviço (LUCENA, SENA, 2020).

A ativação do COE trouxe vários questionamentos e inseguranças, principalmente para os residentes que pela primeira vez, estariam vivenciando uma situação de ESP, como tudo novo gera preocupação e medo, com a pandemia não foi diferente, foi necessário muito estudo e esforço para lidar com as situações do dia-a-dia, como finais de semana de plantões cansativos e a pressão da população em busca de assistência e informação. O estudo realizado por Dantas e seus colaboradores (2021), mostra que os residentes multiprofissionais em saúde apresentaram níveis de ansiedade elevados durante a pandemia da covid-19, tendo sua saúde mental prejudicada durante a pandemia (DANTAS et al., 2021).

O COE se responsabilizou por todas as ações relacionadas ao Covid-19, até que toda a rede estivesse capacitada para lidar com a descentralização das ações. E, em consequência do risco de exposição dos profissionais e um surto de Covid-19 na SEMUS, parte da rotina de trabalho (escalas) foram realizadas de forma remota, no entanto, semanalmente eram realizadas reuniões para alinhamento e organização do processo de trabalho.

O plano de ações em resposta às emergências em saúde pública, destaca que o COE é responsável por essa articulação coordenada dos diversos atores envolvidos no combate à pandemia. Sua estrutura permite a obtenção de dados para um diagnóstico situacional e para a tomada de decisões mais precisas. Assim sendo, o COE planeja, organiza, coordena, avalia e controla as respostas aos eventos em saúde (BRASIL, 2013).

PLANO DE CONTINGENCIAMENTO

O plano de contingência é uma estratégia utilizada para o planejamento de forma preventiva, com o intuito de atender a determinado evento não esperado, como por exemplo as emergências em saúde pública e estados de calamidade pública. Esta estratégia serve para que as ameaças à saúde pública para que impactem minimamente na saúde e vida da população (BRASIL, 2020b).

Com intuito de fornecer manobras de combate ao COVID-19 a OMS publicou o documento "COVID-19: Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response, que serviu como base para a elaboração do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 (ALBUQUERQUE, 2020; BRASIL, 2020b).

Diante das orientações da OMS e do plano nacional de combate ao COVID- 19 cada município elaborou seu plano de contingência de acordo com as necessidades, diferenças sociais e territoriais de cada estado brasileiro (BRASIL, 2020b; DE LIMA et al., 2012).

Em Palmas, o primeiro plano de contingência foi elaborado com o objetivo de orientar a população e descrever as ações de vigilância e atenção a saúde do município, traçando o caminho que deve ser percorrido quando se detecta um caso confirmado de Covid-19 e o manejo adequado desse paciente dentro da rede de atenção à saúde. Além disso, o plano serviu e serve para orientar os profissionais da saúde quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (RIBEIRO et al., 2020).

O plano de contingência é atualizado por meio de notas técnicas e normatização do processo de trabalho sempre que surge uma nova norma, orientação da forma de manejo de casos de Covid-19, e sempre que ocorre uma reorganização da. Todas as atualizações são disponibilizadas no site da secretaria de saúde do município e no site https://coronavirus.palmas.to.gov.br/ (PALMAS, 2021).

ÁREAS DE ATUAÇÃO DO COE NO MUNICÍPIO

Inicialmente, a organização de trabalho do COE foi dividida por eixos, que de forma integrada, possibilitou o monitoramento, acompanhamento, execução de atividades, avaliação das ações e caso fosse necessário, reorganização do processo de trabalho. O primeiro formato, está exemplificado no fluxograma da **Imagem 1.**

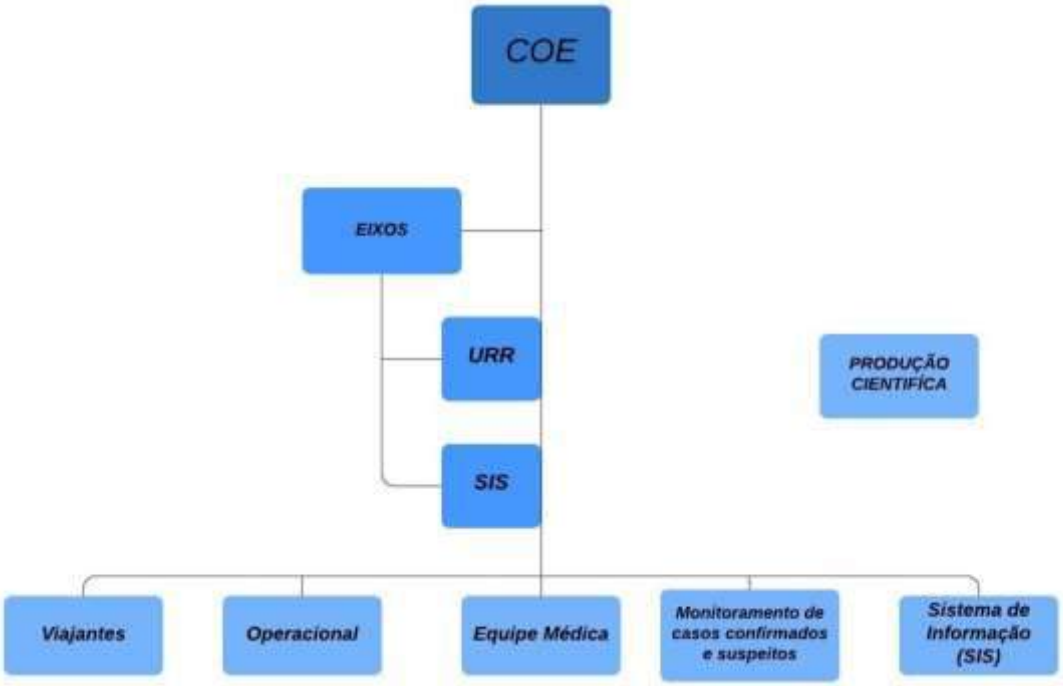


Imagem 1. Primeira organização dos eixos de trabalho do COE

Cada eixo exerceu papel crucial para o monitoramento e controle da COVID-19 no município e tem suas especificações da seguinte forma:

- Unidade de Resposta Rápida (URR): Que atende e responde todas as demandas de forma ágil, descentralizando as informações para resolução de problemas.
- Assessoria médica: Ligada a equipe operacional e monitoramento de casos suspeitos, para o atendimento às urgências, receituário de medicamentos e atestados.
- Monitoramento de viajantes: Realizado cada vez que chegava um novo viajante ao município, realizando o monitoramento pelo período de 14 dias de isolamento.
- Monitoramento de casos com piora de sintomas: Eram monitorados até os sintomas se tornarem leves ou eram encaminhados para as unidades de saúde da rede.
- Monitoramento das síndromes gripais: Monitora a população caso apresentassem quaisquer um dos sintomas presente no quadro de síndrome gripal, sendo eles: mialgia, cefaleia, artralgia, tosse, coriza ou obstrução nasal, e também realizar encaminhamentos para realização de testes e notificações de pacientes suspeitos.
- Equipe de Pesquisa: Responsáveis pela atualização das informações sobre a infecção do Sars-cov-2, através das mídias, entrevistas, notícias, notas técnicas,

diários oficiais municipais, estaduais e federais, e também pela produção de documentos, memorandos, notas e artigos científicos a respeito da doença no nosso município.

Como foco principal, o monitoramento dos casos confirmados foi dividido em equipes operacionais, sendo elas: a supervisão, equipe administrativa, equipe de investigação, equipe operativa e equipe documental. A supervisão, coordenada por residentes de SC que se intercalavam entre si em plantões diários, de domingo a domingo, com o intuito de promover a divisão das tarefas, supervisão de outros residentes e encaminhamentos para a equipe médica de apoio. Já a equipe administrativa, foi responsável pela organização e transposição dos pacientes da planilha de resultados positivos, para a planilha de monitoramento, à medida iam surgindo novos casos da Covid-19. Todas as planilhas ficaram arquivadas do Google Drive.

Um dos desafios encontrados nesse eixo, foi a operacionalização do sistema, pois por mais que a plataforma do Google Drive permite ao usuário elaborar planilhas e compartilhá-las simultaneamente com outras pessoas com a função de edição em tempo real, ainda é uma ferramenta falha em vários aspectos, como na importação de dados dos pacientes, tornando o processo de preenchimento das planilhas trabalhoso. As ferramentas digitais, tornaram-se capazes de estreitar as relações entre o homem e a máquina, facilitando a produção de conteúdo colaborativo e proporcionando a quebra de barreiras geográficas (INOUE et al., 2014).

As informações obrigatórias de preenchimento da planilha, **imagem 2** consistiam em: Número da notificação, nome do paciente, idade, sexo, cpf, telefone, endereço, CSC de referência, unidade notificadora, sintomas, histórico (dados epidemiológicos), ocupação profissional, tipo de contaminação (contato/viagem), data e local de coleta do exame, resultado do exame, se aceita particiar do projeto de saúde mental e do projeto de segurança pública, data dos primeiros sintomas, envio de termos e atestados, email, envido de laudos, evolução e observações.

NOT	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	CPF	CONTATO	ENDEREÇO	CSC REFERÊNCIA	UNIDAD E NOT	SINTOMAS	HISTÓRICO	PROFISSIONAL DE SAÚDE (SIM/NÃO) - OCUPAÇÃO/LOCAL DE TRABALHO
	SEM CONTATO		DESCENTRALIZADO (CPP, PM, HOSPITAIS)								
	ÓBITO		ALTAS								
	INFORME REALIZADO		ENCAMINHADO PARA BUSCA ATIVA								
	PACIENTES EM INTERNAÇÃO		PACIENTES SEM DADOS								

COMORBIDADE / FATOR DE RISCO	CONTAMINAÇÃO (CONTATO/VIAGEM/COMUNITÁRIA)	DATA E LOCAL DE COLETA	RESULTADO DOS EXAMES	PROJETO DE SAÚDE MENTAL	PROJETO DA SEGURANÇA PÚBLICA	DATA DO PRIMEIRO SINTOMA	ENVIO DE TERMO/ATESTADO (DATAS)	EMAIL	ENVIO DE LAUDO	EVOLUÇÃO	OBSERVAÇÕES

Imagem 2. Informações preenchidas pelo monitoramento de casos confirmados.

A equipe operativa é responsável por efetuar o telemonitoramento, realizar o primeiro contato com o paciente através de ligações telefônicas, informar os resultados de exames, preencher as informações acima citadas, relatar a história epidemiológica da doença, identificar possíveis contatos sintomáticos e prestar assistência ao paciente no momento da ligação. Já a equipe documental, é responsável pela organização dos documentos oficiais, como termo de isolamento e envio dos mesmos aos pacientes via email.

Os principais entraves, eram pacientes que não recebiam bem as ligações para monitoramento, sendo grosseiros, ou com resistência para responder as informações necessárias para acompanhamento, fato que gerou desconforto nos residentes e insegurança, muitos até tiveram sua saúde mental comprometida.

Por fim, temos os sistemas de informações em saúde (SIS), esse eixo é responsável pela exportação dos laudos positivos e negativos dos pacientes, através do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), plataforma na qual são liberados os resultados advindos do Laboratório Central de Saúde Pública do Tocantins - LACEN. Os resultados liberados pelos laboratórios particulares, são recebidos por meio dos emails, e todos devem estar notificados na plataforma NOTIFICASUS, os nomes dos pacientes são inseridos na planilha de resultados do Google Drive e todo o trabalho de conferência, duplicidades de exames e busca de informações pessoais, são inseridos nesse banco pelos residentes de SC.

Todos os dias o SIS é responsável por enviar os dados dos casos novos de COVID-19 ao Estado, e produzir o boletim epidemiológico diário. Este trabalho é realizado por meio da planilha de confirmados, que muitas vezes foi prejudicado devido ao mau funcionamento da planilha e ao grande número de casos já existentes.

Atualmente, temos uma reestruturação dos eixos de trabalho do COE, na **imagem 3** podemos observar como os processos de trabalhos estão organizados.

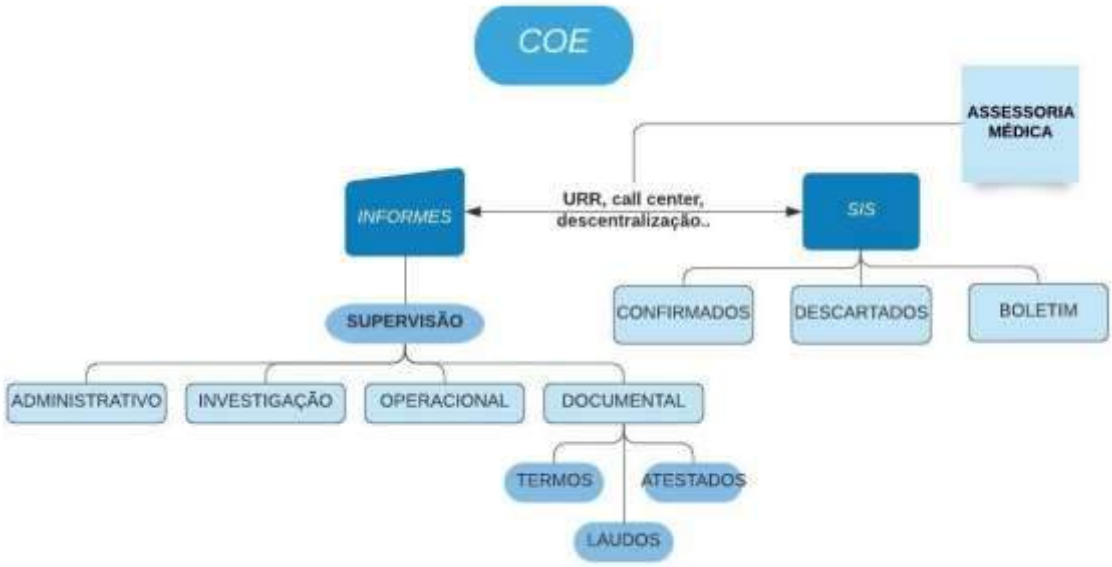


Imagem 3. Organização atual dos eixos de trabalho do COE.

DESCENTRALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DE CASOS PARA OS CSCS

Devido ao grande número de casos de covid-19 aumentarem significativamente, foi necessário traçar novas estratégias de vigilância desse agravo. Uma dessas estratégias foi a descentralização do monitoramento dos casos para os CSCs. Novamente, a força de trabalho dos residentes estava totalmente envolvida nesse processo de vigilância e após sua implantação, foi possível o retorno de boa parte dos residentes para as áreas técnicas do município, como a vigilância da hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outras. Áreas essenciais para cumprimento do processo de ensino-aprendizagem preconizado pelo programa de residência.

Desta forma, as equipes de saúde da família ficaram responsáveis por monitorar todos os casos confirmados e seus contatos. Os profissionais da equipe de saúde bucal e NASF, acompanham o agravamento dos casos, coletam as informações, agendam consultas e prestam toda assistência que o paciente necessita no momento, além de ofertar serviços remotos, como as altas administrativas, atendimento e apoio psicológico.

Foi necessário uma reorganização e encorajamento das equipes da Atenção Básica, para garantir o sucesso na realização dos teleatendimentos e da telemedicina para atendimento e acompanhamentos de pacientes. O adequado uso das tecnologias

possibilita ao usuário informações de qualidade, ordenamento do fluxo assistencial e redução de sobrecarga das unidades (BRASIL, 2020c).

Neste contexto o COE, passou a exercer a função de vigilância e os residentes que atuaram nesse processo de descentralização, foram responsáveis pela capacitação dos profissionais da rede, além de sinalizar na planilha geral de casos confirmados, os pacientes que foram descentralizados.

CONCLUSÃO

A atuação do COE frente a pandemia de covid-19 em Palmas-TO é uma estratégia necessária quando se trata de emergência em saúde pública, situação esta que provocou o aprimoramento dos serviços de saúde e progresso na formação dos residentes, proporcionando aprendizados em seus cenários de práticas. Essa experiência vivenciada na rede de vigilância, permitiu o planejamento de ações cooperativas e confiança entre os membros da equipe, características importantes para o melhor desempenho da rede.

O uso das tecnologias digitais permitiu a ampliação e o fortalecimento das redes de atenção e da vigilância epidemiológica no enfrentamento da pandemia, a participação dos programas de residência nesses processos mostra um olhar diferenciado para a saúde trazendo para os seus cenários de prática novas idéias, para garantir respostas rápida e efetivas no combate da infecção pelo Sars-cov-2.

Além disso, a ativação do COE no município de Palmas, garante o desenvolvimento de pesquisas, artigos científicos e relatos de experiência acerca das ações realizadas e seus impactos para o sistema de saúde, garantindo o avanço e aperfeiçoamento de novas estratégias.

Um dos desafios encontrados nesse eixo, foi a operacionalização do sistema, pois por mais que a plataforma do Google Drive permite ao usuário elaborar planilhas e compartilhá-las simultaneamente com outras pessoas com a função de edição em tempo real, ainda é uma ferramenta falha em vários aspectos, como na importação de dados dos pacientes, tornando o processo de preenchimento das planilhas trabalhoso. As ferramentas digitais, tornaram-se capazes de estreitar as relações entre o homem e a máquina, facilitando a produção de conteúdo colaborativo e proporcionando a quebra de barreiras geográficas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N. L. S. DE. PLANEJAMENTO OPERACIONAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 : COMPARAÇÃO ENTRE RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O PLANO DE Objetivo : frente à divulgação do guia COVID-19 - Operational Planning Guidelines to Support. **Cogitare Enfermagem**, p. 1–7, 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 30, DE 7 DE JULHO DE 2005**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. **Plano de resposta às emergências em saúde pública: gestão das ações da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde** (B. M. da S. S. de V. em S. D. de V. em S. A. e S. do Trabalhador, Ed.), 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-37456>. Acesso em: 20 maio. 2021

BRASIL. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública MINISTÉRIO DA SAÚDE** (D. de V. em S. A. e S. do T. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ed.)Brasília : Ministério da Saúde, , 2014. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>. Acesso em: 28 nov. 2020

BRASIL. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). **Boletim Epidemiológico**, v. 02, n. 01, p. 1–17, 2020a.

BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19** (M. DA SAÚDE, Ed.)**Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública**, 2020b. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 24 maio. 2021

BRASIL. **MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIAMinistério da Saude**, 2020c.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. DE. Emergências de saúde pública: Conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avancados**, v. 22, n. 64, p. 19–32, 2008.

CAVALCANTE, J. R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 4, p. e2020376, 2020.

DANTAS, E. S. O. et al. Fatores associados à ansiedade em residentes multiprofissionais em saúde durante a pandemia por COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. Suppl 1, p. 1–7, 2021.

DE LIMA, L. D. et al. **Descentralização e regionalização: Dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no BrasilCiencia e Saude Coletiva**ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, , jul. 2012.

DE LIMA, S. S. et al. A strategy action from the Cievs/Pernambuco in response to the emergency on congenital syndrome associated to Zika virus infection: An integrative action. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 18, n. 2, p. 437–442, 1 abr. 2018.

FERRER, R. Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. 2020.

IBGE. **CENSO CIDADES ESTADOS**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>. Acesso em: 2 dez. 2020.

INOUE, C. R. et al. **USO DE FERRAMENTAS COLABORATIVAS EM TRABALHO COLETIVO**. XVIII Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias. **Anais**...2014Disponível em: <http://www.bu.ufmg.br/snbu2014/wp-content/uploads/trabalhos/334-2112.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2021

LUCENA, J. F. DE; SENA, J. G. B. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID- 19 : um relato de experiência Multiprofessional Integrated Residence in Health and the COVID-19 pandemic : an Residencia Integrada Multiprofesional en Salud y la pandemia COVID-19 : un in. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. 8–13, 2020.

MENDES, C. Pandemias e comércio internacional. **Pontes**, v. 5, n. 3, p. 8, 2018.

PALMAS. **Coronavírus Palmas**. Disponível em:

<https://coronavirus.palmas.to.gov.br/>. Acesso em: 25 maio. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil Região do Pacífico Ocidental Região do Sudeste Asiático**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 5 dez. 2020.

PUSTIGLIONE, M. Medicina do Trabalho e doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas: a conduta no caso das febres da dengue, do Chikungunya e do Zika vírus. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 1–12, 2016.

RIBEIRO, C. A. C. et al. Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS**, v. 1, p. 99, 2020.

SEMUS. PORTARIA INST Nº 518/SEMUS/GAB, DE 14 DE JUNHO DE 2016. **IOSR Journal of Economics and Finance**, v. 3, n. 1, p. 56, 2016.

WHO. **Novel CoronavirusSituation Report – 205**. [s.l.] World Health Organization, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>. Acesso em: 5 dez. 2020.

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS 300 PRIMEIROS CASOS DE COVID-19 EM PALMAS-TO

Epidemiological characteristics of the first 300 cases of covid-19 in Palmas-TO

Ana Ilian Santos Fonseca Daoud[1], Mariana de Azambuja Picoli Alcântara[2], Nábia Souza Gomes[3], Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa[4]

[1] Biomédica residente em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

E-mail: ilianfonseca@gmail.com

[2] Médica veterinária residente em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

[3] Biomédica, especialista em Vigilância e Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês.

[4] Enfermeira, mestre em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins.

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico dos 300 primeiros casos confirmados de covid-19 no município de Palmas-TO. **Métodos:** foram analisados os dados obtidos através da Planilha de Monitoramento de Casos Confirmados de covid-19, intitulada “caso 0001 ao 6000”, além de plataformas utilizadas pelo sistema público de saúde do município, como o NotificaSUS e o ESUS. Após a coleta dos dados, houve a tabulação em uma planilha do Excel e posteriormente a realização da análise das variáveis: idade, sexo biológico, profissão, endereço, histórico de comorbidades e forma de contágio. **Resultados e discussão:** a pesquisa evidenciou que dentre os casos analisados os predominantes eram em pacientes do sexo feminino, da faixa etária entre 30 e 39 anos, que haviam tido contato com algum caso positivado para covid-19. A comorbidade com maior prevalência foi a hipertensão arterial. **Conclusão:** os resultados obtidos em estudos como este são muito importantes para auxiliar no planejamento constante de políticas de enfrentamento, contenção e prevenção da covid-19. Sugere-se a realização de estudos semelhantes com os casos subsequentes aos que foram analisados neste trabalho, no município.

Palavras-chave: Pandemia. Saúde Coletiva. Coronavírus.

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological profile of the first 300 cases confirmed of covid-19 in the city of Palmas-TO. **Methods:** the data was obtained through the Confirmed Case Monitoring Worksheet of covid-19, intitled “case 0001 to 6000”, in addition to platforms used by the public health system of the city, such as NotificaSUS and ESUS. After data collection, it was tabulated in an Excel spreadsheet and subsequently analyzed the variables: age, biological sex, occupation, address, history of comorbidities and form of contagion. **Results and discussion:** the research showed that among the cases analyzed, the predominant ones were female patients, people aged between 30 and 39 years, people who had had contact with a case positive for covid-19. The most prevalent comorbidity was arterial hypertension. **Conclusion:** the results obtained in studies such as this one are very important to assist in the constant coping policies, containment and prevention policies for covid-19. It is suggested to carry out similar studies with the cases subsequent to those analyzed in this work, in the city.

Keywords: Pandemic. Public Health. Coronavirus.

1. INTRODUÇÃO

Em meados de dezembro de 2019 foram reportados os primeiros casos de Coronavírus (COVID-19), causado pelo vírus SARS-CoV-2, em Wuhan, China. Em um curto período a doença espalhou-se mundialmente, sendo caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia no dia 11 de março de 2020. No Brasil, o primeiro caso confirmado de COVID-19 ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo.

Considerando a forma de transmissão da doença e bem como a vulnerabilidade das pessoas para se infectar, a maioria dos países decretou medidas de isolamento social, na tentativa de evitar um aumento caótico no número de pessoas infectadas, o que resultaria na sobrecarga dos sistemas de saúde público e privado, consequentemente reduzindo o número de pacientes que poderiam ser atendidos pelos hospitais e possivelmente aumentando o número de contaminações, casos graves e óbitos.

O Boletim Epidemiológico nº1 do Ministério da Saúde (MS) foi publicado durante o período de 07 a 21 de janeiro pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e, no dia 22 de janeiro foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE COVID-19). Em 3 de fevereiro de 2020, por meio da portaria nº 188 publicada no Diário Oficial da União em 4 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020), o país declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). De acordo com Diniz et al. (2020), essa portaria possibilita que os Estados Federativos e seus respectivos Sistemas Únicos de Saúde (SUS) empreguem urgentemente medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

No estado do Tocantins, realizou-se a primeira reunião para início do monitoramento e detecção de rumores no dia 28 de janeiro de 2020, bem como iniciou-se a elaboração dos Planos de Contingência Estadual e Municipal para o COVID-19. O primeiro caso de Coronavírus no estado foi registrado no dia 18 de março na capital, Palmas, sendo que 50 dias após a primeira confirmação, a cidade já contava com 78 casos confirmados e no dia 17 de maio foi registrado o caso de número 300 (PALMAS, 2020).

Considerando todos os fatores relacionados ao aumento constante do número de pessoas infectadas pelo vírus e a necessidade de adoção de medidas constantes de controle e prevenção da doença, acredita-se que a análise epidemiológica dos casos confirmados irá colaborar para a elaboração de estratégias e ações que objetivem alcançar tais objetivos. Para isso, foi realizada uma análise do perfil epidemiológico dos 300

primeiros casos confirmados de COVID-19 no município de Palmas.

De acordo com Feitosa et al. (2010), o estudo de um perfil epidemiológico é realizado quando há a intenção de identificar um quadro geral de saúde de uma população específica, e esse estudo é o resultado da conjunção entre os perfis de reprodução social (determinantes do processo saúde-doença) e os perfis de fortalecimento e desgaste (resultados do processo saúde doença), sendo que a realização de estudos desse tipo é importante para que sejam traçadas metas específicas com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento a essa população e a comunidade relacionada.

No município de Palmas, o acompanhamento dos pacientes infectados pela covid-19 ocorreu através de planilhas de monitoramento que foram divididas a cada 6.000 casos. Essa forma de acompanhamento foi adotada devido ao fato dos pacientes serem acompanhados desde o momento do diagnóstico positivo até a sua aptidão para o recebimento da alta, recebendo ligações diárias de monitoramento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, acompanhamento por telemedicina com médicos da rede pública de saúde, bem como suporte aos contatos diretos do paciente infectado (intra e extradomiciliares) no que tange às orientações de isolamento com emissão de termos de isolamento e realização de testes diagnósticos. Sendo assim, o monitoramento através das planilhas foi eficiente para abranger todos os dados contínuos e evolução de saúde de cada paciente, de forma completa e organizada.

Dessa forma, foi realizado esse trabalho com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico dos 300 primeiros casos confirmados por covid-19.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, onde foram analisados, por meio de tabulação, os dados coletados ao longo de um período de tempo; retrospectivo e com abordagem quantitativa. Utilizou-se como objeto de estudo os registros de notificação e a planilha de monitoramento dos 300 primeiros casos confirmados por COVID-19 de pessoas residentes em Palmas-TO. As análises foram realizadas entre agosto e novembro de 2021.

Em relação aos critérios de inclusão, foram considerados os dados referentes aos 300 primeiros casos de covid-19 na cidade de Palmas, de forma que os pacientes deveriam ser residentes na cidade e ter o registro de monitoramento na planilha de monitoramento do município. A análise ocorreu independentemente de variáveis como sexo biológico ou faixa etária. Quanto aos critérios de exclusão, seriam excluídos do estudo aqueles indivíduos que, na planilha de monitoramento, estivessem com dados incompletos a ponto de

inviabilizar a pesquisa ou que não tivessem sido monitorados pelo sistema de monitoramento do município.

Para a obtenção dos dados foi utilizada a Planilha de Monitoramento dos Casos Confirmados de covid-19 do caso 0001 ao caso 6000, em conjunto com meios complementares para obtenção de dados, como as plataformas NotificaSUS e ESUS.

As variáveis utilizadas na pesquisa foram: idade, sexo biológico, profissão, endereço de residência, histórico de morbidades, histórico de viagem, contato com caso suspeito ou confirmado e sintomatologia. Após a coleta, os dados foram tabulados em uma planilha no Excel, excluindo variáveis que poderiam identificar o paciente, deixando a identificação apenas pelo seu número e, posteriormente, analisados.

A pesquisa passou pela aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da FESP, CAAE número 37261220.3.0000.9187 e parecer de aprovação número 4.478.087, sendo o estudo realizado conforme a Resolução CNS nº466/12.

3. RESULTADOS

Foram analisados os 300 primeiros casos de pessoas infectados pela covid-19 no município de Palmas-TO. Observou-se que houve mais infecções em pacientes do sexo feminino, totalizando mais de 50% do número total de casos analisados, e em pessoas da faixa etária entre 30 e 39 anos (n=92). Embora mais de 45% dos pacientes analisados não pertencessem à grupos de risco para a covid-19, foi observado um percentual de 29,33% de pacientes que não possuíam essa informação no monitoramento ou nos sistemas de notificação e prontuário do SUS. Em relação à forma de contágio, observou-se predominância de pacientes que foram contaminadas após contato próximo com alguém positivo para covid-19 (n=147) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização epidemiológica dos primeiros 300 casos confirmados de Covid-19 em Palmas-TO.

Variável	N	%
Sexo biológico		
Feminino	163	53,33
Masculino	137	45,66
Faixa etária		
<1 ano	2	0,66
1 a 4 anos	3	1,00
5 a 9 anos	6	2,00
10 a 19 anos	25	8,33
20 a 29 anos	45	15,00
30 a 39 anos	92	30,66
40 a 49 anos	67	22,33
50 a 59 anos	39	13,00
60 a 69 anos	16	5,33
70 a 79 anos	3	1,00
80 ou mais anos	2	0,66
Pertencente à grupo de risco		
Sim	72	24,00
Não	140	46,66
Ignorado	88	29,33
Forma de contágio		
Contato com caso confirmado	147	49,00
Transmissão comunitária	55	18,33
Viagem	60	20,00
Ignorado	38	12,66
Total	**300**	**100**

Fonte: Planilha de monitoramento de casos confirmados de covid-19 em Palmas-TO – Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Foram identificadas 12 comorbidades pertencentes ao grupo de risco para a covid-19, sendo a hipertensão arterial a comorbidade com maior prevalência (n=22) (Figura 02).

Tabela 2. Relação de comorbidades identificadas que fazem parte do grupo de risco para covid-19.

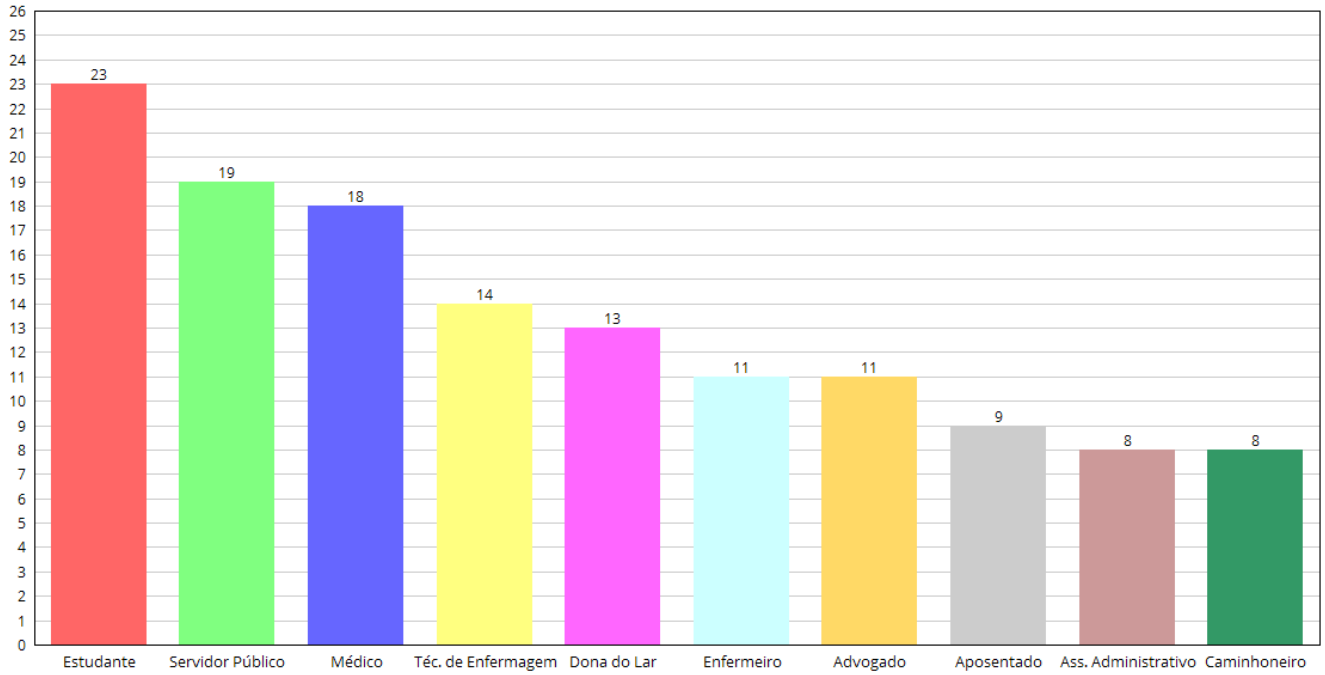
Comorbidade	**N***
Hipertensão	22
Idoso	20
Diabetes	12
Asma	7
Tabagismo	6
Gestante/Lactante/Puérpera	5
Cardiopatia	3
Câncer	2
Obesidade	2
HIV	1
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	1
Transplante de órgão	1
Total	82

***Foram encontrados 09 pacientes com diferentes comorbidades associadas, sendo a associação de maior frequência hipertensão + diabetes (n=06) e o maior número de associações idoso + hipertensão + diabetes + cardiopatia (n=01).

Fonte: Planilha de monitoramento de casos confirmados de covid-19 em Palmas-TO – Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Quanto à profissão das pessoas contaminadas, observou-se que o maior número de infecções ocorreu em estudantes (considerando ensino fundamental, médio e superior) (n=23) (Figura 01). Foram identificadas 68 profissões, desconsiderando crianças abaixo de 05 anos de idade (n=05) e os casos ignorados em que não foi possível identificar a profissão do paciente pela planilha de monitoramento e pelos sistemas de notificação e prontuário eletrônico (n=55).

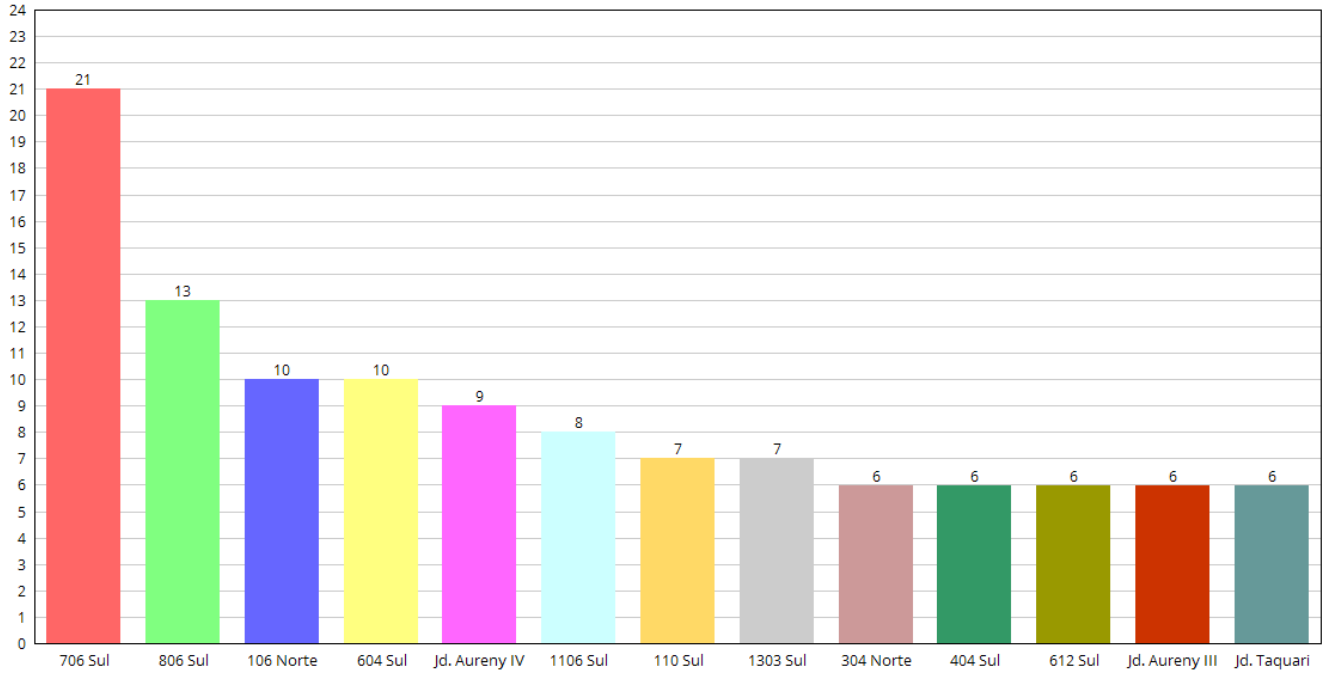
Figura 01. Relação das profissões com maior predominância entre os pacientes analisados.



Fonte: Planilha de monitoramento de casos confirmados de covid-19 em Palmas-TO – Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Os 300 primeiros casos de covid-19 em Palmas-TO foram distribuídos em 91 quadras do município, sendo a 706 sul a quadra com maior prevalência (n=21) (Figura02).

Figura 02. Relação das quadras com maior predominância entre os pacientes analisados.



Fonte: Planilha de monitoramento de casos confirmados de covid-19 em Palmas-TO – Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Observação: o município de Palmas-TO é dividido por quadras e não por bairros. Dessa forma, cada quadra seria o equivalente a um bairro da cidade.

4. DISCUSSÃO

De acordo com o estudo realizado, a maioria dos pacientes confirmados para covid-19 eram do sexo feminino. Estudo realizado por da Silva et al. (2021) também encontrou um maior número de confirmados do sexo feminino, sendo 62,1%. Outro estudo realizado por Silva et al. (2020) em um estudo de caracterização clínica e epidemiológica de 1560 casos de covid-19 em Macapá/AL encontrou 51,63% dos casos confirmados sendo do sexo feminino, concordando com um estudo realizado por Macedo et al. (2021) no estado do Piauí, onde 54,6% dos pacientes infectados também eram do sexo feminino. Os achados contrariam os resultados encontrados por Guan et al. (2020), que indicou que o número de casos de covid-19 é menor entre pessoas do sexo feminino.

Neste estudo, encontrou-se que os maiores índices de infecção ocorreram em indivíduos com faixa etária entre 20 e 49 anos, tendo maior concentração na faixa de 30 a 39 anos (30,66%), concordando com Macedo et al. (2021) que encontrou observou a maior concentração de casos na mesma faixa etária, com um percentual de 22,63%. Foram observados resultados semelhantes no estudo realizado por Silva et al. (2020), onde a faixa etária com maior predominância de casos confirmados foi entre 30 e 39 anos (30,26%). Já da Silva et al. (2021) relata que a faixa etária com maior número de casos, conforme estudo realizado, foi de 20 a 39 anos, com percentual médio de 43,7%. De acordo com Cunha et al. (2019), a faixa etária entre 30 e 49 anos representa grande parte da parcela da população mais produtiva no mercado de trabalho, ou seja, necessitam de deslocação para o local de trabalho, inclusive através do transporte público, logo, Silva et al. (2020) assume que é possível que esses fatores tenham corroborado para o aumento no quantitativo de casos em pessoas dessa faixa etária.

Em relação às comorbidades, neste estudo observou-se a predominância de pacientes hipertensos (n=22), idosos (n=20) e diabéticos (n=12). Em um estudo realizado na região norte do Tocantins, por Bandeira et al. (2021), foi encontrado que, em relação às comorbidades, as principais eram hipertensão, diabetes e cardiopatias, que representaram um total de 42% dos prontuários analisados. Oliveira et al. (2021), em um estudo realizado na Bahia, observou que as comorbidades mais frequentes em óbitos por covid-19 eram hipertensão arterial (33,97%); diabetes mellitus (26,24%) e doença cardiovascular, exceto hipertensão arterial (18,92%). Pericàs et al. (2020) e Guan et al. (2020) afirmaram que 25

a 30% dos casos de covid-19 ocorrem em pacientes tabagistas, apresentando correlação com demais comorbidades como diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas e cardiovasculares, enquanto Silva et al. (2020) afirmaram que pacientes com diabetes; doenças cardiovasculares incluindo a hipertensão arterial; e doença respiratória crônica representavam a maioria das comorbidades prévias identificadas em pacientes infectados pela covid-19. Os resultados contrariam os achados de Valim et al. (2021), que relatou que a comorbidade pré-existente de maior predominância era a asma (6,45%).

Quanto a profissão dos pacientes infectados, observou-se que, dentre os profissionais da saúde, os médicos ocuparam a maior predominância em relação às demais, o que concorda com a pesquisa realizada por Flores Zamudio (2020), onde de 40 profissionais infectados por covid-19, 27 seriam médicos. Todavia, contraria o estudo realizado por Rocha et al. (2021), que relatou maior distribuição de casos confirmados entre os profissionais de enfermagem. Um estudo realizado por Urquiza-Yero et al. (2020) em Las Tunas, Cuba, observou que na distribuição de pacientes positivos por covid-19 de acordo com a ocupação, as maiores concentrações eram em donas de casa (38,39%) e aposentados (11,11%).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do estudo, observou-se que, quanto aos primeiros 300 casos de covid-19 em Palmas-TO, a maioria dos infectados eram pessoas: do sexo biológico feminino; da faixa etária entre 30 e 39 anos; e a maioria não pertencia a grupos de risco para o desenvolvimento da doença. Entretanto, dentre os que pertenciam ao grupo de risco, a hipertensão foi a comorbidade de maior prevalência, embora tenham sido observadas associações entre comorbidades, sendo a associação hipertensão-diabetes a mais prevalente. A maioria das contaminações ocorreu por meio de contato com paciente positivo, e a maioria dos casos foi entre estudantes e moradores da quadra 706 sul.

Através deste estudo pode-se, ainda, observar a importância do registro adequado dos dados dos pacientes infectados pela covid-19, para a garantia de maior fidedignidade nos resultados encontrados. Observou-se um número razoavelmente alto de dados ignorados, especialmente quanto a profissão, forma de contato e existência de comorbidades nos pacientes infectados, o que prejudica uma análise integral dos aspectos observados.

Entende-se que, com o avanço da pandemia após os 300 casos iniciais, os achados podem mudar e levar a diferentes conclusões das encontradas neste estudo. É de extrema importância a realização de análises periódicas das características sociais, demográficas e epidemiológicas de infecções como a covid-19, para que os resultados possam auxiliar a gestão no planejamento constante de políticas de enfrentamento, contenção e prevenção da doença. Dessa forma, sugere-se a continuação da realização de estudos epidemiológicos semelhantes para os demais casos no município.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Thais Fonseca et al. Caracterização clínica e epidemiológica de casos moderados de covid-19 no norte do Tocantins. In: ROSSI, Alexssandra et al. **Doenças infectocontagiosas e o controle de infecção hospitalar: desafios em tempos de pandemia.** Ponta Grossa – PR: Atena, 2021. p. 46-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV).** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. COE n° 1, 03 de fevereiro de 2020.

CUNHA, Arthur Arantes et al. Tendência na incidência de acidentes de trajeto em trabalhadores no Brasil entre 2009 e 2016. **Revista Brasileira de Medicina no Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 490-498, 2019.

DA SILVA, Glória Isabel Lisboa et al. Caracterização epidemiológica e análise temporal da Covid-19 em uma cidade do Sertão alagoano. **Diversitas Journal**, v. 6, n. 1, p. 460-480, 2021.

DINIZ, Michely Correia et al. Crise global coronavírus: Monitoramento e impactos. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2 COVID-19, p. 359, 2020.

FEITOSA, Eva Emanuela Lopes Cavalcante et al. A Importância Da Construção Do Perfil Epidemiológico De Um PST Para Sua Área De Abrangência. **XVI Encontro De Pesquisa E Extensão-Xvi Encope/Uern–Mossoró-14 A**, v. 16, n. 04, 2010.

FLORES ZAMUDIO, Fiorella Fabiola. Asociación entre la ocupación y la infección por Covid 19 en personal de salud. 2021.

GUAN, D. et al. Global supply-chain effects of COVID-19 control measures. **Nat. Hum. Behav.** 4, 577–587 (2020).

MACEDO, Glauber Bezerra et al. Análise epidemiológica e espacial da COVID-19 no Estado do Piauí. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e55010515313-e55010515313, 2021.

OLIVEIRA, Lucas Reis et al. Análise epidemiológica da segunda onda de COVID-19 no estado da Bahia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7006-e7006, 2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Palmas-TO.** Doença pelo novo coronavírus (COVID-19). Nº 45, 03 de maio de 2020.

PERICÀS, Juan M. et al. Hospital at home for the management of COVID-19: preliminary experience with 63 patients. **Infection**, v. 49, n. 2, p. 327-332, 2021.

ROCHA, Roseany Patrícia da Silva et al. Características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19: revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 871-884, 2021.

SILVA, Anderson Walter Costa et al. Caracterização clínica e epidemiologia de 1560 casos de COVID-19 em Macapá/AP, extremo norte do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e150985499-e150985499, 2020.

URQUIZA-YERO, Yisell et al. Características clínico epidemiológicas de los pacientes de Las Tunas positivos al RT-PCR para la COVID-19. **Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta**, v. 45, n. 4, 2020

VALIM, Aryane Martininghe et al. Caracterização dos casos de COVID-19 entre residentes em saúde de Hospital de Ensino de Campo Grande-MS. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3780-3797, 2021.

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFECTADOS POR COVID-19 RELACIONADA AO TRABALHO EM PALMAS –TOCANTINS

BRUNA RODRIGUES ALENCAR

CRISTIANO ROBSON DOS SANTOS OLIVEIRA

FLÁVIA MEDINA

Título abreviado: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Número de palavras do texto principal: 3391 Número de referências: 24

Fonte de financiamento: Fundo Municipal de Sáude.

Conflitos de interesse: Nenhum.

ARQUIVO PRINCIPAL

Tipo de Artigo (Artigo Original)

Título: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFECTADOS POR COVID-19 RELACIONADA AO TRABALHO EM PALMAS – TOCANTINS

Resumo

Introdução - A pandemia da COVID-19 é considerada um dos problemas de saúde mais agudo e grave da última época. Trata-se de um vírus de alta transmissibilidade e elevada letalidade. A doença pode estar associada ao trabalho, com alta incidência nos profissionais de saúde, que estão mais expostos ao vírus SARS-Cov-2 no ambiente laboral. **Objetivo -** Analisar o perfil epidemiológico dos casos de Covid-19 relacionada ao trabalho em profissionais de saúde residentes em Palmas - TO. **Métodos -** Pesquisa de natureza básica, de forma quantitativa, com objetivos descritivos. Os dados foram coletados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), a partir de notificações de COVID-19 relacionada ao trabalho de profissionais de saúde residentes em Palmas- TO,realizadas nas fichas de acidente de trabalho, no período de Julho de 2020 até 16 de Agosto de 2021. **Resultados-** Com a análise de dados foi possível descrever o perfil epidemiológico dos profissionais de saúde acometidos pela Covid-19 no pleno exercício de seu trabalho no município de Palmas - Tocantins. **Conclusão-** É notório a necessidade de realizar matriciamento com o objetivo de implantar medidas de intervenção, controle e interrupção da cadeia de transmissão nos ambientes laborais.

DESCRITORES: COVID-19. Saúde do trabalhador. Epidemiologia

ABSTRACT

Introduction - The COVID-19 pandemic is considered one of the most high and low fromlast season. It is a virus of high transmissibility and high Lethality. The disease may be associated with work, with a high incidence in healthcare workers, who are moreexposed to the SARS-Cov-2 virus in the environment work Objective - To analyze the epidemiological profile of Covid-19 cases related to to work in health professionalsresiding in Palmas - TO. Methods - Research of a basic nature, in a quantitative way, with descriptive objectives. Data were collected from the Notifiable Diseases Information System (Sinan), from work-related COVID-19 notifications from healthcare professionals residents in Palmas-TO, carried out in the work accident records, in theperiod of July 2020 until August 16, 2021. Results- With the data analysis it was possible to describe the epidemiological profile of the health professionals affected by Covid-19 in the full exercise of his work in the municipality of Palmas - Tocantins. Conclusion- There is a clear need to carry out matrix support in order toimplement measures of intervention, control and interruption of the transmission chainin work environments.

HEADINGS: COVID-19. /epidemiology. Epidemiologic Study Characteristics, Occupational Health

Introdução

O SARS-CoV-2, agente causador da COVID-19, é um novo patógeno que foi reconhecido em dezembro de 2019 em Wuhan, China, e que tem se propagado rapidamente pelo mundo. Em 2 de agosto de 2020, havia registrado cerca de 17 milhões de casos e 680 mil mortes em 216 países, sendo o Brasil o segundo, com maior casos e mortes no planeta [1].

Até então não havia tratamento ou vacina, as pessoas se preveniam com o uso de máscaras faciais e higienização das mãos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o isolamento de pessoas com os sintomas e o distanciamento social, para assim, evitar mais contaminação [1].

A pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), cuja doença recebeu o nome de COVID-19, representa um dos problemas de saúde mais agudos e graves das últimas décadas, configurando quadro de emergência de saúde pública mundial [2]. Trata-se de vírus de elevada transmissibilidade [3] e letalidade para indivíduos idosos e portadores de doenças crônicas, sobretudo, doenças respiratórias [4].

No final de janeiro de 2021, a doença foi responsável por infectar, aproximadamente, 97 milhões de pessoas em todo o mundo. Os sintomas do COVID-19 incluem febre, seguida de tosse, na grande maioria dos pacientes, aguns sintomas adicionais como diarréia e constipação no início da doença. Embora haja uma taxa de mortalidade superior a 20% em idosos com condições médicas subjacentes, como hipertensão, diabetes, doenças pulmonares e cardíacas, a maioria dos casos não requer intervenção intensiva e espera-se que a maioria dos pacientes infectados faça uma recuperação completa dos efeitos da infecção pulmonar aguda [5].

O alto potencial de transmissão, juntamente com a inexistencia de um medicamento antiviral, fez com que a doença se manifestasse e atingisse 55.924 casos confirmados na China, até fevereiro de 2020 [6]. A letalidade atingida de 79.9% (44.672) variou de acordo com a faixa etária, no qual 0,2% foram pacientes de 10-39 anos, 8% pacientes de 70-89 anos e 14.4% em pacientes com idade superior a 80 anos, que foi considerado o grupo mais vulnerável [6].

A história natural da COVID-19 possui 3 etapas: exposição, infecção ou/e adoecimento. A exposição é o contato de pessoas com o agente, que pode ser

detectado na pele, no ar, nas roupas, no celular, em superfícies e objetos. Já na infecção, o agente se encontra no organismo, podendo ser detectada por exames, por exemplo sorológico, porém nem toda pessoa soropositiva desenvolverá a doença, ou seja, não terá sinais e até 17 sintomas, apesar de ter capacidade de transmiti-la.

O adoecimento é a última fase, na qual existe o desenvolvimento de sinais e sintomas como tosse, febre, dores no corpo, falta de ar, dentre outros. Quando se busca a relação da COVID-19 com o trabalho é necessário realizar investigação destas etapas, assim como a rota de exposição, além disso, a vigilância epidemiológica é fundamental para que medidas de controle sejam implantadas nos locais e processos de trabalho, visando a quebra da cadeia de transmissão [7].

Conforme instruções divulgadas pelo Ministério da Saúde, por meio do documento intitulado Orientações de Vigilância Epidemiológica da Covid-19 relacionada ao trabalho, publicado no ano de 2020, os profissionais de saúde são classificados de acordo com suas ocupações em muito alto risco, alto risco, médio risco e baixo risco em relação a contaminação de COVID-19 relacionada ao trabalho [7].

O contexto de pandemia requer maior atenção ao trabalhador de saúde tambémno que se refere aos aspectos que concernem à sua saúde mental. Tem sido recorrente o relato de aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectar ou transmitir a infecção aos membros da família. Destaca-se que com o acometimento desses profissionais pode haver comprometimento dos recursos e a qualidade ofertada pelos serviços de saúde [7].

A COVID-19 pode estar associada ao trabalho, uma vez que muitas pessoas se deslocam de suas casas para trabalhar, estando suscetíveis ao contato humano ou de objetos e superfícies contaminadas, e em seus âmbitos de trabalho não se tem uma proteção ou cuidado total que garanta a segurança dos trabalhadores [8]. O autor ressalta que o trabalhador tem poucas opções, pois tem que desempenhar sua função fora de casa, bem como cumprir ordens, de modo que aumenta o risco de adoecimento.

A pandemia pela COVID-19 colocou os profissionais de saúde sob

extrema pressão, com alto potencial de afetar a saúde física e mental. O ambiente de trabalho coloca os profissionais de saúde em alto risco para a infecção pelo novo coronavírus, uma vez que a contaminação generalizada de ambientes hospitalares tem sido relacionada à internação de pacientes contaminados pelo SARS-CoV-2, sintomáticos ou não [9].

Os ambientes e processos de trabalho podem ter um papel crucial na disseminação rápida do vírus, em especial quando trabalham em locais fechados, com ventilação insuficiente, com tarefas e funções que geram aglomeração e proximidade entre os trabalhadores por cerca de 8 horas por dia, e quando há compartilhamento de instalações, bancadas, instrumentos, ferramentas, refeitórios, alojamentos, transportes, entre outros [10].

No caso específico dos profissionais de saúde, acredita-se que as infecções estejam associadas à inadequação ou falhas nas medidas de precaução e de proteção contra o surto, escassez de equipamentos de proteção individual (máscaras cirúrgicas e do tipo PFF2 e vestuário), presença de aglomerações, indivíduos infectados e assintomáticos que mantiveram contato com médicos, enfermeiros(as) e demais trabalhadores(as) da saúde, dentre outros fatores [11].

Geralmente os infectados por COVID-19 que necessitam de atendimento hospitalar estão em estado crônico de saúde, o que exige dos profissionais decisões aceleradas e precisas, sendo que é necessário que os trabalhadores tenham condições de trabalho que favoreçam o tempo de repouso suficiente e garanta a recuperação do desgaste físico e psíquico[11.] O cenário da pandemia, em que há jornadas de trabalho extensas, aumenta a exposição ocupacional ao agente infeccioso, expondo o trabalhador a doenças e acidentes. Quando o trabalhador se demonstra desgastado com sua rotina de trabalho pode acabar se fragilizando e cometendo erros no cuidado em saúde [11.]

Para que o profissional de saúde possa desempenhar suas funções com segurança, é necessário que sejam disponibilizadas condições organizacionais e ferramentas de trabalho com tecnologias adequadas. Com o propósito de minimizar o risco de infecção cruzada de pacientes e profissionais, recomenda-se realizar a separação de equipes para cuidar exclusivamente de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 [12].

Durante surtos e pandemias é comum que profissionais de saúde

trabalhem muitas horas, sem pausas e sob grande pressão, levando-os a fadiga e exaustão [13]. Contudo, longas jornadas reduzem o nível de atenção e rebaixam a capacidade de resposta, interferindo na qualidade do cuidado em saúde [14].

O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico dos casos de COVID-19 relacionados ao trabalho em profissionais de saúde residentes em Palmas-TO. Estes trabalhadores estão mais expostos no ambiente de trabalho ao vírus SARS-Cov-2, o que provoca altos índices de adoecimento. Portanto, conhecer o perfil epidemiológico dessa categoria é fundamental para subsidiar a implementação de medidas de intervenção, controle e interrupção da cadeia de transmissão da doença nos ambientes laborais.

Metodologia

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),por meio do software Tab para Windows (TabWin). Como os casos de COVID-19 Relacionados ao Trabalho são notificados na ficha de Acidente de Trabalho, para extrair somente os casos de COVID-19 foram utilizadas as seguintes seleções: Ano da notificação (2020 e 2021), Ano de início dos sintomas (2020 e 2021), Município de Residência do paciente (Palmas-Tocantins), e Diagnóstico da lesão (B34.2 - Infecção por coronavírus, não especificada).

Por fim, no campo ocupação, foram selecionadas todas as categorias de profissionais da área da saúde disponíveis no TabWin. Foram utilizados para os cálculos todos os casos de COVID-19 Relacionado ao Trabalho presentes no SINAN até o dia 16 de agosto de 2021, data da extração.Os dados foram armazenados em planilhas de Microsoft Excel e foram organizados em tabelas. Também foram geradas tabelas de contingência para verificar a associação entre as variáveis. Nesse intuito, foram utilizadas a Razão de Chances ou Odds-Ratio (OR) e o teste Exato de Fisher. Para verificar a magnitude da associação entre as variáveis foi utilizado o V de Cramer. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de $p<0,05$. O tratamento estatístico dos dados foi realizado por meio do software Paleontological Statistics(PAST) Versão 4.06b [17].

Este estudo é um desdobramento do projeto “Agravos Relacionados ao

Trabalho, incluindo COVID-19 Relacionado ao Trabalho, no Município de Palmas, Tocantins: análise retrospectiva e prospectiva", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (CEP-FESP) por meio do Parecer Nº 4.677.414.

Resultados

O presente estudo demonstra resultados que expressam um agrupamento de casos analisados de COVID-19 relacionada ao trabalho em profissionais de saúde residentes de Palmas-Tocantins, sendo 909 casos notificados, representando 0,53% do total de 48.594 casos positivos registrados no município de Palmas-TO até o dia 16 de agosto de 2021.

Sobre as características sociodemográficas observou-se que o sexo feminino (78,55%) foi mais acometido do que o masculino (21,45%). Em relação à faixa etária os grupos de 20-39anos e 40-59 anos tiveram maior frequência com o percentual de 51,16% e 47,81% respectivamente. O grau de escolaridade dos trabalhadores infectados por COVID-19 relacionada ao trabalho, variou entre ensino superior completo como mais atingido (56,77%) e o menor percentual para ensino fundamental completo (0,22%). A cor parda (44,36%) foi a mais comprometida, seguida da cor branca (33,88%) e amarela (16,17%). Em relação à situação no mercado de trabalho, os servidores públicos estatutários foram mais atingidos com 52,26% dos casos.

Quando se trata da ocupação das vítimas de Covid-19, observando-se o quantitativo total de profissionais (909), divididos em categoria profissional da saúde, os profissionais de enfermagem são os mais atingidos, com 58,53% do total de casos. Em seguida os médicos e especialidades (10,12%) e fisioterapeutas (3,08%), já os profissionais médicos veterinários são os menos atingidos, com apenas 1 caso, representando 0,11% do total.

Outros quesitos analisados foram quanto ao atendimento médico, regime de tratamento e evolução dos casos. Para essas variáveis observou-se que a maioria dos profissionais infectados por COVID-19 Relacionada ao Trabalho buscaram atendimento médico (85,48% do total de casos). Quanto ao regime de tratamento a maior proporção foi para regime ambulatorial (96,70%), seguido do

regime hospitalar (1,87%). Levando em consideração a evolução dos casos, 98,57% dos profissionais obtiveram a cura e 0,33% foram a óbitos, representando 3 profissionais de saúde, sendo eles 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino com a faixa etária entre 49-60 anos.

A associação entre características dos participantes e o desfecho de óbito variou na categoria sexo com uma Razão de Chances (Odds-Ratio) em 1,8 do sexo masculino sobre ofeminino, ou seja, o sexo masculino possui 80% mais chances de ir a óbito por COVID-19 Relacionado ao Trabalho. Em relação a idade, o grupo maior que 60 anos têm 29,7 vezes mais chance de ir a óbito por COVID-19 relacionado ao trabalho quando comparado ao grupomenor que 60 anos. Quando se trata de nível de escolaridade os profissionais com nível médio completo tem menor chance de ir a óbito ao ser comparado aos profissionais de nívelmédio incompleto (OR=0,07), além disso os profissionais da área da saúde possuem menor chance de ir á óbito em relação a outras categorias profissionais (OR=0,33). Entretanto, o Intervalo de Confiança de 95% do OR revela que a intensidade e direção dessas associações varia substancialmente, podendo representar fator de susceptibilidade ou proteção, exceto para a idade maior de 60 anos, que configurou-se somente como fator de susceptibilidade, porém com intensa variação (1,3-672,8). Nenhuma associação atingiu significância estatística e todas apresentaram magnitude muito baixa ou nula[18]. Essa dispersão nos intervalos de confiança pode tanto representar o caráter aleatório dessa patologia, quanto à pouca influência das variáveis analisadas ou a necessidade de notificar mais casos para conhecer melhor o perfil desses indivíduos.

Discussão

Para comprovar o nexo do adoecimento com a atividade profissional é necessário realizar uma investigação epidemiológica complementar, considera-se uma importante colaboração para revelar a frequência e relação com qual o serviço condiciona ao processo de adoecimento pela COVID-19 [15].

Verificou-se maior prevalência do sexo feminino no número de casos notificados de COVID-19 relacionado ao trabalho com predominância na faixa etária entre 20 e 39 anos. Resultado semelhante foi encontrado na análise do perfil epidemiológico realizada pelo Cerest de Salvador - BA que do total de trabalhadores investigados, (75,9%) eram mulheres com idade, na sua maioria, entre 20 e 59 anos, sendo maior a faixa etária de 20 a 39 anos (54,5%) [15].

A maior frequência de casos de COVID-19 é constatada no sexo feminino, quando se trata de trabalhadores do setor de saúde, este fator indica maior vulnerabilidade, provavelmente decorrente da maior presença de mulheres nesta categoria profissional [15].

Constatou-se em outro estudo, também realizado na Bahia, que o setor de saúde (37,1%) foi o mais afetado, destacando-se técnicos e auxiliares de enfermagem (25,7%), enfermeiros (13,3%), médicos (6,3%) e agentes comunitários de saúde (4,9%) [15].

No presente estudo observou-se que 85,48% dos participantes necessitou de atendimento médico, contudo apenas 1,87% do total de casos realizou tratamento hospitalar.Desfecho contrário é encontrado na pesquisa realizada na Bahia, em que o autor afirma que houve atendimento médico para cerca de dois terços dos casos investigados, garantindo que estes tiveram acesso ao serviço de saúde, porém sendo necessária atenção de maior complexidade para quase todos desse grupo em questão. O que pode significar a ocorrência de quadros mais graves no conjunto investigado quando comparado à expectativa do agravamento de casos que afetam a população geral, uma vez que, segundo a OMS, apenas15% dos casos demandariam hospitalização [15].

Outra comparação pode ser realizada com os dados do alerta epidemiológico da OPAS/OMSque apresentou um total de 569.304 casos de COVID-19 em profissionais de saúde, dos quais 2.506 evoluíram para óbito. Dentre os casos notificados, 72% são mulheres, e as faixas etárias com as

maiores relevâncias de casos confirmados são 30-39 e 40-49 anos, no períodode 19 a 31 de agosto de 2020, de acordo com as informações disponíveis de 19 países na Região das Américas [16].

A maior proporção de casos positivos de COVID-19 no Brasil, conforme dados coletados pela OPAS, estava entre técnicos e auxiliares de enfermagem (34%), seguido porenfermeiros (14%), médicos (11%), agentes comunitários de saúde (5%), e pessoal administrativo da unidade de saúde (4%), de um total de 1.212.430 casos de síndrome gripal com suspeita de COVID-19 que foram notificados entre profissionais de saúde no período entre 26 de fevereiro e 22 de agosto, no qual 268.954 (22%) positivos para COVID-19 [16].

Acerca das profissões mais infectadas por COVID-19 relacionada ao trabalho, este estudo mostra que os profissionais de enfermagem (58,53%), médicos e especialidades (10,12%) foram de longe os mais acometidos pela doença. Apuração compatível é encontrada no estudo desenvolvido pelo CEREST de Salvador- BA, em que os autores demonstram quena distribuição dos casos por categoria, os técnicos de enfermagem correspondem a 35,2%, seguido dos enfermeiros com 16%. Se somados, os casos correspondentes à categoria de enfermagem respondem por mais da metade dos trabalhadores de saúde infectados pelonovo coronavírus (51,2%). Os médicos ocupam a terceira categoria com maior contaminação,representando 8,0% dos casos [17].

O estudo da Bahia demonstrou que trabalhadores celetistas foram a maioria (39,7%). Nesta pesquisa, o vínculo empregatício com maior proporção foi o de servidores públicos estatutários (52,26%) e em seguida os trabalhadores celetistas totalizaram 14,63% da amostra [17].

No boletim epidemiológico do estado da Paraíba foi verificado um aumento de 88% no número de casos confirmados, sendo que 7% do total são referentes a profissionais de saúde. Os dados mostram uma maior incidência dos casos mais graves em indivíduos do sexo masculino (63%), na faixa etária adulta entre 40 a 49 anos, e a proporção com menor percentual para o sexo feminino (37%), com faixa etária predominante entre 60 a 69 anos. As informações coletadas são referentes ao período de 23 de março de 2020 a 29 de maio de 2020 a partir do primeiro caso confirmado da doença[18].

Alguns fatores podem ser elencados como as possíveis razões para o aumento do número de casos de COVID-19 relacionados ao trabalho em

profissionais da saúde, entre eles: ser uma doença nova trouxe dificuldades no reconhecimento dos sintomas associado à inexperiência com patógenos respiratórios; o desconhecimento e a falta de treinamento e atividades de capacitação, que contribuíram para uma demora na apropriação do senso de proteção diante da doença; lacunas na supervisão e na orientação dos profissionais, além de mecanismos de monitoramento e vigilância dos casos, contribuindo com o risco de infecção; a intensa jornada de trabalho e a escassez de profissionais disponíveis, gerando uma exposição a um grande número de pacientes infectados em longos turnos com períodos de descanso inadequados; a falta de medidas para prevenir a propagação nos hospitais e melhorar o controle de infecções hospitalares; e a condição de saúde dos profissionais pode ter favorecido o aumento do número de casos e de óbitos entre esses trabalhadores [19].

Em decorrência do aumento da demanda causado pela pandemia foi direcionada para as linhas de frente e para as ações contingenciais um maior quantitativo de profissionais de saúde aumentando a exposição desse público ao SARS-CoV-2 e o número de casos de infecção entre esses trabalhadores [19].

Vários fatores compreendem a exposição contínua e demorada dos profissionais de saúde aos pacientes com elevado potencial de contágio, dentre eles o aumento da jornada de trabalho, diminuição dos intervalos de descanso devido ao alto número em demandas de atendimentos nas Unidades de Saúde, gerando dificuldades nos processos de trabalho, além de impactar na saúde e disposiçao dos profissionais atuantes no combate à pandemia [20].

Soma-se a isso, a grande preocupação por parte dos profissionais de saúde que se apresentam com comorbidades, expressando medo e angústia perante o contexto pandêmico, pois tem-se a responsabilidade profissional conforme a coletividade frente à COVID-19, e compartilham suas vivências e limites físicos e mentais no exercer de suas atividades profissionais [21].

Os equipamentos de proteção individual (EPI) e coletiva (EPC) são medidas essenciais para a prevenção da Covid-19. Contudo, especialmente na fase inicial da pandemia, havia escassez desses recursos e, muitas vezes, os profissionais de saúde tiveram que prestar assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 sem utilizar os EPI apropriados e sem dispor de treinamento adequado, o que aumentou bastanteo risco de contágio [22].

Conclusões

É necessário realizar a investigação epidemiológica de casos de COVID-19 para encontrar o nexo causal e assim relacionar a doença ao trabalho. Com o resultado dessa investigação foi possível realizar um mapeamento da COVID-19 entre os trabalhadores de saúde residentes no município de Palmas-TO, além de reafirmar a importância da disseminação da doença entre o ambiente e processos de trabalho. Esses dados evidenciam a importância de um planejamento de ações referentes à vigilância no ambiente de trabalho, fundamental para inserir medidas de controle coletiva, individual e organizacionais para a prevenção da COVID-19 nos locais de trabalho.

Ao analisar os dados encontrados na pesquisa, é notória a necessidade de realizar matriciamento e ações de educação permanente para tratar sobre a prevenção da COVID- 19 Relacionada ao Trabalho, especificamente nos ambientes laborais de saúde, abordando assuntos como a forma de contágio, prevenção, paramentação, uso de EPI, medidas de isolamento e distanciamento social, entre outros. Além disso, torna-se essencial entender aorganização e gestão de trabalho para compreender o porquê da ocorrência do adoecimento e encontrar possibilidades de prevenção para diminuir o risco de contaminação entre esses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Garcia, LP, Traebert, J, Boing, AC, Santos, GFF, Pedebôs, LA, d'OrsiIII, E, et al. O potencial de propagação da COVID-19 e a tomada de decisão governamental: uma análise retrospectiva em Florianópolis, Brasil. Revista brasileira de epidemiologia, 2020; v. 23, n. e200091.

2. Marc, DL, Phil, DL. Swerdlow, MD, Finelli, L, Dr.P.H. Defining the Epidemiology of Covid-19 - Studies Needed. The New England Journal of Medicine. 2020; p. 1194-1196.

3. Rothan, HA, Byrareddy, SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of Autoimmunity,may: 2020; 109: 102433, p. 1-4.

4. Shi, H, Han, X, Jiang, N, Cao, Y, Alwalid, O, Gu, J, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumoniain Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet Infectious Diseases. 2020; v. 20, p. 425-434.

5. Amruta, N, Chastain, WH, Paz, M, Solch, RJ, Murray-Brown, IC, Befeler, JB, et al. SARS-CoV-2 mediated neuroinflammation and the impact of COVID-19 in neurological disorders. Cytokine & growth factor reviews. 2021; v. 58, p. 1-15.

6. Silva, AWC, Cunha, AA, Alves, GC, Corona, RA, Dias, CAGM, Nassiri, R, et al. Perfil epidemiológico e determinante social do COVID-19 em Macapá, Amapá, Amazônia, Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2020.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19. 11 de maio de 2020. Brasília, DF. 2020a.

8. MAENO, M. A COVID-19 É UMA DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO. [Acesso em 05 mar 2021] Artigo disponível em https://portal.fiocruz.br/pergunta/qual-e-o-tempo-de-incubacao-do-novo-coronavirus.

9. Ong SW, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MS, et al. Air, Surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient.JAMA. 2020 ;323(16):3–5.

10. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Comitê Estadual de Emergência em Saúde. Nota Técnica COE Saúde no 17, de 2 de abril de 2020 (com revisão). Orientações para Gestores, Empregadores, Profissionais de Saúde e Trabalhadores de Serviços de Saúde no Estado da Bahia, para Enfrentamento da Pandemia de Coronavírus – COVID-19 (Infecção Pelo Sars-Cov-2). 2020b.

11. Xiang, YT, Yang, Y, Wen, L, Zhang, L, Zhang, Q, Cheung, T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. The Lancet Psychiatry. 2020; v. 7, n. 3, p.228-229.

12. Gan WH, Lim JW, Koh D. Preventing Intra-hospital infection and transmission of coronavirus disease 2019 in health-care workers. Saf Health Work. 2020 Mar 24. doi:10.1016/j.shaw.2020.03.001.

13. Schwartz, J, King, CC, Yen, MY, Protecting HealthcareWorkers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID19) Outbreak: Lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. Clinical Infectious Diseases. 2020; ciaa255, p. 1-3.

14. Silva, AA, Rotemberg, L, Fischer, FM. Jornadasde trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. Rev Saúde Pública 2011;45(6):1117-26

15. Almeida, SM, Andrade, CAS, Castro, JSM, Almeida, CS, Almeida, AC. Perfil epidemiológico dos casos de Covid-19 relacionados ao trabalho no estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2021; v. 45, N Especial 1, p. 93-108.

16. Washington, D.C. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: COVID-19 entre os profissionais de saúde. 31 de agosto de 2020, OPAS/OMS; 2020.

17. Mendes, TTM, Ribeiro, APC, Andrade, CAS, Bastos, PKF, Pádua, PD. Investigação epidemiológica de Covid-19 relacionada ao trabalho em trabalhadores de Saúde: experiência do Cerest Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2021; *45*(1), 254-266.

18. Sousa, MNA, Estrela, YCA, Bezerra ALD. Perfil epidemiológico de casos de coronavírus no Estado da Paraíba utilizando o Boletim Epidemiológico Local. Informação em Pauta, Fortaleza. 2020; v. 5, n. 2, p. 91-106.

19. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. J Hosp Infect: 2020.

20. ROCHA, RPS, Oliveira, JLC, Carvalho, ARS, Matos, BAB, Mufato, LF, Ribeiro, AC. et al. Características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19: revisão integrativa da literatura. RIO DE JANEIRO. 2021; V. 45, N. 130, P. 871-884.

21. Vedovato, TG, Andrade,CB, Santos, DL, Bitencourt, SM, Almeida, LP, Sampaio, JFS. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?. Rev Bras Saude Ocup 2021;46:e1

22. Karlsson U, Fraenkel CJ. Covid-19: risks to healthcare workers and their families.BMJ. 2020; 371:3944.

23. Hammer Ø, Harper DAT, Ryan PD. PAST: Paleontological statistics software packagefor education and data analysis. Palaeontologia Electronica, 2001, 4(1): 1-9.

24. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. Turkish journal of emergencymedicine, 2018.

Research, Society and Development, v. 10, n. 4, eXX, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.XXXXX

O impacto epidemiológico da covid-19 na saúde mental da população palmense

The epidemiological impact of covid-19 on the mental health of the population of palmense

El impacto epidemiológico del covid-19 en la salud mental de la población de palmense

Recebido: 00/01/2022 | Revisado: 00/01/2022 | Aceito: 00/01/2022 | Publicado: 00/01/2022

Dyeksmar Fonseca Maciel
ORCID: https://orcid.org/ 0000-0001-6175-7822
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins, Brasil.
E-mail: dyeksmarfonsecamaciel@gmail.com
Eudimara Moreira Guimarães
ORCID: https://orcid.org/ 0000-0002-7224-2397
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins, Brasil.
E-mail: eudi.psi@gmail.com
Mayara Azevedo Resende de Lourenzo
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7204-7762.
Instituto Tocantinense Antônio Carlos - ITPAC Palmas, Tocantins, Brasil.
E-mail: mayara.lourenzo@gmail.com
Leny Meire Correa Molinari Carrasco
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1143-8975.
Secretaria de Saúde de Palmas, Tocantins, Brasil.
E-mail: lenycarrasco@gmail.com

Resumo: Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde recebeu a notificação de vários casos de pneumonia em Wuhan, na China, provocados por uma cepa de Coronavírus, o SARS-CoV-2. A situação levou ao alerta de emergência de relevância internacional em razão da rapidez na contaminação e multiplicação entre os continentes. Em Palmas-TO, a Área Técnica de Saúde Mental desenvolveu um projeto visando amenizar os impactos à saúde mental em decorrência da pandemia. Objetivo: Apresentar as vivências do Projeto Pandemia do COVID-19: Oferta de Atendimento em Saúde Mental durante o contexto da pandemia, e relatar os impactos dos atendimentos psicológicos online durante o Projeto. Método: Estudo do tipo qualitativo de observação participante, com relato da experiência vivenciada pelos residentes no período de abril a julho de 2020 no Projeto executado em Palmas-TO. Resultados: A oferta de atendimento aconteceu de maneira online, na triagem e atendimento com as categorias especializadas. O projeto é pioneiro no município e ofertou atendimento em tempo hábil e mostrou-se resolutivo às demandas que foram apresentadas. Conclusão: A estratégia de realizar triagem qualificada, por meio de especialista indica efetividade nos serviços ofertados em saúde mental, já que minimizou a sobrecarga dos profissionais de atendimento especializado (psicologia e psiquiatria). De todas as triagens realizadas, apenas 29% foram encaminhadas ao atendimento especializado. Além de diminuir a fila de espera às consultas especializadas, já que atendeu-se maior número de pacientes, em menor tempo, aumentando a efetividade dos serviços em saúde mental.
Palavras Chaves: COVID-19; Pandemia; Saúde Mental; Epidemiologia.

Abstract: On December 31, 2019, the World Health Organization received notifications of several cases of pneumonia in Wuhan, China, caused by a strain of Coronavirus, SARS-CoV-2. The situation led to an emergency alert of international relevance due to the rapidity of contamination and multiplication between continents. In Palmas-TO, the Mental Health Technical Area developed a project to mitigate the impacts on mental health as a result of the pandemic. Objective: To present the experiences of the COVID-19 Pandemic Project: Offer of Mental Health Care during the context of the pandemic, and report the impacts of online psychological care during the Project. Method: Qualitative study of participant observation, with a report of the experience lived by residents from April to July 2020 in the Project carried out in Palmas-TO. Results: The service was offered online through the screening and service with the specialized categories. The project is a pioneer in the

municipality and offered timely assistance and proved to be resolute to the demands that were presented. Conclusion: The strategy of performing qualified screening, through a specialist, indicates effectiveness in the services offered in mental health, as it minimized the overload of specialized care professionals (psychology and psychiatry). Of all the screenings performed, only 29% were referred to specialized care. In addition to reducing the waiting list for specialized consultations, since a greater number of patients were treated in a shorter time, increasing the effectiveness of mental health services.
Keywords: COVID-19; Pandemic; Mental health; Epidemiology.

Resumen: El 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud recibió notificación de varios casos de neumonía en Wuhan, China, causados por una cepa de Coronavirus, SARS-CoV-2. La situación generó una alerta de emergencia de relevancia internacional debido a la rapidez de la contaminación y multiplicación entre continentes. En Palmas-TO, el Área Técnica de Salud Mental desarrolló un proyecto para mitigar los impactos en la salud mental como consecuencia de la pandemia. Objetivo: Presentar las experiencias del Proyecto Pandemia COVID-19: Oferta de Atención en Salud Mental durante el contexto de la pandemia, y relatar los impactos de la atención psicológica en línea durante el Proyecto. Método: Estudio de tipo cualitativo de observación participante, con relato de la experiencia vivida por los moradores de abril a julio de 2020 en el Proyecto ejecutado en Palmas-TO. Resultados: El servicio se ofreció en línea, en la proyección y atención con las categorías especializadas. El proyecto es pionero en el municipio y brindó asistencia oportuna y resolutiva a las demandas que se presentaron. Conclusión: La estrategia de realizar tamizaje calificado, por medio de un especialista, indica efectividad en los servicios ofrecidos en salud mental, ya que minimizó la sobrecarga de profesionales de atención especializada (psicología y psiquiatría). De todos los exámenes realizados, solo el 29% fueron derivados a atención especializada. Además de reducir la lista de espera para consultas especializadas, ya que se atendió a un mayor número de pacientes en menor tiempo, aumentando la efectividad de los servicios de salud mental.
Palabras clave: COVID-19; Pandemia; Salud mental; Epidemiología

1. INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) recebeu a notificação de vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, com suspeita de serem provocados por uma nova cepa de Coronavírus. Vários pacientes foram identificados com pneumonia, de causa desconhecida, epidemiologicamente ligado ao mercado de frutos do mar da cidade de Wuhan. Decorrido uma semana após a notificação, as autoridades chinesas confirmaram a existência de um novo tipo de vírus, o SARS-CoV-2. Deste então, foi emitido alerta de emergência de Saúde Pública de relevância internacional em razão da rapidez na contaminação e multiplicação entre os continentes, decretando assim a pandemia. (Mcintosh, Hirsch & Bloom, 2020).

Em fevereiro de 2020, a OMS nomeou a doença como COVID-19 (Mcintosh, Hirsch & Bloom, 2020). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), o primeiro caso foi confirmado em São Paulo-SP, no dia 26 de fevereiro. Em 17 de março, o MS é notificado do primeiro óbito por coronavírus. Em Palmas-TO, o primeiro caso foi confirmado no dia 18 de março. O primeiro óbito aconteceu 27 dias depois, no dia 14 de abril. (Croda & Garcia, 2020; G1, 2020; SANAR, 2020; UNA-SUS, 2020).

O contexto da COVID-19 causou mudanças significativas no mundo, requisitando de nós, profissionais da saúde, a capacidade de reformular os processos de trabalho e readequar as formas de ofertar atendimento. No cenário municipal de Palmas-TO, a situação não seria diferente, tornou-se visível o impacto inicial nos profissionais e usuários a partir da confirmação do primeiro caso no município. (G1, 2020).

Em situações de pandemia, o número de pessoas afetadas psicologicamente, geralmente, é maior do que os indivíduos atingidos pela infecção. (Ornell et al., 2020b). Nesses contextos, a preocupação e o medo aumentam os níveis de ansiedade,

causando estresse e pânico em sujeitos saudáveis, além de agravar os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos. Informações duvidosas, ou até mesmo notícias falsas, incertezas sobre a veracidade e gravidade da doença, são alguns dos fatores que aumentam a sensação de insegurança da população. (Barros et al., 2020; Moreira et al., 2020; Ornell et al., 2020a).

No artigo de Zhang (2019), percebeu-se a necessidade de ofertar em grande escala atendimento psicológico para a população, a fim de minimizar os impactos causados pela pandemia, o isolamento e o distanciamento social. Como uma das formas de transmitir o vírus é através da proximidade entre os indivíduos, o atendimento psicológico presencial tornou-se inviável, pois colocaria em risco a saúde do profissional e do paciente. Com isso, foi desenvolvida uma estratégia de atendimento virtual, possibilitando o apoio psicológico, mantendo contudo, o distanciamento social e garantindo a segurança dos envolvidos.

Mesmo que ainda raros, os estudos existentes apontam os impactos negativos da pandemia na saúde mental. Para mais, as pesquisas sobre surtos infecciosos anteriores expõem repercussões desadaptativas em curto, médio e longo prazo (Jiang et al., 2020; Taylor, 2019). Assim, a Área Técnica de Saúde Mental de Palmas, pensando em oportunizar atendimento especializado para profissionais e usuários, desenvolveu o projeto Pandemia do COVID-19: Oferta de Atendimento em Saúde Mental.

Os gestores do município de Palmas, identificando a necessidade de oferecer suporte em saúde mental no contexto do COVID-19 apoiou a implantação e execução do projeto na rede municipal. O projeto se propôs a criar um espaço virtual e online através da internet, disponibilizando suporte emocional para profissionais e população de Palmas-TO, afetados pelo novo coronavírus. Dessa maneira, as orientações da OMS, do Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, autoridades civis e sanitárias em relação a prevenção da propagação do vírus foram respeitadas. (Carrasco, 2020).

O atendimento por especialidade foi de forma eletiva, além de ser atendimento único. Essa estratégia adotada dava a oportunidade para um número maior de pessoas serem atendidas, diminuindo praticamente a zero a fila de espera, já que na maioria dos casos, o paciente era acolhido no mesmo dia. Com o atendimento virtual, o problema da saúde pública com as aglomerações e proximidade entre os indivíduos foi evitado, sem contudo, perder a qualidade do atendimento em saúde mental, não deixando a população desassistida. (Carrasco, 2020).

O projeto foi pioneiro no município, ofertando atendimento em tempo hábil e mostrou-se resolutivo nas demandas que eram apresentadas. Dessa forma, visto que esse modelo de atendimento foi inovador e singular, se tornou imprescindível o relato da participação nessa experiência única. Diante disso, esse artigo tem como objetivo apresentar as vivências do Projeto Pandemia do COVID-19: Oferta de Atendimento em Saúde Mental durante o contexto da pandemia, e relatar os impactos dos atendimentos psicológicos online durante o Projeto.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo de observação participante, o qual permite que o pesquisador esteja inserido na pesquisa, possibilitando o diálogo dele no contexto. Permitindo que o participante analise a realidade social que o cerca, procurando identificar as nuances que caracterizam o contexto problemático. A participação no cenário possibilita a descrição mais detalhada dos eventos de ocorrência, além das vivências terem mais sentido para ele. (Queiroz et al., 2007; Marietto, 2018). Dessa forma, foi descrita a experiência vivenciada pelos residentes no período de abril a meados de julho de 2020 no projeto Pandemia do COVID-19: Oferta de Atendimento em Saúde Mental elaborado e executado em Palmas-TO.

O projeto consistiu em oferecer atendimento online gratuito em saúde mental para os indivíduos que tiveram de alguma maneira a saúde mental abalada: os pacientes confirmados com COVID-19, usuários não confirmados com o vírus, profissionais de saúde e indivíduos no momento de luto por familiares, amigos e/ou conhecidos.

A execução do projeto iniciou no dia 06 de abril de 2020. Composto por equipe multiprofissional: 1 Coordenadora Psicóloga, 21 Psicólogos; destes, 10 são Residentes da categoria psicologia dos programas Saúde Coletiva e Saúde da Família e Comunidade, 2 Psiquiatras, 7 Residentes de Saúde Mental, 2 Residentes de Saúde Coletiva, para atuar como técnicos de referência em saúde mental. As especialidades envolvidas foram Psicologia, Psiquiatria, Terapia Ocupacional e Educação Física. A porta de entrada para o atendimento era a inscrição através de um link na plataforma digital disponibilizado no site oficial da Prefeitura de Palmas, e nas Unidades de Saúde da Família (USF). Seguia o seguinte fluxo: 1- Inscrição; 2-Acolhimento/triagem realizado pelo Técnico de Referência; 3- Se houvesse necessidade, o paciente era encaminhado para atendimento com o profissional especialista segundo a demanda do usuário. (Carrasco, 2020).

Do período de abril a julho de 2020, para receber o atendimento, houve duas formas de inclusão: 1) Demanda espontânea, e 2) Pacientes confirmados com COVID-19. Na primeira forma, o usuário deveria acessar o link digital, do formulário do Google Forms®, para inscrição. Na segunda forma, todos os pacientes confirmados com COVID-19 eram encaminhados pela SEMUS para o projeto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na execução do projeto, os dois profissionais escritores são residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Em parceria da Coordenadora do Projeto Pandemia do COVID-19: Oferta de Atendimento em Saúde Mental e da Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, estes residentes foram cedidos temporariamente para compor a equipe do projeto e desempenharam a função de Técnico de Referência (TR) no período de abril a meados de julho de 2020.

Os TR eram responsáveis por realizar a triagem e acolhimento dos indivíduos inscritos através da plataforma digital; analisar a demanda e encaminhar para o profissional especialista, darem orientações ao usuário quando não houvesse a necessidade de um atendimento com a especialidade.

Antes de iniciar o atendimento, o TR enviava por escrito um cartão de visitas padrão de apresentação e oferta do acolhimento/triagem, via WhatsApp®: “Olá! Meu nome é: _____. Técnica de Referência em Saúde Mental vinculada à Secretaria Municipal de Saúde pelo número de matrícula: _____. Estamos entrando em contato com você para informá-la(o) que iremos contactá-lo(a) via chamada de vídeo pelo WhatsApp para acolhimento e triagem em saúde mental. Por favor, solicitamos sua autorização com a resposta SIM ou NÃO. Assim que visualizarmos a mensagem faremos a chamada de vídeo caso aceite. Caso você não concorde, apenas responda NÃO e sugerimos que entre em contato com a Secretaria Municipal de Saúde pelo telefone ** 136 ou pelo link http://ouvidoria.palmas.to.gov.br/ouvidoria/ Atenciosamente, Coordenação de Saúde Mental. Projeto: Prevenção em Saúde Mental/ Pandemia COVID-19”.

Após o envio do Cartão de Visita para o paciente, o técnico de referência movia a ficha do paciente da sub pasta analisar técnicos para a sub pasta analisados técnicos.

Esperava-se o prazo de 15 minutos a partir do envio da mensagem, para responder de forma escrita, SIM, NÃO ou sem resposta, para o atendimento em saúde mental. Realizava-se o print da tela, e nomeava a imagem com o nome do Paciente em Caixa Alta e salvava na sua sub pasta pessoal do TR dentro da Pasta ACOLHIMENTOS TÉCNICOS DE REFERÊNCIA.

Se a resposta fosse SIM, o TR dava início ao atendimento por vídeo chamada. Após todo esse processo, ao término do atendimento era encaminhado um link do google forms® (https://forms.gle/GY8SpbbznUT65Cmq7) para avaliação do atendimento e era realizado o bloqueio do número do paciente atendido para evitar novas comunicações.

O paciente que respondia NÃO, recebia a mensagem: "Oi (nome do paciente), eu juntamente com a equipe multiprofissional discutimos o seu caso, e corroboramos com a sua opinião de não começar nenhum acompanhamento por agora. Se caso você precise de qualquer acompanhamento em Saúde Mental, posteriormente ao fim da PANDEMIA DO COVID-19, você poderá acessar o seu CSC (postinho) de referência, que lá eles irão te encaminhar para um novo acolhimento e avaliação. Se você só precisar de uma escuta pontual, conversar com alguém, pode entrar em contato com o CVV pelo número 188. Agora eu irei encaminhá-lo(a) um questionário simples e rápido para uma avaliação do atendimento. Atenciosamente, Coordenação de Saúde Mental. Projeto: Prevenção em Saúde Mental/ Pandemia COVID-19." contendo o link, caso necessite do atendimento futuramente. Caso não houvesse resposta do paciente à primeira tentativa de contato, era enviado uma mensagem de resposta "Desculpe, passaram-se 15 minutos de espera. Estamos no momento atendendo outro paciente, pedimos a compreensão, em breve entraremos em contato novamente, obrigada" e o TR guardava a ficha de acolhimento do paciente em sua Pasta pessoal estabelecendo contato novamente, fazendo 03 (três) tentativas em intervalo de 24h entre elas. Não obtendo sucesso nas 03 (três) tentativas o mesmo era excluído do projeto.

Os dois residentes de saúde coletiva exerceram a atribuição de coordenar os demais TRs que realizavam o acolhimento em saúde mental dos pacientes que procuravam o serviço. A coordenação consistia em: 1) Preparar os prontuários eletrônicos, direcionar os pacientes inscritos para cada TR realizar o acolhimento. 2) Estar à disposição para solucionar dúvidas e demais demandas que aparecessem dentro da equipe TR e dos profissionais das categorias especializadas para o atendimento propriamente dito.

No mês de abril de 2020 foram atendidos pelos técnicos de referência 352 pacientes, 198 pela psicologia e 25 pela psiquiatria. Assim, totalizam 1.125 atendimentos efetivos em saúde mental pelo Projeto Online. Neste mês, 45% dos pacientes que procuram o atendimento pelo formulário são pacientes com resultado positivo para COVID-19 e 80% se diziam ansiosos com a situação da pandemia.

No mês de maio de 2020 foram atendidos pelos técnicos de referência 989 pacientes, 356 pela psicologia e 21 pela psiquiatria. Assim, totalizam 1366 atendimentos efetivos em saúde mental pelo Projeto Online. Em junho foram atendidos pelos técnicos de referência 1280 pacientes, 155 pela psicologia, 13 pela psiquiatria, 5 pela educação física e 6 pela terapia ocupacional. Desta forma, foram realizados 1459 atendimentos efetivos em saúde mental pelo Projeto Online. Salientando que foram contactados 1316 pessoas sendo que destas 36 foram encaminhadas para o CALL CENTER para atendimento via telefone, por não terem acesso à internet.

No período de abril a julho de 2020 foram realizados 2.621 acolhimentos/triagens pelos Técnicos de Referência. Destas, apenas 768 (29%) foram encaminhados ao atendimento especializado. Essa porcentagem aponta que a estratégia de realizar triagem qualificada, com fluxo qualificado, por meio de profissional especialista (TR) indica que a presença dele é essencial à efetividade nos serviços ofertados em saúde mental. Sistematizou o referenciamento do fluxo de forma qualificada. Isto se refletiu em um número menor de encaminhamentos ao atendimento especializado (psicologia, psiquiatria, educação

física e terapia ocupacional), minimizando a possibilidade de falta de vagas e filas de espera, aumentando a efetividade dos serviços em saúde mental.

A utilização da psicologia breve focal mostrou-se essencial para a efetividade do projeto de atendimento online em saúde mental, porque a metodologia dessa abordagem permite acompanhamento em menor número de atendimentos, oportunizando mais indivíduos terem acesso. (Almeida, 2010; Gebara et al., 2004; Hegenberg, 2010). Essa estratégia está em consonância com o princípio fundamental da universalidade do SUS. A universalização preconiza que todos os brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. (Lei Nº 8080, cap II, art. 7º). O art. 196, da Seção II, da Constituição Federal de 1988 diz que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado". (Ponte & Falleiros, 2010).

Os atendimentos em saúde mental começaram poucos dias após as autoridades civis de Palmas-TO decretarem situação de emergência em virtude da pandemia. A procura por atendimento em saúde mental cresceu proporcionalmente com o avanço da COVID-19 na cidade, o que pode apontar que o vírus afetou negativamente a saúde mental palmense. O medo do novo, o receio de contrair a COVID-19, a angústia de falecer ou perder um ente querido para essa doença, a ansiedade e vulnerabilidade emocional causada também pelo isolamento social. Todas essas nuances possivelmente levaram os habitantes de Palmas procurarem atendimento em saúde mental, a fim de reduzirem os dilemas psicológicos causados ou agravados pela pandemia.

Dos indivíduos que foram atendidos no projeto, 513 responderam ao Questionário de Transtorno Geral de Ansiedade 7 (GAD 7). 52,4% dos questionados sentiram-se nervosos, ansiosos ou muito tensos em quase todos os dias num período de 2 semanas. No mesmo período, 39,4% não foram capazes de impedir ou de controlar as preocupações em quase todos os dias. 53,2% preocuparam-se muito com diversas coisas. 45,8% tiveram dificuldade para relaxar. 33,9% ficaram tão agitados que se tornou difícil permanecerem sentados em vários dias. 40,2% ficaram facilmente aborrecidos ou irritados em quase todos os dias. E em quase todos os dias 41,7% sentiram medo como se algo horrível fosse acontecer.

4. CONCLUSÃO

Os dados do questionário apontam que a pandemia afetou negativamente a saúde mental da população, corroborando com Ornell et al. (2020a) e Pereira et al. (2020). Para eles, em contextos de pandemia, a preocupação e medo aumentam os níveis de ansiedade, causando estresse e pânico em sujeitos saudáveis, além de agravar os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos. Informações duvidosas, ou até mesmo notícias falsas, incertezas sobre a veracidade e gravidade da doença, são alguns dos fatores que aumentam a sensação de insegurança da população. (Ornell et al., 2020a).

Outro fato importante a ressaltar é que nos meses de abril a julho de 2020, meses iniciais da pandemia em Palmas, a população viu-se numa circunstância inédita. Com isso, o medo do novo, sem experiências prévias em situações semelhantes, sem informações de estratégias convincentes no enfrentamento, de maneira resolutiva, possivelmente prejudicaram a saúde mental levando à ansiedade coletiva.

A partir da atribuição de TR, foi possível colocar em prática no Projeto as competências de um residente/especialista em Saúde Coletiva. Porque realizávamos a gestão da equipe formada pelos demais TRs. Percepção mais ampliada das demandas coletivas, procurando evidências para colaborar na elaboração de estratégias em saúde mental visando contemplar a saúde coletiva da população.

Outra atribuição como TR foi o matriciamento dos demais TRs na execução da triagem/acolhimento. A Organização no drive de diversos documentos do Projeto. Elaboração e/ou edição das mensagens padrões a serem enviadas pelos TRs aos pacientes em cada situação pertinente. Essas atribuições exercidas estavam em consonância com o perfil de competência do residente/especialista em saúde coletiva que preconiza a elaboração, pactuação e articulação dos planos de trabalho; além de identificar, priorizar problemas, idealizar estratégias que visam solucionar as demandas coletivas da população.

Diante disso, foi imprescindível a importância de relatar a experiência profissional vivenciada nesse cenário pandêmico, já que o agravo causador da pandemia alterou significativamente a saúde mental da população. Viu-se, através dos resultados, que o projeto se mostrou eficaz, podendo servir como referência para execução do mesmo em outras cidades, além de servir como inspiração para futuras políticas públicas.

REFERÊNCIAS

Almeida, R. A. (2010). Possibilidades de Utilização da Psicoterapia Breve em Hospital Geral. *Rev. SBPH*. vol.13 no.1 Rio de Janeiro. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008

Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Souza Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., Machado, I. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. O., Silva, D. R. P., Pina, M. F. & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *29*(4), e2020427. Disponível em https://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018

Carrasco, L. M. C. M. (2020). *Perfil Epidemiológico de Ansiedade.* 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Disponível em https://epi.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=35732&id_atividade=4072&tipo=

Croda, J. H. R. & Garcia, L. P. (2020). Resposta Imediata da Vigilância em Saúde à Epidemia da COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde* 29 (1) 23, Mar. Disponível em https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n1/e2020002/pt/

Gebara, A. C. et al. (2004). Eficácia terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve. *Psic*, São Paulo , v. 5, n. 1, p. 06-15. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000100002&lng=pt&nrm=iso

Globo. G1. (2020). *Secretaria Estadual de Saúde confirma primeiro caso de coronavírus no Tocantins.* Disponível em https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/03/18/secretaria-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-no-tocantins.ghtml

Hegenberg, M. (2010). Psicoterapia Breve: Clínica Psicanalítica. Disponível em https://www.eecarvalhosenne.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Psicoterapia-Breve-Hegenberg-2.pdf-%C2%B7-versao-1.pdf

Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L. & Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Research*, 286, 112903. disponível em http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903

Marietto, M. L. (2018). Observação Participante e Não Participante: Contextualização Teórica e Sugestão de Roteiro Para Aplicação dos Métodos. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, vol. 17, núm. 4, pp. 05-18, 2018. Disponível em https://www.redalyc.org/journal/3312/331259758002/html/

Mcintosh, K., Hirsch, M. S., Bloom, A. (2020). *Doença por coronavírus 2019.* Disponível em http://www.toledo.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Doenc%CC%A7a-por-coronvi%CC%81rus-2019-UPTODATE.pdf

Moreira, W. C., Sousa, K. H. J. F., Sousa, A. R., Santana, T. S., Zeitoune, R. C. G. & Nóbrega, M. P. S. S. (2020). *Intervenções em saúde mental em tempos de COVID-19: scoping review*

Organização Mundial da Saúde (OMS) & Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). (2020). *Folha informativa sobre COVID-19*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid 19&Itemid=875

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O. & Kessler, F. H. P. (2020a). "Medo pandêmico" e COVID-19: carga e estratégias de saúde mental. *Braz. J. Psychiatry*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 232-235. Disponível em https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?lang=en

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O. & Kessler, F. H. P. (2020b). *Pandemia de Medo e COVID-19: Impacto na Saúde Mental e Possíveis Estratégias.* Disponível em https://revistardp.org.br/revista/article/view/35

Pereira, M. D., Oliveira, L. C., Costa, C. F. T., Bezerra, C. M. O., Pereira, M. D., Santos, C. K. A. & Dantas, H. M. D. (2020). A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Revista Research, Society and Development.*

Ponte, C. F. & Falleiros, I. (2010). *Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história.* Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV.Disponível em https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25993/2/Livro%20EPSJV%20009774.pdf#page=238.

Queiroz, D. T., Vall, J., Souza, A. M. A. & Vieira, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. enferm.* UERJ; 15(2): 276-283, abr-jun. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf

Sanar. (2020). *Linha do tempo do coronavírus no brasil.* Disponível em https://www.sanarmed.com/linha-do-tempo-do-coronavirus-no-brasil

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

UNA-SUS, (2020). *Coronavírus: Brasil confirma Primeiro Caso da Doença.* Disponível em https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%20It%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia

Wu, D., Wu, T., Liu, Q. & Yang, Z. (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *International Journal of Infectious Diseases*. Disponível em https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1201971220301235?token=099EFC6090A97B995C6A2E5DA78D5D76E43C3A531BADCE2C586D391B170400D688E00B9DDB1DA45D993BB3F4515A42F0&originRegion=us-east-1&originCreation=20220228141305

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). *Resposta de intervenção de crise psicológica recomendada ao novo surto de pneumonia por coronavírus de 2019 na China: um modelo do Hospital da China Ocidental. Medicina Clínica de Precisão*. Disponível em https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006 acesso em 05 dez. 2020

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Georreferenciamento de casos de Leishmaniose Visceral Canina em Palmas-Tocantins nos anos de 2016 a 2019.

Georeferencing Visceral Leishmaniasis cases Canine in Palmas-Tocantins in the years 2016 to 2019

Géssica Gomes Marinho[1], Lucimara Ribeiro Calonga da Rosa[2], Leandro da Silva Chaves[3], Marcello Otake Sato[4], Benta Natânia Silva Figueiredo[5]

[1] Residente em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO(FESP). Orcid:0000-0002-7018-9289
E-mail:
gessicagmarinho@gmail.com

[2]Discente em Medicina Veterinária do Centro Universitário Católica do Tocantins.
Orcid: 0000-0002-0036-2429

[3] Mestre em Ciência Animal pela Universidade Federal de Goiás. Analista em Saúde pela prefeitura Municipal de Palmas - Tocantins.
Orcid: 0000-0001-5418-3648

[4] Mestre em Ciências (Biologia da Relação Patógeno-Hospedeiro) pela Universidade de São Paulo, doutor em Zoonoses Parasitarias - Asahikawa Medical College.
Orcid: 0000-0002-9204-0602

[5] Mestre e Doutora em Ciência Animal e Tropical pela universidade federal do Tocantins (UFT). Docente do Centro Universitário Católica do Tocantins. Pesquisadora Colaboradora da Universidade Federal do Tocantins. Analista em Saúde pela prefeitura Municipal de Palmas -Tocantins.
Orcid:0000-0003-0021-7595.

RESUMO

O georreferenciamento tem sido adotado como ferramenta estratégica para tomada de decisões nas ações de controle de doenças vetoriais, como a Leishmaniose visceral canina (LVC). A LVC é uma zoonose causada pelo protozoário *Leishmania chagasi*, transmitido ao homem pela picada do vetor *Lutzomyia longipalpis*, sendo o cão o principal reservatório em áreas urbanas. Sabe-se que os casos caninos antecedem aos casos em humanos. A cidade de Palmas, Tocantins, é caracterizada pela presença de extensas áreas verdes e outros fatores ambientais, além de características socioeconômicas que favorecem à expansão geográfica e permanência do ciclo epidemiológico do agravo. Nesse sentido, o presente estudo visa analisar a distribuição espacial e temporal da LVC no município de Palmas - Tocantins, por meio da utilização do georreferenciamento, ampliando o conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos da doença nos animais, podendo auxiliar na tomada de decisões de ações estratégicas do programa de vigilância da leishmaniose visceral. A doença vem apresentando alta expansão no município de Palmas, migrando da região sul para a região norte dentro da área urbana.

Palavras-chave: Análise espacial, doenças vetoriais, geoepidemiologia, zoonose.

ABSTRACT

Georeferencing has been adopted as a strategic tool for decision-making in actions to control vector diseases, such as canine visceral leishmaniasis (CVL). CVL is a zoonosis caused by the protozoan *Leishmania chagasi*, transmitted to humans by the bite of the vector *Lutzomyia longipalpis*, with the dog being the main reservoir in urban areas. It is known that canine cases precede human cases. The city of Palmas, in Tocantins, is characterized by the presence of extensive green areas and other environmental influences, as well as socioeconomic element that favors the geographic expansion and endurance of the disease's epidemiological cycle. Therefore, the present study aims to analyze spatially and temporally the CVL's distribution in Palmas using the georeferencing. This tool is used to expand knowledge about the epidemiological aspects of the disease in animals, which can help the process of decision-making in strategic actions by the vigilance of visceral leishmaniasis. The disease has been spreading in high levels in the city of Palmas, migrating from the southern region to the northern zone inside the urban area.

Keywords: Spatial analysis, vector diseases, geoepidemiology, zoonosis.

1. INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV), popularmente conhecida como Calazar, é uma doença zoonótica ocasionada por protozoários parasitas *Leishmania chagasi* (ordem Kinetoplastida, família Trypanosomatidae), e transmitido ao homem por meio da picada do vetor *Lutzomyia longipalpis*, inseto hematófago com ampla distribuição no Brasil (OPAS, 2019; CUNHA, 2020). O protozoário possui o ciclo de vida heteroxeno, com duas formas evolutivas que se alternam entre hospedeiros vertebrados e insetos vetores (BRASIL, 2014).

O cão doméstico é considerado o principal reservatório em áreas urbanas e periurbanas pois podem apresentar altas cargas parasitárias na região epidérmica, o que favorece a transmissão do protozoário ao vetor (CORTES et al., 2012). Em um estudo realizado no município de Palmas, Tocantins, 80% dos cães errantes tiveram resultados reagentes para a doença, sendo que a maior incidência foi observada no Plano Diretor Sul da cidade (NOLETO et al., 2017), região que apresentava o maior número de casos confirmados em humanos (SILVA et al., 2017).

A cidade de Palmas-TO é classificada como área de transmissão intensa (BRASIL,2014), sendo definida de acordo com o índice composto, classificado com base na média de casos e na taxa de incidência nos últimos três anos (OPAS/OMS, 2019). O padrão de expansão territorial no município segue a tendência rural-urbano (SILVA et al., 2017), sendo relacionado a capacidade de adaptação do mosquito vetor às condições geradas pelo homem no ambiente domiciliar e peridomiciliar (VIANNA et al., 2016).

Em regiões endêmicas, a distribuição dos focos acompanha marcadamente os fatores geográficos e ambientais, que favorecem a urbanização do mosquito transmissor e, por conseguinte, da doença (PAULAN et al., 2012). Segundo Telles et al. (2015), a alta prevalência da leishmaniose visceral canina (LVC) associada à presença do vetor eleva o risco de infecção de LV em humanos.

A utilização de sistemas de informação em pesquisas no âmbito da saúde vem contribuindo para a identificação de áreas geográficas e populações que apresentam maior risco a determinados agravos, portanto, necessitam de prioridade quanto às ações de prevenção, controle e promoção da saúde (FIGUEIREDO et al., 2019). Tais sistemas estão sendo utilizados para detectar características regionais e compreender os fatores

epidemiológicos que favorecem o ciclo ecológico da leishmaniose visceral em áreas urbanas e periurbanas (MATSUMOTO, 2014).

A partir do geoprocessamento de dados, é possível correlacionar fatores ambientais e distribuição entomológica com dados de reservatórios e casos de Leishmaniose visceral em humanos e assim, estabelecer ações estratégicas para controle da doença para cada região de forma específica (MARQUES, 2017).

Diante do que foi exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a distribuição espacial e temporal da LVC no município de Palmas, Tocantins, Brasil, por meio da utilização do georreferenciamento, ampliando o conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos da doença, fornecendo dados que possam subsidiar a identificação de áreas prioritárias para vigilância da leishmaniose visceral.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa é do tipo quantitativo descritivo por meio da análise de distribuição por geoprocessamento dos casos de Leishmaniose visceral no perímetro urbano de Palmas, Tocantins, região norte do Brasil. O município faz parte da Amazônia Brasileira e possui uma área territorial de 2.218,943 Km^2, com densidade demográfica de 102,90 hab/Km^2, clima tropical de savana (segundo a classificação climática de Köppen-Geiger), quente o ano todo, com baixa amplitude térmica.

A distribuição sazonal das precipitações pluviais está bem caracterizada no ano, por dois períodos bem definidos: a estação chuvosa, de outubro a abril, com ventos fracos e moderados; e a estação seca, nos meses de maio a setembro. Em divisão territorial, o município foi constituído por 3 distritos: Palmas (distrito sede), Buritirana e Taquarussú (Figura 1) (IBGE, 2010).

Os dados utilizados para as análises geográficas foram referentes ao distrito de Palmas, sede que compreende as regiões do Plano Diretor Norte, Plano Diretor Sul, e Plano Diretor Expansão Sul (Taquaralto/Palmas Sul).

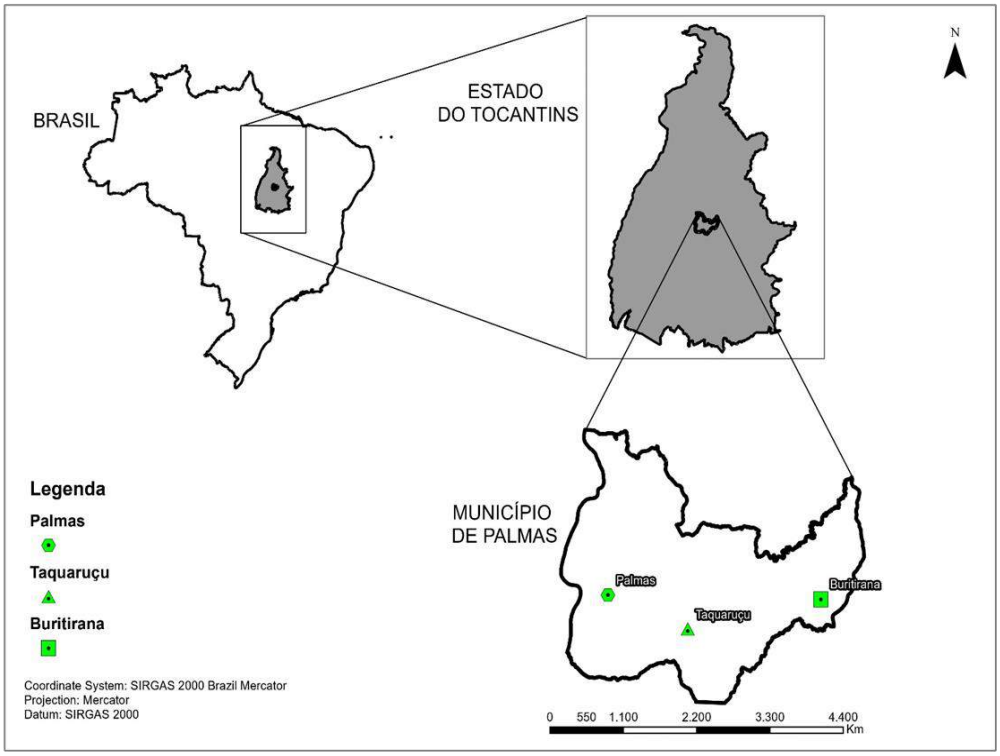


Figura 1 - Mapa do Brasil indicando a posição do estado do Tocantins e a localização do município de Palmas, capital do Tocantins, com a indicação da área urbana e os distritos de Taquaruçu e Buritirana.

Um banco de dados em planilha de Excel foi construído a partir dos registros de casos retrospectivos de LVC, de 2016 a 2019, obtidos junto à Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses – UVCZ de Palmas. Foram consideradas as variáveis: caso positivo e endereço para o georreferenciamento em mapa temático. Foram considerados somente os dados de 2016, 2018 e 2019 para análise de geocodificação e estatística. O ano de 2017 foi desconsiderado nas análises pois os endereços do mesmo não constavam na plataforma da UVCZ.

Os arquivos dos limites territoriais para a elaboração dos mapas foram obtidos do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e os polígonos referentes à divisão dos bairros de Palmas foram obtidos do site GeoPalmas. Os programas empregados para a criação dos mapas foram o ArcGIS 10.5, Google Earth Pro Google Maps e o Excel.

O processamento dos dados foi realizado com base na divisão de quadras (unidades epidemiológicas), respeitando as seguintes etapas: geração da coordenada geográfica do ponto central de cada bairro por meio do Google Maps, multiplicação da coordenada do bairro pelo número dos respectivos casos, criação de planilha no Excel com latitude e longitude, geocodificação das coordenadas no Google Earth Pro para gerar os pontos e

transferência dos pontos para o ArcGIS 10.5.

Para elaboração dos mapas, os dados de LVC foram submetidos aos cálculos de incidência anual por quadra e geral do município, sendo determinada da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de casos no ano}}{\text{População de cães domiciliados}} \times 100$$

O índice de positividade dos casos caninos é definido como:

$$\frac{\text{Número de cães sororreagentes}}{\text{Número total de cães examinados}} \times 100$$

A estimativa populacional de cães domiciliados geral do município e por quadra foi obtida através do Sistema de Referencial Geográfico (SISLOC) por meio UVCZ.

Na sequência, utilizou-se a ferramenta Kernel Density, no ArcGIS 10.5, para gerar os mapas de calor e a função join para fazer a associação entre as tabelas com os cálculos de incidência e os polígonos dos bairros para gerar os mapas de incidência dos casos caninos. Os índices colorimétricos dos mapas de incidência e dos mapas de Kernel foram distribuídos em intervalos de 100 unidades e de 40 unidades respectivamente.

O Projeto foi submetido à análise junto à Comissão de avaliação da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) de Palmas, sendo aprovado pelo protocolo 105. O projeto também foi submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Experimentação Animal do UniCatólica. Entretanto, como tais dados são secundários, o CEUA declarou a não necessidade de certificado do Comitê.

3. RESULTADOS

A análise a partir do mapeamento indica que a região do Plano Diretor expansão sul apresenta maior incidência da LVC, sendo que no ano de 2016, os bairros com alta incidência estavam no Plano Diretor Expansão Sul, destacando-se: Jardim Aeroporto, Jardim Janaína, Morada do Sol, Santa Fé III e Sol Nascente. Apenas um bairro do Plano Diretor Sul apresentou alta incidência, 1112 S (Figura 2a). Foi notável que o Taquari apresentou alta incidência, mas nos anos seguintes a mesma diminuiu.

O mapa de 2018 demonstra uma mudança significativa em relação ao ano de 2016, pois as maiores incidências se concentraram no Plano Diretor Sul (1102 S, 1112 S, 1501 S, 401 S, 501 S, 503 S, 601 S, 801 S) e apenas o bairro Santa Fé III chama a atenção no

Plano Diretor Expansão Sul do município (Figura 2b). Como não foi possível realizar a análise do ano de 2017, tivemos um “Gap” na avaliação.

Em 2019 houve distribuição de altas incidências que afetaram as quadras 1503 S, 602 S, 501 S e os bairros Vista Alegre e Morada do Sol, pontos em vermelho no mapa da figura 2c.

Figura 2 – Mapeamento da taxa de incidência da LVC no município de Palmas, Tocantins, nos anos de 2016 (A), 2018 (B), 2019 (C).

Ao analisar os mapas de calor de Kernel, percebe-se que eles são coerentes com os mapas anteriores em relação à evolução espaço-temporal, pois demonstram uma concentração de casos na região sul em 2016, com um avanço gradativo e súbito para as quadras do Plano Diretor em 2018 e 2019, mas sempre com mais intensidade na região Sul correspondente às Aurenys (Figura 3).

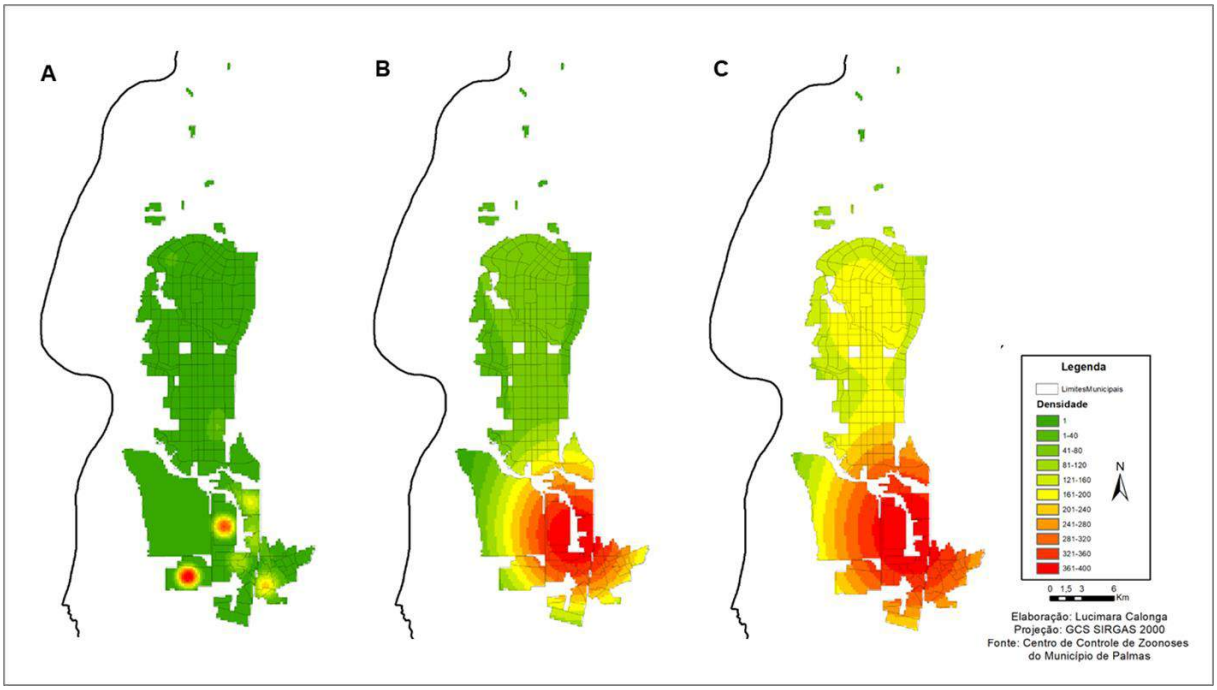


Figura 3 – Mapa de densidade de Kernel dos casos caninos de leishmaniose visceral no município de Palmas, Tocantins, nos anos de 2016 (A), 2018 (B), 2019 (C).

Realizada a análise do índice de positividade a tabela 2 mostra que o ano de 2018 apresentou o maior índice de positividade do período estudado, mesmo que tenha registrado a menor estimativa de cães domiciliados. Esse índice é calculado a partir da relação entre cães examinados e cães reagentes, indicando ampla distribuição da LVC nas áreas de realização de inquérito canino no município estudado.

Tabela 2 - Quantitativo de cães domiciliados, examinados, reagentes e índice de positividade de Leishmaniose Visceral Canina em Palmas, Tocantins, dos anos de 2016, 2018 e 2019.

	2016	**2018**	**2019**
Estimativa de cães domiciliados	25.022	23.046	24.550
Cães examinados	10.215	7.380	10.881
Cães reagentes	2.146 (21%)	2.501 (33,8%)	3.215 (29,5%)

4. DISCUSSÃO

A cidade de Palmas é classificada como endêmica e de transmissão intensa para a leishmaniose visceral devido ao alto coeficiente de incidência em humanos (BRASIL, 2017).

O perfil da doença no município de Palmas ilustra um processo de urbanização em áreas que apresentam condições favoráveis à emergência da doença. A cidade é caracterizada pela presença de áreas verdes intercaladas com áreas urbanizadas, o que contribui para a manutenção do ciclo epidemiológico da doença, uma vez que reúne os fatores necessários dentro de microrregiões (OLIVEIRA, 2012).

Luz et. al (2021), Pacheco (2020) e Pinheiro (2014) estudaram a relação entre casos caninos e humanos, e concluíram que a LVH é precedida pelo registro de cães positivos na mesma região. O estudo feito por Figueiredo et. al. (2019) em Currais Novos no Rio Grande do Norte revelou que os casos humanos foram registrados no bairro com maior quantidade de cães positivos, o que reforça a importância do reservatório canino para a manutenção do ciclo de vida do protozoário e assim, a ocorrência de casos humanos. Evidencia-se a importância de conhecer a distribuição e a evolução espaço-temporal dos casos caninos em Palmas, uma vez que os mapas demonstram áreas de risco para a futura ocorrência de casos humanos.

Há associação positiva entre as áreas com maior incidência de LVH e variáveis socioeconômicas da população com menor poder aquisitivo, áreas de ocupação recente e maior distância do centro da cidade (LUZ, et. al., 2021; PACHECO, 2020). A região sul de Palmas abriga a população com menor poder aquisitivo, fator que é acompanhado por condições ruins de saneamento básico, baixo nível de escolaridade e menos acesso às informações sobre a leishmaniose (SILVA et al., 2017).

As áreas de ocupação recente, como Taquari e setor Bertaville, apresentaram alta incidência de LVC, resultado semelhante ao relato de Pacheco (2020) na cidade de Virgem da Lapa, Minas Gerais, na qual a concentração dos casos foi relacionada com a renda, a educação, o tempo de habitação no local e as condições de higiene pública dos habitantes.

A avaliação da evolução espaço-temporal a partir dos mapas de incidência e de calor demonstra que, no início do período analisado, os casos estavam concentrados na região sul, havendo expansão em direção ao plano diretor. Entretanto, é importante destacar que a interpretação dos mapas deve ser realizada com cautela para não resultar em conclusões

equivocadas, visto que somente áreas de ocorrência de casos humanos são submetidos às ações de inquérito canino, de acordo com o manual de vigilância, realizando somente nessas áreas o monitoramento de 100% dos cães domiciliados (BRASIL, 2014).

Para que fosse possível correlacionar fatores ambientais, socioeconômicos e a presença do reservatório canino com a ocorrência da LVH, seria necessário ter a localização exata dos casos humanos e caninos por meio da coleta de suas respectivas coordenadas geográficas, o que possibilitaria a abordagem estatística por meio de ferramentas como a razão de chances e o risco relativo, além de proporcionar a criação de mapas mais fiéis à realidade.

Durante o período de análise, muitos endereços estavam incompletos, impossibilitando a realização das análises de forma pontual e evidenciando uma dificuldade na coleta de dados durante o atendimento à população que busca o serviço. Outro fator crítico do estudo foi a dificuldade em transformar os endereços em pontos, por meio dos programas que são comumente utilizados, por três razões principais: endereços incompletos, inexistência de uma base de dados com a relação das ruas do município para criar o AddreesLocator e incongruência dos endereços no próprio Google Maps devido às mudanças na padronização dos endereços em Palmas.

Portanto, o recomendado seria realizar a coleta dos pontos por meio de um aparelho GPS, usando-o para gerar a latitude e a longitude de cada residência e lançar os dados em uma tabela. A forma de coleta sugerida foi aplicada em estudos em outras cidades, proporcionando uma análise mais eficiente da evolução da leishmaniose e assim, evidenciando os pontos críticos para ações estratégicas para o controle da doença (MATSUMOTO, 2014; LEITE, VIDAL, QUENTAL, 2020).

Apesar das limitações apontadas para a realização do georreferenciamento, percebe-se as potencialidades da ferramenta para o planejamento das ações do programa de vigilância da LV no município de Palmas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A LV apresentou expansão espacial no período analisado, migrando da região sul para a região norte dentro da área urbana do município de Palmas. O presente estudo realizou análise inédita dos dados de LVC do município de Palmas, e evidenciou as potencialidades do uso de ferramentas de mapeamento geográfico dos casos de Leishmaniose visceral para o planejamento das ações de controle da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 1. ed., 5. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde.** 1 ed. vol. 3. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 475-747, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 740 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/

CORTES, S.; VAZ, Y.; NEVES, R.; MAIA, R.; CARDOSO, L.; CAMPINO, L. Riskfactors for canine leishmaniasis in anendemic Mediterranean region. **Veterinay Parasitology**, v. 189, p. 189-196, 2012. Disponível em: http://rbpv.org.br/home

CUNHA, C. R. DA; FILHO, A. DA S. R.; LOPES, T. B.; ARAÚJO, M. H. M. DE; CALANDRINI, T. DO S. DOS S.; NEVES, M. N. DO S. S.; FECURY, A. A.; MENEZES, R. A. DE O. Tipificação Epidemiológica dos casos de Leishmaniose Visceral Humana no Brasil, no período de 2013 A 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 41, p. e2578, 21 fev. 2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/

FIGUEIREDO, W. T. X.; MACIEL, M. V.; ARAÚJO, S. R. F.; ASSIS, D. S. M. Uso do geoprocessamento na avaliação da leishmaniose visceral canina em Currais Novos/RN e sua relação com a leishmaniose visceral humana. **Ciência Animal**, v. 29, n. 2, p. 56-64, 2019. Disponível em: http://www.uece.br/cienciaanimal/.

LEÇA JUNIOR, N. F.; GUEDES, P. E. B.; SANTANA, L. N.; ALMEIDA, V. A.; CARVALHO, F.S.; ALBURQUERQUE, G. R.; WENCESLAU, A. A.; MUNHOZ, A. D.; SILVA, F, L. Epidemiology of canine leishmaniasis in southern Bahia, Brazil Nilo.**Acta Tropica**, v. 148, p. 115-119, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/

LEITE, C. E. A.; VIDAL, S. A.; QUENTAL, O. B. Análise espacial dos casos humanos de Leishmaniose visceral no estado de Pernambuco, Brasil. **Brazilian Journal of Production Engineering - BJPE**, *[S. l.]*, v. 6, n. 6, p. 149–157, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/32109.

LUZ, J. G. G.; DIAS, J. V. L.; CARVALHO, A. G.; PIZA, P. A.; CHÁVEZ-PAVONI, J.H.; BULSTRA, C.; COFFENG, L.E.; FONTES, C.J. F. Human visceral leishmaniasis in Central-Western Brazil: Spatial patterns and its correlation with socioeconomic aspects, environmental indices and canine infection. **Acta Tropica**, v. 221, 2021. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/

MARQUES, N.T. A.; GONÇALVES, V. M. N.; ALMEIDA, C. B. DE; FRANCO, M. L.; GALHARDO, J. A. Geoprocessamento Aplicado À Epidemiologia Da Leishmaniose Visceral. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, *[S. l.]*, v. 13, n. 26, p. 156–165, 2017. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/3

MATSUMOTO, P. S. S. **Análise espacial da Leishmaniose Visceral Canina em Presidente Prudente – SP: abordagem geográfica da saúde ambiental.** 128p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Presidente Prudente, 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/115755

NOLETO, R. V.; OLIVEIRA JÚNIOR, W. P.; BIGELI, J. G.; TELES N. M. M.; OLIVEIRA, J. D. D. Diagnóstico da leishmaniose visceral canina pela técnica de PCR em sangue periférico em associação com os testes RIFI e ELISA em cães de Palmas, TO. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 4, n. 4, 2017. Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/

OLIVEIRA, L. M. **Avaliação espaço-temporal da leishmaniose visceral canina em Aracajú-SE.** 60 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente), Universidade Tiradentes, Aracajú, 2012.

OLIVEIRA, A. M.; VIEIRA, C. P.; DIBO, M. R.; GUIRADO, M. M.; RODAS, L. A. C.; CHIARAVALLOTI-NETO,F.Dispersal of *Lutzomyia longipalpis* and expansion of canine and human visceral leishmaniasis in São Paulo State, Brazil. **Acta Tropica**, v. 164, p. 233-242, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/

Organização Pan-Americana da Saúde: Leishmanioses: Informe Epidemiológico nas Américas: Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Disponível em: www.paho.org/leishmaniasis

PACHECO, D. G. **Geografia da saúde: distribuição espacial da leishmaniose visceral na área urbana do município de Virgem da Lapa, Minas Gerais.** 83 p. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2020. Disponível em: http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/2569

PAULAN; S. C.; SILVA, H. R.; LIMA, E. A. C. F.; FLORES, E. F.; TACHIBANA, V. M.; KANDA, C. Z.; NORONHA JUNIOR, A. C.F.; DOBRE, P.R. Spatial distribution of canine Visceral *Leishmaniasis* in Ilha Solteira, São Paulo, Brazil. **Engenharia Agrícola**, v.32, n.4, 2012. Disponível em: http://www.engenhariaagricola.org.br/

PINHEIRO, A. C. **Distribuição espacial e características epidemiológicas da leishmaniose visceral em Governador Valadares – MG**. 88 f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas. Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2014.

SILVA, K. B. M.; CASTRO, J. G. D.; CALABRESE, K.; SEIBERT, C. S.; NASCIMENTO, G. N.; MARIANO, S. M. B.; FIGUEIREDO, B. N. S.; SANTOS, M. G. Análise espacial da leishmaniose visceral no município de Palmas, Tocantins, Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, *[S. l.]*, v. 13, n. 25, p. 18–29, 2017. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/36095.

TELES, A. P. S.; HERRERA, H. M.; AYRES, F. M.; BRAZUNA, J. C. M.; ABREU, U. G. P. Fatores de Risco Associados à ocorrência da Leishmaniose Visceral na área urbana do Município de Campo Grande/Ms. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, *[S. l.]*, v. 11, n. 21, p. 35–48, 2015. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/29627.

VIANA, E. N.; MORAIS, M. H. F.; ALMEIDA, A. S.; SABROZA, P. C.; REIS, I. A.; DIAS, E. S.; CARNEIRO, M. Abundance of *Lutzomyia longipalpis* in urban households as a risk factor of transmission of visceral leishmaniasis. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 111, n. 5, p. 302-310, 2016. Disponível em: https://memorias.ioc.fiocruz.br/

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Caracterização do aleitamento materno e complementar no município de Palmas/TO

Characterization of breastfeeding and complementary feeding in the city of Palmas/TO

Geyce da Silva Sales[1], Mallu Mayara de Sousa Leite[2], Patrícia Ferreira Nomellini[3], Lúcia Helena Almeida Gratão[4].

[1] Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP).

E-mail: geyce.sales@gmail.com

[2] Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP).

[3] Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO.

[4] Doutoranda em Ciências da Saúde: saúde da criança e do adolescente na Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

A amamentação fornece o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, além de estar envolvido em mecanismos relacionados a saúde materna. O objetivo do estudo foi obter a prevalência e caracterizar o perfil das mães e/ou responsáveis de crianças em aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante, complementado ou parcial e aleitamento artificial entre crianças de zero a dois anos no município de Palmas-TO. O estudo é de natureza quantitativa, de caráter transversal. Foram entrevistadas 112 mães e/ou responsáveis por crianças de zero a dois anos entre Abril a Agosto de 2021. Para o cálculo amostral utilizou-se o programa EpInfo, estabelecido nível de confiança de 95% com margem de erro de 5%. Notou-se uma prevalência de 68,75% de aleitamento materno e a média de tempo foi de 5 meses e 29 dias. No entanto 63,39% fizeram uso de fórmula infantil, com duração de 12 meses e 37 dias, sendo que a maioria, 75% foi prescrita por algum profissional de saúde. Houve predomínio da prática do AME, porém, essa adesão tendeu a decrescer no decorrer dos seis primeiros meses da criança, demonstrando que a manutenção do AME ainda é um desafio para os serviços de atenção à saúde.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Alimentação Artificial. Nutrição da Criança. Saúde Pública.

ABSTRACT

Breastfeeding provides the ideal food for the child's healthy growth and development, in addition to being involved in mechanisms related to maternal health. The aim of the study was to obtain the prevalence and characterize the profile of mothers and/or guardians of children undergoing exclusive breastfeeding (EBF), predominant, supplemented or partial breastfeeding and artificial breastfeeding among children aged zero to two years in the city of Palmas. TO. The study is quantitative, cross-sectional. 112 mothers and/or guardians of children aged zero to two years were interviewed between April and August 2021. For the sample calculation, the EpInfo program was used, establishing a confidence level of 95% with a margin of error of 5%. There was a prevalence of 68.75% of breastfeeding and the average time was 5 months and 29 days. However, 63.39% used infant formula, lasting 12 months and 37 days, with the majority, 75% being prescribed by a health professional. There was a predominance of EBF practice, however, this adherence tended to decrease over the first six months of the child, demonstrating that EBF maintenance is still a challenge for health care services.

Keywords: Breastfeeding. Artificial Feeding. Child Nutrition. Public Health.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a amamentação fornece o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, além de estar envolvido em mecanismos relacionados à saúde materna. De modo geral, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida, seguido por continuação do aleitamento materno continuado até dois anos ou mais (OMS, 2003).

Ao avaliar a tendência dos indicadores sobre o aleitamento no Brasil nas últimas três décadas, nota-se que as prevalências apresentaram tendência ascendente, com ganhos no período entre 1986 e 2006, indo de 2,9% para 37,1%, e relativa estabilização em 2013. Em contrapartida, o aleitamento materno continuado até o segundo ano permaneceu estável entre 1986 e 2006, em torno de 25%, e foi o único indicador com aumento da prevalência entre 2006 e 2013, chegando a 31,8% (BOCCOLINI et al., 2017).

Embora tenha-se verificado o aumento na prevalência do aleitamento materno ao longo dos anos em crianças menores de seis meses, esse indicador ainda está aquém dos parâmetros desejados. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado no ano de 2019, indicou que a prevalência brasileira desta prática é de 45,7%, sendo que a região Norte foi a segunda região onde essa prática é menos frequente (51,8%), abaixo apenas da região Nordeste (38,0%). Tal situação é preocupante, pois sabe-se que crianças amamentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade estão menos propensas a terem diarreia, infecções respiratórias, alergias, hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes e obesidade, possuem melhor desenvolvimento da cavidade bucal, entre outros (BRASIL, 2015).

Apesar dos esforços e de estratégias e campanhas que têm sido propostas e implementadas a fim de incentivar e intensificar as ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno, como a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Mês do Aleitamento Materno no Brasil (Agosto Dourado) e Semana Mundial da Amamentação, ainda observa-se a alta prevalência do uso de substitutos do leite materno.

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, aproximadamente 18% das crianças brasileiras residentes

nas capitais recebem outro leite que não o materno no primeiro mês de vida, com tendência crescente nas faixas etárias subsequentes, chegando a 48,8%, entre 120 e 180 dias. Quanto às regiões, Nordeste e Sudeste lideram a introdução de outros leites no primeiro mês de vida, onde cerca de um quinto das crianças já recebem este alimento (BRASIL, 2009). Em âmbito nacional, são desconhecidos os tipos de leite utilizados em substituição ao leite materno em crianças de até dois anos, apontando a necessidade de melhor caracterização e investigação desses indicadores.

Desta forma, e considerando a importância de conhecer a realidade municipal, o objetivo do estudo foi obter a prevalência e caracterizar o perfil das mães e/ou responsáveis de crianças em aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante, complementado ou parcial e aleitamento artificial entre crianças de zero a dois anos no município de Palmas (TO), a fim de subsidiar mudanças e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao aleitamento materno em âmbito local, assim como realizar um diagnóstico situacional que auxilie os gestores municipais no fortalecimento de políticas públicas de saúde.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo proposto é de natureza quantitativa, de caráter transversal, com obtenção dos dados através de questionário e entrevista com as mães e/ou responsáveis por crianças de zero a dois anos residentes em Palmas (TO).

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do Estado Nutricional e de Saúde de Crianças Menores de Dois Anos no Município de Palmas – TO”, coordenado pela Profa. Lucia Helena Almeida Gratão e pelo Prof. Guilherme Nobre Lima do Nascimento.

A aplicação da pesquisa ocorreu de forma presencial nos Centros de Saúde da Comunidade (CSC), antes das consultas de puericultura e também via contato telefônico, com contato disponibilizado no prontuário eletrônico (E-SUS) ou Sistema de Regulação (SisREG). Na forma presencial, a mãe ou responsável legal foi abordado e após explanação sobre o projeto e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada entrevista, pelo pesquisador residente ou aluno de graduação previamente treinado, evitando assim interromper ou alterar as atividades dos CSC. Na forma via contato telefônico, o consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente no momento do contato telefônico e gravado com permissão do entrevistado. O período previsto para as coletas de dados se deu entre os meses de Abril de 2021 a Agosto de 2021.

Os critérios estabelecidos para a inclusão das crianças no estudo foram possuir o Cartão Nacional do SUS, estar vinculada a um dos CSC do município de Palmas, ter idade entre zero e dois anos e estar acompanhada da mãe e/ou responsável legal. Foram excluídos desta pesquisa crianças que não residiam em Palmas, ou cujos pais ou responsáveis apresentassem transtornos mentais ou deficiências que os incapacitassem de responder aos questionamentos verbais propostos, e crianças de mães adolescentes.

Fizeram parte do estudo 112 crianças de zero a dois anos e suas mães e/ou responsáveis, representando 4,1% do número total das crianças dessa faixa etária residentes em Palmas (TO). A quantidade total de crianças de zero a dois anos por território de saúde, deu-se através de busca no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico).

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa EpInfo, levando em consideração a população de crianças de zero a dois anos de cada território (Tabela 1). Foi estabelecido nível de confiança de 95%, respeitando a margem de erro de 5%.

Foi utilizado como principal instrumento de obtenção dos dados e informações um questionário construído e desenvolvido pelos pesquisadores, composto por 37 questões, divididas em quatro seções. Foram selecionados 36 participantes para a fase do teste piloto, afim de validar o questionário.

Para a proposta de estudo apresentada neste projeto foram utilizadas as perguntas das seções I, II e III do questionário. A primeira seção foi composta por dados sociodemográficos familiares (renda, quantidade de pessoas na residência, zona de moradia (urbana ou rural) e tipo de vínculo com a criança). Na segunda seção foram abordados dados sobre a mãe da criança (idade, ocupação, escolaridade, cor/raça, peso, altura, presença de Doenças e Agravos Não Transmissíveis). A terceira seção contempla informações sobre a criança (nome, data de nascimento, idade atual, peso e comprimento ao nascer, idade gestacional ao nascer, tipo de parto, peso e altura atual, aleitamento materno, uso de fórmula infantil, presença de patologias, creche ou unidade educacional, uso de telas, consumo alimentar e uso de plantas medicinais).

Foram utilizadas como variável desfecho (i) adoção de aleitamento materno exclusivo para crianças menores de dois anos (sim/não), (ii) adoção de aleitamento materno continuado (sim/não) para crianças com idade entre seis meses completos e dois anos e (iii) adoção de aleitamento artificial ou misto para crianças menores de seis meses (sim/não), (iv) adoção de aleitamento artificial ou misto para crianças com idade entre seis aspectos de saúde meses completos e dois anos.

Como variáveis explicativas e de ajuste foram utilizadas as variáveis: (a) sociodemográficas (renda, número de pessoas que moram na residência, habitação localizada em zona rural ou urbana); (b) informações maternas: idade, cor da pele, ocupação, escolaridade, Índice de Massa Corporal (IMC) e presença de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); (b) informações da criança (idade gestacional ao nascer, presença de patologias ou malformações, início precoce da introdução alimentar, IMC).

A tabulação dos dados obtidos foi via Google Forms. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva que contemplou cálculo de frequências. Os dados obtidos foram analisados com auxílio do software Stata versão 14.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) via Plataforma Brasil, sob o número do parecer: 4.432.914 e segue o preconizado pela Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

Participaram 112 crianças de zero a dois anos residentes em Palmas (TO) e suas mães e/ou responsáveis, e as variáveis sociodemográficas e aspectos de saúde das mães e/ou responsáveis participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

Foi observado que do total de entrevistados, 54,46% (n=61) das mães possuíam de 25 a 34 anos, 63,06% (n=70) se consideram pardas e 41,07% (n=46) encontram-se desempregadas ou estudando no momento da coleta. A prevalência de cesariana foi de 62,5% (n=70).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e aspectos de saúde das mães e/ou responsáveis das crianças avaliadas em Palmas/TO, 2021.

Variável	n	%
Idade		
16-24	23	20,54
25-34	61	54,46
>35	28	25
Cor		
Branca	22	19,82
Preta	10	9,01
Parda	70	63,06
Amarela (asiática)	8	7,21
Indígena	1	0,9
Ocupação profissional		
Emprego formal (carteira assinada ou contrato com serviço público, concurso público)	40	35,71

Autônoma (prestação de serviços sem vínculo profissional)	21	18,75
Emprego informal (ex: bicos, ambulante, vendedora de cosméticos)	5	4,46
Desempregada ou estudante	46	41,07
Escolaridade		
Ensino superior completo e Pós graduação	41	36,61
Ensino médio completo e Ensino superior incompleto	58	51,79
Ensino fundamental completo e Ensino médio incompleto	11	9,82
Ensino fundamental incompleto	2	1,79
Renda familiar		
<R$1045.00 até R$2089.00	56	52,34
entre R$2.090,01 e R$ 4.180,00	29	27,1
entre R$ 4.180,01 e R$ 10.450,00	19	17,76
entre R$10.450,01 e R$ 20.900,00	2	1,87
> 20.900,01	1	0,93
Zona de moradia		
Urbana	101	90,18
Rural	11	9,82
Tipo de parto		
Cesariana	70	62,5
Normal	42	37,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 2 são apresentados dados de aleitamento materno exclusivo (AME) e uso de fórmulas infantis pelas crianças menores de dois anos avaliadas nesta pesquisa. Notou-se uma prevalência de 68,75% (n=77) de AME, no entanto 63,39% (n=71) fizeram uso de fórmula infantil, sendo que a maioria 75% (n=57) foi prescrita por algum profissional de saúde. Dentre as categorias que prescreveram a fórmula, destacou-se a categoria médica 92,98% (n=53), contemplando médico pediatra, médico de saúde da família e/ou médico de outra especialidade.

Quando questionadas sobre a duração do aleitamento materno, a média de tempo em meses foi de 5 meses e 29 dias (0 a 23 meses), já a duração de uso de fórmula foi de 12 meses e 37 dias (5 a 23 meses).

Como visto na Tabela 2, 31,25% (n=35) afirmaram não ter ofertado AME, dentre os motivos, destacaram-se: produção insuficiente de leite materno 12,50% (n= 14), recusa de leite materno pela criança 4,46% (n=5) e alergia a proteína do leite de vaca (APLV) 3,57% (n=4). Nota-se que 63,39% (n=71) afirmaram introduzir a fórmula infantil após seis meses, quando questionadas sobre a indicação ou motivo para o uso da fórmula, destacaram-se: produção insuficiente de leite materno 13,39% (n=15), recusa de leite materno pela criança

8,04% (n=9) e decisão materna 9,82% (n=11).

Tabela 2. Avaliação de aleitamento materno exclusivo e uso de fórmulas infantis pelas crianças menores de dois anos avaliadas em Palmas/TO, 2021.

Variável	não		sim	
	n	%	n	%
Aleitamento materno exclusivo	35	31,25	77	68,75
Uso de fórmula (após 6 meses)	41	36,61	71	63,39
Fórmula prescrita por algum profissional	19	25,00	57	75,00

Fonte: Dados da pesquisa.

As Tabela 3 e 4 trazem respectivamente, a correlação de aleitamento materno e uso de fórmula infantil, em crianças menores de dois anos, dados sociodemográficos e via de parto. No que se refere ao aleitamento materno (Tabela 3), a prevalência foi em mulheres de idade entre 25 a 34 anos 67,21% (n=41), 72,86% (n=51) se consideram pardas, 65,22% (n=30) encontram-se desempregadas ou são estudantes e tiveram via de parto normal 73,81% (n=31).

Quanto ao uso de fórmula infantil (Tabela 4), a prevalência foi também em mulheres de idade entre 25 a 34 anos 60,66% (n=37), 67,14% (n=47) se consideram pardas, 63,04% (n=29) encontram-se desempregadas ou são estudantes e tiveram via de parto cesárea 67,14% (n=47).

Tabela 3. Caracterização de aleitamento materno em crianças menores de dois anos, dados sociodemográficos e via de parto em Palmas/TO, 2021.

Variável	Não		Sim	
	n	%	n	%
Idade				
16-24	7	30,43	16	69,57
25-34	20	32,79	41	67,21
>35	8	28,57	20	71,43
Cor				
Branca	9	40,91	13	59,09
Preta	3	30,00	7	70,00
Parda	19	27,14	51	72,86
Amarela (asiática)	2	25,00	6	75,00
Indígena	1	100,0	0	0
Ocupação profissional				
Emprego formal (carteira assinada ou contrato com serviço público, concurso público)	15	37,5	25	62,5
Autônoma (prestação de serviços sem vínculo profissional)	2	9,52	19	90,48
Emprego informal (ex: bicos, ambulante, vendedora de cosméticos)	2	40,00	3	60,00
Desempregada ou estudante	16	34,78	30	65,22

Escolaridade				
Ensino superior completo e Pós graduação	14	34,15	27	65,85
Ensino médio completo e Ensino superior incompleto	13	22,41	45	77,59
Ensino fundamental completo e Ensino médio incompleto	7	63,64	4	36,36
Ensino fundamental incompleto	1	50,00	1	50,00
Renda familiar				
<R$1045.00 até R$2089.00	19	33,93	37	66,07
entre R$2.090,01 e R$ 4.180,00	8	27,59	21	72,41
entre R$ 4.180,01 e R$ 10.450,00	5	26,32	14	73,68
entre R$10.450,01 e R$ 20.900,00	0	0	2	100,0
> 20.900,01	1	100,0	0	0
Tipo de parto				
Cesariana	24	34,29	26	65,71
Normal	11	26,19	31	73,81

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4. Caracterização do uso de fórmula infantil em crianças menores de dois anos, dados sociodemográficos e via de parto em Palmas/TO, 2021.

Variável	Não		Sim	
	n	%	n	%
Idade				
16-24	9	39,13	14	60,87
25-34	24	39,34	37	60,66
>35	8	28,57	20	71,43
Cor				
Branca	6	27,27	16	72,73
Preta	5	50,00	5	50,00
Parda	23	32,86	47	67,14
Amarela (asiática)	6	75,00	2	25,00
Indígena	0	0	1	100,0
Ocupação profissional				
Emprego formal (carteira assinada ou contrato com serviço público, concurso público)	12	30,00	28	70,00
Autônoma (prestação de serviços sem vínculo profissional)	10	47,62	11	52,38
Emprego informal (ex: bicos, ambulante, vendedora de cosméticos)	2	40,00	3	60,00
Desempregada ou estudante	17	36,96	29	63,04
Escolaridade				
Ensino superior completo e Pós graduação	10	24,39	31	75,61
Ensino médio completo e Ensino superior incompleto	27	46,55	31	53,45
Ensino fundamental completo e Ensino médio incompleto	3	27,27	8	72,73
Ensino fundamental incompleto	1	50,00	1	50,00
Renda familiar				
<R$1045.00 até R$2089.00	25	44,64	31	55,36
entre R$2.090,01 e R$ 4.180,00	7	24,14	22	75,86
entre R$ 4.180,01 e R$ 10.450,00	7	36,84	12	63,16
entre R$10.450,01 e R$ 20.900,00	2	100,0	0	0

> 20.900,01	0	0	1	100
Tipo de parto				
Cesariana	23	32,86	47	67,14
Normal	18	42,86	24	57,14

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria 88,39% (n=99) das mães e/ou responsáveis, afirmaram que as crianças não frequentavam creche ou unidade educacional.

4. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que houve prevalência de aleitamento materno exclusivo com duração média de cinco meses e vinte e nove dias. Das que fizeram uso de fórmulas infantis, teve duração média de doze meses e trinta e sete dias e a maioria foi prescrita por profissional de saúde, destacando-se a categoria médica.

Sabe-se que apesar de todas as evidências, os benefícios e a superioridade do aleitamento materno sobre outras formas de alimentar a crianças de zero a dois anos de vida, a maioria das crianças no Brasil e no mundo não é amamentada por dois anos ou mais e não recebe leite materno exclusivo nos primeiros seis meses, como recomenda os órgãos de saúde. Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 45,8% no Brasil. A maior prevalência foi observada na região Sul (54,3%), já na região Norte observou-se apenas 40,3%. Já na realidade investigada, encontrou-se um percentual acima dessa média (68,7%), corroborando com estudo de Ferreira et al. (2018) onde encontrou 76,6% de AME.

No presente estudo, verificou-se que o perfil etário das mães foi similar ao encontrado em outros estudos (SANTOS et al., 2019; FERREIRA et al., 2018), com a maioria entre 25 e 34 anos. Nos últimos anos, houve significativa mudança desse perfil etário, com diminuição do percentual de mães com idade menor que 24 anos e aumento daquelas com idade maior que 25 anos, evidenciando uma tendência de aumento da idade materna (BRASIL, 2009).

Na pesquisa em questão, notou-se que a maior parte das mulheres possui ensino médio completo ou mais. Sabe-se que o maior nível de escolaridade se associa com maior facilidade da mãe em assimilar as informações passadas no pré-natal, o que pode contribuir com o sucesso da amamentação. No entanto, o maior o tempo de escolaridade materna

também contribui para inserção desta mulher no mercado de trabalho, podendo limitar o AME (SANTOS et al., 2019). Na análise relacionada ao tempo de AME e escolaridade materna, não se observou diferença estatisticamente significativa.

Vários fatores exercem influência sobre a prevalência do aleitamento materno, dentre eles o tipo de parto e a idade gestacional da criança, sendo o parto cesáreo e o nascimento pré-termo mais associados negativamente a esta prática (SANTOS et al., 2019). Em estudo realizado em unidades de saúde de 24 países destacou o parto cesáreo como fator que influencia negativamente esta prática (TAKAHASHI et al, 2017). Neste estudo, observou-se que 62,5% das crianças nasceram de parto cesáreo, e apesar de não ter sido visto diferença estatística significante quanto ao AME e o tipo de parto, esse percentual elevado de partos cesáreos realizados, corroboram com os achados por Souza et al. (2015). Ressalta-se ainda que o preconizado pela OMS, é que estes percentuais de cesarianas estejam entre 5 - 15% dos partos totais (OMS, 2021). Destaca-se a importância de os profissionais de saúde realizarem a correta orientação das mães sobre os riscos-benefícios dessa prática e, sempre que possível, o encorajamento ao parto vaginal, visto que o mesmo é apontado como melhor promotor do aleitamento materno, permitindo o contato precoce entre mãe-bebê, assim como a primeira mamada (SANTOS et al., 2019).

De acordo com o ENANI, a duração mediana do AME foi de três meses e a duração mediana do aleitamento materno foi de dezesseis meses. No presente estudo, encontrou-se uma média de cinco meses de AME, no entanto, ainda inferior ao preconizado. A recomendação é que as crianças sejam amamentadas até dois anos de idade ou mais, e que permaneçam na AME até os seis meses de vida, onde nenhum outro tipo de alimento precisa ser oferecido (BRASIL, 2021).

Já em relação a oferta de fórmula infantil, das entrevistadas 63,3% relataram ter oferecido à criança algum composto lácteo antes dos dois anos de idade, ficando evidenciado que a oferta de fórmula infantil foi elevada entre as crianças estudadas, contrariando a recomendação da OMS, que não indicam o consumo desse tipo de leite antes dos doze meses de vida devido ao potencial alergênico, à sobrecarga proteica e à maior chance de a criança desenvolver anemia ferropriva (BRASIL, 2021; OMS, 2021)

Quando questionadas sobre a indicação do uso de fórmula infantil, constatou-se que 75% foram prescritas por um profissional de saúde, sendo que o médico foi o profissional que mais prevaleceu. Entre os fatores envolvidos nessa prática estão o desconhecimento

materno, informações inadequadas dos profissionais de saúde, trabalho materno e divulgações demasiadas e errôneas de fórmulas infantis, influenciando para uma tomada de decisão materna. Também foi verificado que a introdução de fórmulas infantis foi orientada por profissionais de saúde, para complementar a alimentação em bebês com menos de seis meses, com argumento de consolo a criança nos momentos de exaustão materna, pois diminui a agitação do bebê e a frequência dos episódios de choro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). Atrelado a isso, é possível identificar uma fragilidade nas orientações de cunho profissional, quer seja na abordagem, preparo e/ou no empoderamento da mulher para o uso consciente e adequado da fórmula infantil, quando está se encontrar impossibilitada na manutenção do aleitamento materno, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015; SALDAN et al., 2017).

As intercorrências mamárias são consideradas fatores significativos para o desmame, dentre as encontradas neste estudo a produção insuficiente de leite materno foi a mais citada entre as mulheres (12,50%), seguida pela recusa de leite materno pela criança (4,46%) e alergia à proteína do leite de vaca – APLV (3,57%). Percebe-se que as queixas das mulheres estão associadas em crenças que envolvem a insuficiência do leite até o mito do leite fraco. Com isso, acreditar na inviabilidade do leite materno, é uma das responsáveis pelo desmame precoce e a consequente oferta de fórmula infantil (ARAÚJO et al., 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível observar que houve predomínio da prática do AME. No entanto, essa adesão tendeu a decrescer no decorrer dos seis primeiros meses de vida da criança, demonstrando que a manutenção do AME pelo período preconizado pela OMS ainda é um desafio para os serviços de atenção à saúde da mulher e da criança.

Diante do exposto, estratégias de promoção que fortaleçam o eixo de Vigilância Alimentar e Nutricional da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o eixo estratégico de aleitamento materno e alimentação complementar saudável da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), se fazem necessárias para a saúde das mães e das crianças.

Além disso, deve também ser dada atenção especial às legislações para a mulher trabalhadora que amamenta, e à implementação de aconselhamento em aleitamento materno, bem como as orientações adequadas quando na impossibilidade da

amamentação a indicação de forma adequada e segura a introdução de fórmula infantil, em especial na atenção primária em saúde, conforme o proposto pela OMS.

Espera-se, ainda, que o estudo descrito possa fornecer subsídio aos gestores e profissionais de saúde, com vistas ao planejamento, implementação de intervenções pró-aleitamento e a promoção da saúde da mulher e da criança.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. C.; SOUZA, A. D. A.; BOMFIM, A. N. A.; SANTOS, J. B. **Fatores intervenientes do desmame precoce durante o aleitamento materno exclusivo**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, Vol.13(4), 2021.

BOCCOLINI CS, BOCCOLINI PMM, MONTEIRO FR, VENÂNCIO SI, GIUGLIANI ERJ. **Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas**. Revista Saúde Pública.51:108, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos versão resumida**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

DA SILVA, CLÁUDIA PATRÍCIA V.; FETTERMANN, FERNANDA A.; DE ASSUMPÇÃO, PRISCILA K.; DA ROSA, ANDRIELI B.; FERNANDES, MARCELO N. S.; DONADUZZI, DAIANY S. S. **Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida do recém-nascido**. Revista Saúde (Sta. Maria).46 (1), 2020.

FERREIRA, H. L. O. C.; OLIVEIRA, M. F.; BERNARDO, E. B. R.; ALMEIDA, P. C.; PINHEIRO, A. K. B. **Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(3):683-690, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=E982DDA155678DCD5B141D464358306A?sequence=3>. Acesso em: 06 dez. 2021.

SALDANA, P. C.; VENANCIOB, S. I.; SALDIVAB, S. R. D. M.; VIEIRAA, D. G.; MELLOC, D. F. **Consumo de Leites em Menores de um Ano de Idade e Variáveis Associadas ao Consumo de Leite Não Materno**. Revista Paul Pediatr.35(4):407-414, 2017.

SANTOS, E. M.; SILVA, L. S.; RODRIGUES, B. F. S.; AMORIM, T. M. A. X.; SILVA, C. S.; BORBA, J. M. C.; TAVARES, F. C. L. P. **Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife**. Pernambuco, Brasil. Ciência &

Saúde Coletiva, 24(3):1211-1222, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Departamento de Nutrologia. **Manual de Alimentação**: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. – 4ª. ed. - São Paulo: SBP, 2018.

SOUZA, M. H. N.; SODRÉ, V. R. D.; SILVA, F. N. F. **Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária**. Cienc. Enferm. 21(1):55-67, 2015.

TAKAHASHI, K.; GANCHIMEG, T.; OTA, E.; VOLGEL, J. P.; SOUZA, J. P; LAOPAIBOON, M.; CASTRO, C. P.; JAYARATNE, K.; ORTIZ-PANOZO, E.; LUMBIGANON, P.; MORI, R. **Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding**: secondary analysis of the WHO Global Survey. Scientific Reports. 7:1-10, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno**: prevalência e práticas entre crianças brasileiras menores de 2 anos. 4: ENANI – 2019 / coordenado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em conjunto com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense e Fundação Oswaldo Cruz; coordenador geral, Gilberto Kac. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro: UFRJ, 2021.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019**: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro. 10 p. 2020.

VIEIRA, C. M.; DE FREITAS, H. M. B.; ZANON, B. P.; ANVERSA, E. T. R. **Promoção do aleitamento materno exclusivo na visão dos profissionais de uma Estratégia Saúde da Família**. Research, Society and Development, v. 9, n. 8, e796986355, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [Organização Mundial da Saúde, UNICEF. Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2003], 2003.

Revista Brasileira de Promoção da Saúde

https://periodicos.unifor.br/RBPS

Profissional residente na vigilância da COVID-19: relato de experiência no contexto da saúde coletiva

Descrição de experiência

Halanderlan Santana Lima - ORCID: 0000-0002-1638-7065 - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - Palmas (TO) - Brasil.

Mirelly Vieira Godoy - ORCID: 0000-0003-3523-3376 - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - Palmas (TO) - Brasil.

Danielle Rosa Evangelista - ORCID: 0000-0002-4472-2879 - Universidade Federal do Tocantins - Palmas (TO) - Brasil.

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos - ORCID: 0000-0002-0406-1535 - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - Palmas (TO) - Brasil.

Endereço para correspondência: Halanderlan Santana Lima, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, (Rua/avenida, bairro, CEP, cidade, estado, país) Telefone: (63) 98123-2104, e-mail: halanderlansl@gmail.com .

Resumo

Objetivo: relatar a experiência de enfermeiros residentes em saúde coletiva atuando no Eixo de Sistemas de Informação em Saúde na Área Técnica de Imunopreveníveis no município de Palmas-TO durante a pandemia de covid-19. **Síntese dos dados:** Trata-se de um relato de experiência crítico durante as atividades nas ações de vigilância do coronavírus (covid-19) no eixo dos Sistemas de Informação desenvolvidas por residentes em Saúde Coletiva do Programa Integrado de Residências em Saúde da FESP.

Descritores: COVID-19; Saúde Pública; Sistemas de Informação em Saúde

Abstract

Objective:o report the experience of resident nurses in collective health working in the Health Information Systems Hub in the Technical Area of Immunopreventable in the city of Palmas-TO during a covid-19 pandemic. **Data synthesis:** This is a report of critical experience during activities in coronavirus surveillance actions (covid-19) in the axis of Information Systems developed by residents in Public Health of the Integrated Health Residency Program at FESP.

Descriptors: COVID-19; Public Health; Health Information Systems

Introdução

Relatada pela primeira vez por cientistas chineses na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019, o novo coronavírus denominado SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)* foi responsável por diversos casos de pneumonia na região 1. Tendo se espalhado por todo o mundo de forma acelerada, o novo patógeno vem causando uma doença que representa uma grande ameaça para a população mundial, sendo declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em janeiro de 2020 uma emergência internacional em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) 2.

Pertencente à família *Coronaviridae,* o SARS- CoV-2 é caracterizado como um vírus envelopado de ácido ribonucleico (RNA), que ao infectar um indivíduo, pode causar tanto sintomas leves, similares ao de um resfriado, até manifestações clínicas mais graves que evoluem para síndrome respiratória aguda grave (SRAG) 3 - 4.

No Brasil, o primeiro caso de covid-19 foi registrado em fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, e rapidamente se espalhou pelos demais municípios do país 5. No estado do Tocantins, a confirmação do primeiro caso foi registrada em 18 de março de 2020 no município de Palmas 6, desde então a capital registrou até o dia 22 de novembro de 2021, 53.318 mil casos confirmados da doença 7.

Diante do cenário epidemiológico e da necessidade de mitigar a disseminação da doença em razão dos elevados riscos à saúde pública, o município de Palmas declarou Situação de Emergência em Saúde Pública em março de 2020, instituindo a ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde

(COE-Palmas Covid-19), coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas para monitoramento da emergência em saúde pública na capital 8.

A equipe de Sistemas de Informação da Saúde (SIS) possui mecanismos capazes de transformar dados em informações, e envolvem os processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados 9. No decorrer de uma pandemia, os sistemas de informação cumprem um papel essencial no gerenciamento dos dados e das informações, dispondo de evidências que permitem o acesso e intercâmbio imediato, ágil e coordenado dos dados e a priorização da atenção, do acesso e da resposta à situação necessária. Os dados de saúde, quando bem empregados, permitem planejar ações nos diferentes níveis da atenção, facilitando a implementação de estratégias capazes de reduzir os impactos nas condições de saúde 10 .

Visando a qualificação dos recursos humanos para a reorganização assistencial da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, desenvolveu os programas de Residência Multiprofissional e em área Profissional em Saúde 9.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde se constituem como um ensino de pós-graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização destinado às diferentes categorias profissionais que se relacionam com a saúde, com exceção da médica, caracterizada essencialmente por educação em serviço 10.

Tendo como foco o fortalecimento, organização e qualificação regional das Redes de Atenção à Saúde, o município de Palmas - TO instituiu no ano de 2013 o Programa Integrado de Residências em Saúde - PIRS. O programa busca garantir a resolutividade e integralidade dos serviços de saúde, e tem em sua práxis o diálogo

entre ensino, serviço e comunidade 11. Atualmente o PIRS é composto por (nove) programas de residências, sendo: 3 médicas, 3 multiprofissionais e 3 uniprofissionais, fruto de uma parceria entre a Secretaria da Saúde de Palmas/Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) 12.

Diante do exposto, este artigo tem sua relevância justificada ao descrever a experiência dos residentes sanitaristas frente aos sistemas de informação em saúde no enfrentamento da infecção pelo vírus SARS CoV-2, visando contribuir nas ações de vigilância desse agravo para melhor direcionamento das medidas de controle e serviços de saúde.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de enfermeiros residentes em saúde coletiva atuando no Eixo de Sistemas de Informação em Saúde na Área Técnica de Imunopreveníveis no município de Palmas-TO durante a pandemia de covid-19.

Síntese dos dados

Trata-se de um relato de experiência crítico durante as atividades nas ações de vigilância do coronavírus (covid-19) no eixo dos sistemas de informação desenvolvidas por residentes em Saúde Coletiva do Programa Integrado de Residências em Saúde da FESP.

Ressalta-se que as atividades relativas a esta pesquisa começaram no mês de Maio de 2021, desde a redação do projeto e interação entre os pesquisadores para o debate teórico-metodológico, o relato apresentara a vivência na Coordenação Técnica referente aos meses de Agosto de 2020 a Outubro de 2020.

A Coordenação Técnica de Agravos Imunopreveníveis executa as ações de vigilância da covid-19 em três eixos de atuação: os sistemas de informação, apoio administrativo e monitoramento.

As atividades realizadas pelo grupo Sistema de Informação compreendem as ações de Vigilância Epidemiológica a covid, sendo uma equipe de profissionais da Vigilância em Saúde e Programas de Residência constituindo um trabalho multiprofissional.

Para melhor organização interna das atividades e a fim de atender a maior parte possível das demandas, a coordenação técnica se divide em equipes de trabalho (Eixo SIS e Eixo Apoio Administrativo), o eixo SIS assume as seguintes funções: alimentação dos casos confirmados e descartados das últimas 24 horas, realização do Boletim Epidemiológico da covid-19 diário, alimentação da planilha de investigação de pacientes com dados divergentes nos bancos de dados e fornecimento de dados de pacientes de outro município.

A coordenação técnica está formada por 1 biomédica preceptora, 1 enfermeira residente, 1 nutricionista residente, 1 psicóloga residente e 2 biomédicas residentes. Destas, atuam no Eixo SIS, 1 biomédica (preceptora), 1 enfermeira e 1 biomédica (residentes), as mesmas atuam prioritariamente no período da manhã, pois existem funções que devem ser finalizados nesse período, como exemplo o fechamento dos casos confirmados e envio ao Estado e a finalização e publicação do Boletim Epidemiológico diário, no entanto o período da tarde é coberto na terça-feira, quarta-feira e quinta-feira pelas residentes e segunda-feira e sexta-feira pela preceptora. Existem reuniões quinzenais com toda a equipe, a data é discutida em grupo, sem um dia e horário fixo na semana.

Assim, este artigo apresenta, em forma de relato reflexivo, as questões do fazer pesquisa em cenário de prática do programa de residência multiprofissional em saúde coletiva. Tal estudo será estruturado na contextualização da realidade do sistema de informação, será construído fluxos dos locais de atuação do setor e, finalizado com retorno social/cientifico.

Para análise das informações apresentadas ao longo do relato, utilizará a reflexão crítica das questões e percepções relatadas pelos pesquisadores, além do confronto e diálogo com a literatura científica.

Agradecimentos

A secretaria municipal de saúde do município de Palmas - TO, com ênfase a supervisora e trabalhadoras da Coordenação Técnica de agravos imunopreveníveis.

Fonte de Financiamento

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

Referências

1 - Ministério da Saúde (BR). Diagnóstico e Tratamento da covid-19 [Internet]. 2020 [acesso em 04 Nov 2021]. Disponível em: https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/ddt-covid-19-200407.pdf

2 - Word Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (covid-19): Interim guidance [Internet]. Geneva; 2020 [acesso em 04 Nov 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/3312992.

3 - Ortiz-Prado E, Simbaña-Rivera K, Gómez-Barreno L, Rubio-Neira M, Guaman LP, Kyriakidis NC, et al. Clinical, molecular, and epidemiological characterization of the SARS-CoV-2 virus and the coronavirus disease 2019 (covid-19), a comprehensive literature review. Diagn Microbiol Infect Dis. [Internet]. 2020 [acesso em 04 Nov 2021]. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S0732889320304715/pdf.

4 - Vincent JL, Taccone FS. Understanding pathways to death in patients with covid-19. Lancet Respir Med. 2020 [acesso em 04 Nov 2021] Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30165-X/fulltext.

5 - Candido D.S, Claro I.M. de Jesus J.G, Souza W.M, Moreira F.R.R, Dellicour S. et al. Brazil-UK Centre for Arbovirus Discovery, Diagnosis, Genomics and Epidemiology (CADDE) Genomic Network Evolution and epidemic spread of

SARS-CoV-2 in Brazil. 2020 [acesso em 05 Nov 2021] Disponível em: https://www.science.org/doi/10.1126/science.abd2161.

6 - Tocantins. Secretaria Estadual de Saúde. Tocantins registra 1º caso confirmado do Covid-19 [Internet]. Tocantins: Secretaria Estadual de Saúde; 2020 [acesso em 05 Nov 2021] Disponível em: https://www.to.gov.br/noticias/tocantins-registra-1o-caso-confirmado-do-covid-19/6edmfivjmco1.

7 - Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Números covid-19 [Internet]. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde; 2021 [acesso em 23 Nov 2021]. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/.

8 - Palmas. Decreto nº 1.856, de 14 de março de 2020. Declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (covid-19), conforme especifica. Palmas -TO, 2020 [acesso em 05 Nov 2021]. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/legislation/mo8weqqXCcgzSynBbrj3GYit00qQMZCFHHqOI6XB.pdf.

9 - Franco JLF. Sistemas de Informação. São Paulo, 2015 [acesso em 05 Nov 2021] Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade13/unidade13.pdf.

10 - Organização Pan-Americana da Saúde. Departamento de Evidência e Inteligência para Ação em Saúde. Covid-19 e a importância de fortalecer os Sistemas de Informação. 2020. [acesso em 05 Nov 2021] Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52155

11 - Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 05 Nov 2021] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.

12 - Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Diário Oficial da União. 2005; [acesso em 05 Nov 2021] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm.

13- Palmas. Lei nº. 2010, de 12 de dezembro de 2013. Institui o Programa Integrado de Residências em Saúde – PIRS e o Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho – PET/Palmas, e adota outras providências. Diário Oficial do Município de Palmas 12 dez 2013; [acesso em 05 Nov 2021] Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Lei-2010-2013-Cria-PIRS-e-PET-Palmas.pdf.

14 - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas [homepage na internet]. Plano Integrado de Residências em Saúde (PIRS) [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br https://fesp.palmas.to.gov.br/programa-integrado.

15 - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas [homepage na internet]. Plano Integrado de Residências em Saúde (PIRS) [acesso em 27 mar 2005].Disponível em: https://fesp.palmas.to.gov.br/saude-coletiva.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE ACIDENTE ANTIRRÁBICO HUMANO EM PALMAS - TOCANTINS, 2015-2020.

Igor Vinícius Pimentel Rodrigues[1]*; Patrícia Nomellini[2]; Edimar Viana Cruz[3].

[1]Mestre em Saúde do Adulto pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto (PPGSAD), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil. Residente em Saúde Coletiva pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), Palmas, Tocantins, Brasil.
[2]Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Professora tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), Secretaria Municipal de Saúde, Palmas, Tocantins, Brasil.
[3]Secretaria Municipal de Saúde, Palmas, Tocantins, Brasil.

*E-mail para correspondência: igorviniciuspimentel@gmail.com

RESUMO

A raiva humana é um importante problema de saúde pública, devido à alta letalidade da doença, que fica em torno de 100%. É uma enfermidade prevenível quando as medidas adequadas de profilaxia são tomadas mediante exposição ao vírus rábico. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de Atendimento Antirrábico Humano (AARH) em Palmas - Tocantins de 2015 a 2020. Metodologia: Estudo descritivo tipo série histórica dos casos de AARH ocorridos no município de Palmas e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No período analisado foram notificados 9.923 casos de AARH. A raça/etnia mais envolvida nos acidentes rábicos foi a parda (63%), sendo os estudantes os mais envolvidos nos acidentes rábicos (24,41%). O tipo de exposição predominante foi a mordedura (91,57%) e o animal agressor mais envolvido nos acidentes rábicos foi o cachorro (79,83%), sendo que os animais foram predominantemente sadios (59%). O tratamento mais indicado foi a observação + vacina (54,7%). 33,9% das pessoas que procuraram o AARH interromperam o tratamento. Dessas, 17,67% abandonaram o tratamento. A incompletude dos campos das fichas de notificação desse agravo diminuiu ao longo do período analisado, ainda sendo necessário melhorar as informações sobre "escolaridade", "condição final dos animais agressores" e "interrupção do tratamento". A qualidade da informação é relevante para uma melhor vigilância dos casos de pessoas que não finalizaram o seu esquema profilático adequadamente, como da própria circulação do vírus rábico nos locais em que foram confirmados casos de animais raivosos.

Palavras chave: Raiva humana, vigilância epidemiológica, atendimento antirrábico, profilaxia, epidemiologia.

ABSTRACT

Human rabies is an important public health problem, due to the high lethality of the disease, which is around 100%. It is a preventable disease when adequate prophylaxis measures are taken upon exposure to the rabies virus. This study aimed to describe the epidemiological profile of the cases of Human Anti-rabies Care (HARC) in Palmas - Tocantins from 2015 to 2020. This is a descriptive study, classified as a historical series of the HARC cases in the municipality of Palmas that were notified on the Notifiable Diseases Information System (SINAN). In the analyzed period, 9,923 cases of HARC were reported. The race/ethnicity most involved in rabies accidents was brown (63%), with students being the most involved in rabies accidents (24.41%). The predominant type of exposure was biting (91.57%) and the aggressor animal most involved in rabies accidents was the dog (79.83%), with the animals being predominantly healthy (59%). The most indicated treatment was observation + vaccine (54.7%). 33.9% of people who sought HARC discontinued treatment. Of these, 17.67% abandoned the treatment. The incompleteness of the fields of the notification forms of this disease decreased over the analyzed period, still being necessary to improve the information on “scholarity”, “initial and final condition of the aggressor animal” and “interruption of the treatment”. The quality of information is relevant for better surveillance of cases of people who have not completed their prophylactic regimen properly, as well as the circulation of the rabies virus in places where cases of rabid animals have been confirmed.

Keywords: Human rabies, epidemiological surveillance, anti-rabies care, prophylaxis, epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A raiva humana é uma zoonose, causada por *Lyssavirus* pertencente à família *Rhabdoviridae*, que é transmitida por animais domésticos, principalmente cães e gatos, além de animais silvestres, como os quirópteros e canídeos selvagens[1]. Segundo a Organização Mundial de Saúde estima-se que ocorrem anualmente 61.000 casos de Raiva Humana por ano, o que gera um alto custo social e econômico, principalmente para os países em desenvolvimento. Além disso, estima-se que na América Latina são gastos mais de 50 milhões de dólares por ano na vigilância e no controle da Raiva Humana e Animal[2].

No Brasil, tem-se observado um constante avanço no controle do ciclo urbano da doença. Ainda, devido à tendência de mudança no perfil epidemiológico da raiva, há uma crescente necessidade de se implementar ações estratégicas de vigilância, prevenção e controle da raiva em animais silvestres, especialmente em morcegos[2] o que tem se revertido em medidas desenvolvidas focando, principalmente, na interrupção da transmissão do ciclo urbano da doença[3].

No Estado do Tocantins, foi confirmado um caso de Raiva Humana, transmitida por um morcego, em 2017, após 14 anos sem registro da doença. E, no período de 2013 a 2015, foram confirmados 54 casos de raiva em herbívoros domésticos e três em morcegos. O último caso de Raiva no ciclo urbano foi registrado em 2007[4].

Apesar de o vírus da Raiva poder infectar todos os mamíferos, mais de 99% de todos os casos de Raiva Humana são causados devido à mordidas de cachorros[5]. Por isso, além da vacinação em massa de cachorros que quebra o ciclo de transmissão da Raiva Animal e Humana, deve haver a adoção de estratégias que previne as mordidas por cachorros e a correta e imediata aderência à profilaxia pós-exposição do vírus rábico nas pessoas agredidas por esses animais [5, 6].

O conhecimento da distribuição espaço-temporal de casos de Raiva em humanos e em animais no Brasil, é um importante aliado para o desenvolvimento das medidas de prevenção, vigilância e controle da doença. Para isso, necessita-se avaliar os dados disponíveis de Raiva no ciclo silvestre, considerando as situações epidemiológicas e as atividades realizadas dos seres humanos, objetivando a implementação de estratégias que permitam controlar a difusão da raiva entre os animais silvestres, evitando, assim, a ocorrência de casos humanos da doença[2].

Quando os indivíduos são expostos ao vírus, recomenda-se medidas profiláticas que são indicadas após ser analisadas as características do ferimento e do animal envolvido

no acidente, incluindo o seu estado de saúde no momento da agressão e a possibilidade da sua observação, segundo orientações do Ministério da Saúde (MS), além da limpeza da lesão. A conduta a ser realizada pode variar desde a simples observação do animal durante 10 dias, caso seja um animal conhecido e passível de observação, quanto à utilização da vacina antirrábica com ou sem soro heterólogo ou imunoglobulina[1].

No processo da vigilância da Raiva, o conhecimento acerca do perfil dos Atendimentos Antirrábicos e a análise da adequação dos esquemas de profilaxia pós-exposição conduzidos são fundamentais para verificar a eficácia das ações de vigilância do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva (PNPR), servindo também como subsídio para as tomadas de decisões. Além disso, a análise desses dados permite uma avaliação sobre a qualidade dos serviços em saúde prestadas à população que frequenta os serviços públicos de Saúde[7].

No Brasil, anualmente, são registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), aproximadamente 481.000 notificações de atendimento antirrábico pré e pós-exposição[8]. No Tocantins, no período de 2013 a 2015, foram notificados 20.268 atendimentos antirrábicos, com uma média de 6.756 casos ao ano[9].

Tendo em vista que há muitos casos de Atendimento Antirrábico Humano em Palmas – Tocantins e, que ainda é observada a realização de más práticas e condutas pelos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, esse estudo se faz necessário. Nesse contexto, o estudo pode fornecer dados sobre problemas e fortalezas identificados e assim, propor medidas de intervenção que sejam capazes de alterar a realidade a partir da mudança das práticas e no manejo dos casos, refletindo na melhoria da qualidade da assistência a esses pacientes.

Além disso, ao se traçar o perfil epidemiológico de pessoas que sofreram acidente rábico, é possível identificar quais são os grupos que mais sofrem esse tipo de acidente e, portanto, também fornecem informações que podem levar os Agentes Comunitários de Saúde ou mesmo outros profissionais, como Biólogos e Médicos Veterinários a realizar possíveis medidas de intervenções que visam impedir o ciclo de transmissão tanto do ciclo urbano, quanto do ciclo silvestre da doença, resultando em uma provável redução de casos de pacientes acometidos por esses tipos de acidentes.

Tendo isso em vista, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos casos de Atendimento Antirrábico Humano em Palmas – TO no período de 2015 a 2020.

2 MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de série histórica dos casos de pessoas expostas a acidentes rábicos ocorridos em Palmas e notificados no SINAN, ocorridos no período de 2015 a 2020.

2.2 Amostragem

As variáveis selecionadas para análise foram: local de atendimento e notificação dos pacientes, as relacionadas à pessoa (sexo, faixa etária, raça, escolaridade e profissão ou ocupação), à área de residência do paciente (zona rural ou urbana), à agressão (local do ferimento e tipo de exposição ao vírus rábico), ao animal agressor (espécie e condição do mesmo), ao tratamento realizado (pré-exposição, dispensa de tratamento, tratamento antirrábico anterior) e se houve interrupção ou não do tratamento.

As idades foram agrupadas em faixas etárias, de acordo com os estágios de desenvolvimento humano, em crianças, adolescentes, adultos e idosos.

2.3 Estatística

Os dados foram tabulados utilizando o programa TabWin 32 Versão 4.1.1 e analisados os programas Microsoft Excel 2016, sendo apresentadas utilizando frequências absolutas, percentuais e taxa de incidência.

2.4. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado sob o Termo de Anuência número 17 da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação Escola de Saúde Púbica (FESP) de Palmas, Tocantins, Brasil, sob o registro de número: 5.082.362.

3 RESULTADOS

Foram notificados 9.293 casos de acidente rábico ocorridos em Palmas nos anos de 2015 a 2020, sendo 1.562 casos em 2015, 1.442 em 2016, 1.683 em 2017, 1.707 em 2018, 1.568 em 2019 e 1.331 em 2020. As principais unidades de saúde notificadoras foram a Unidade de Pronto Atendimento Sul com 4.367 notificações (47,63%) e a Unidade de Pronto Atendimento Norte com 4.187 (45,66%) casos, Hospital Unimed de

Palmas 271 (2,92%), Secretaria Municipal de Saúde de Palmas 62 (0,67%) e a Unidade de Saúde da Família da 712 Sul 38 (0,41%).

Tabela 1. Dados sociais e demográficos selecionados das pessoas que procuraram o AARH em Palmas – TO, no período de 2015 a 2020.

Variáveis sociodemográficas selecionadas	**Anos**													
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2015-2020	
Sexo	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	891	57%	810	56%	941	55,9%	938	55%	819	52,3%	702	52,7%	5.101	54,9%
Feminino	671	43%	632	44%	742	44,1%	769	45%	749	47%	629	47,3%	4.192	45,1%
Brancos ou ignorados	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Raça/Cor														
Branco	254	16,3%	295	20,5%	366	21,7%	691	40,5%	636	40,6%	499	37,5%	2.741	29,5%
Pardo	1139	72,9%	1.031	71,5%	1.152	68,4%	912	53,4%	841	53,6%	774	58,2%	5.849	63%
Preto	40	2,6%	50	3,5%	76	4,5%	92	5,4%	80	5,1%	53	3,9%	391	4,2%
Amarelo	100	6,4%	49	3,4%	76	4,5%	11	0,6%	8	0,5%	3	0,2%	247	2,6%
Indígena	5	0,3%	9	0,6%	3	0,3%	1	0,1%	2	0,1%	1	0,1%	21	0,2%
Brancos ou ignorados	24	1,5%	8	0,5%	10	0,6%	0	0%	1	0,1%	1	0,1%	44	0,5%
Escolaridade														
Analfabeto	9	0,6%	13	1%	27	1,6%	15	1%	9	0,6%	7	0,5%	80	0,9%
1ª a 4ª série	202	13%	167	11,6%	172	10,2%	165	9,7%	158	10%	146	10,9%	1.010	10,9%
4ª série completa.	65	4,2%	35	2,4%	49	2,9%	56	3,3%	42	2,7%	17	1,3%	264	2,8%
5ª a 8ª série	182	11,6%	237	16,4%	200	11,9%	191	11,2%	156	10%	176	13,2%	1.142	12,3%
Ensino fundamental completo.	58	3,7%	40	2,8%	64	3,8%	101	6%	77	5%	62	4,7%	402	4,3%
Ensino médio incompleto.	150	9,6%	136	9,4%	131	7,8%	127	7,4%	118	7,5%	100	7,5%	762	8,2%
Ensino médio completo.	306	19,6%	281	19,5%	377	22,4%	426	24,7%	394	25%	267	20,1%	2.051	22,1%
Educação superior incompleta.	91	5,8%	110	7,6%	143	8,5%	134	7,9%	146	9,3%	118	8,9%	742	8%
Educação superior completa.	148	9,5%	134	9,3%	205	12,2%	232	13,6%	246	15,8%	241	18,1%	1206	12,9%
Não se aplica.	263	16,8%	260	18%	225	13,4%	259	15,2%	220	14%	191	14,3%	1418	15,3%
Branco ou ignorados.	88	5,6%	29	2%	90	5,3%	1	0,1%	2	0,1%	6	0,4%	216	2,3%
Faixa etária.														
0 a 14 anos	548	35,1%	498	34,5%	478	28,4%	525	30,7%	426	27,2%	408	30,6%	2.883	31%
15-19 anos	95	6,1%	129	9%	144	8,6%	122	7,1%	131	8,3%	76	5,7%	697	7,4%
20 a 64	844	54%	744	51,6%	966	57,4%	964	56,5%	906	58%	779	58,5%	5.203	56%
65 a 80+	75	4,8%	71	4,9%	95	5,6%	96	5,6%	105	6,7%	68	5,1%	510	5,6%
Zona de Residência														
Rural	21	1,3%	9	0,6%	15	0,9%	105	6,1%	83	5,3%	75	5,6%	308	3,3%
Urbana	1526	97,7%	1421	98,5%	1665	98,9%	1602	93,9%	1485	94,7%	1256	94,4%	8955	96,4%
Periurbana	12	0,8%	2	0,1%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	16	0,2%
Ignorado/branco	3	0,2%	10	0,8%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	14	0,1%

Em relação ao perfil sociodemográfico observa-se que a incompletude reduziu ao longo do período estudado, entretanto é necessário maior cuidado ao preencher os dados referentes à escolaridade que apresentou o maior percentual de incompletude (2,32%).

O maior número de casos foi de pessoas com 20-64 anos representando 56% do total (5.203/9.293), seguido pelas pessoas com 0 a 14 anos, representando 31% do total (2.883/9.293). A terceira faixa etária que mais procurou o AARH nesse estudo foi a de pessoas com 15 a 19 anos de idade, representando 7,4% do total (697/9.293).

Houve exposição de pessoas de todos os níveis de escolaridade, mas a maioria das pessoas notificadas (22,07% - 2.051/9.923) possuíam o Ensino Médio Completo.

Em relação à ocupação dos pacientes, os estudantes foram o público que mais procurou atendimento (24,41%).

Ainda, há profissionais que tem risco mais elevado de sofrerem acidente rábico humano, como os médicos veterinários, biólogos e zootecnistas. Dentre esses profissionais, os médicos veterinários representam a parcela que mais procurou o AARH nas unidades de saúde de Palmas – TO (27 – 0,29%), seguido dos biólogos (9% - 0,10%) e por fim, os zootecnistas (5 – 0,5%).

Em relação à zona de residência, observa-se que a maior parte dos pacientes eram moradores da Zona Urbana do município (8.955/9.923 - 96,4%).

As mãos e os pés foram as partes do corpo humano mais atingidas (41,9% – 3.896 entre 2015 e 2020), seguido pelos membros inferiores (33,6% – 3.121), membros superiores (17,9% – 1.663), cabeça/pescoço (9,9% – 921), tronco (4,7% – 440), mucosa (2,4% – 219).

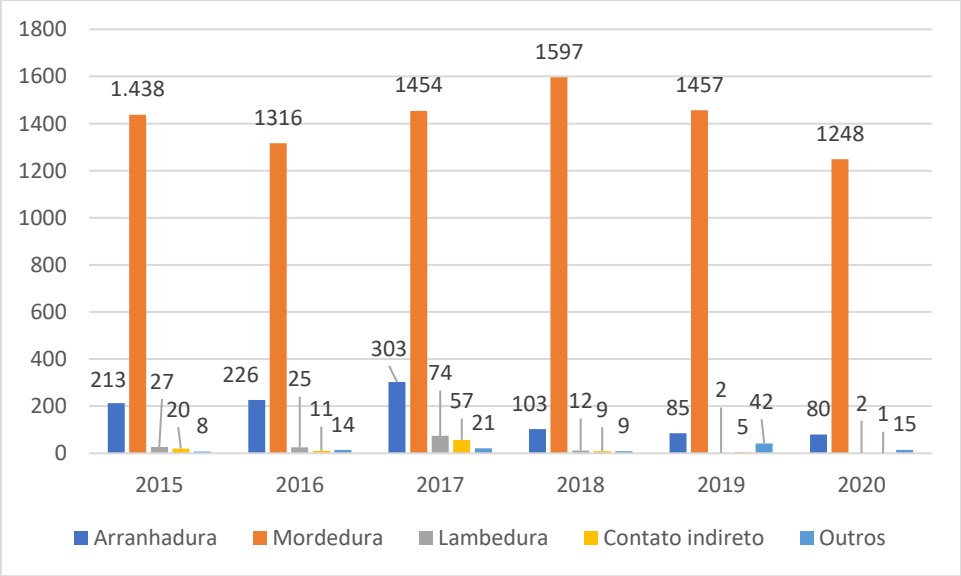


Figura 1. Tipo de exposição ao vírus rábico humano nos pacientes que procuraram o AARH em Palmas – TO no período de 2015 a 2020.

Quanto ao tipo de exposição ao vírus rábico, houve maior frequência de mordedura (8.510/9.293 – 91,6%), seguido de arranhadura (1.010/9.293 – 10,9%), lambedura (142/9.293 – 1,5%), de outros (109/9.293 – 1,2%) e, de contato indireto (103/9.293 – 1,1%). Em relação ao campo "ignorado" das arranhaduras, houve um total de 4 (0,04%) preenchimentos desse campo entre 2015 e 2020, 1 (0,01%) em relação às mordeduras, 4 (0,04%) em relação às lambeduras, 7 (0,1%) em relação ao contato indireto e 6 (0,1%) em relação ao campo "outros".

Quanto ao tipo de animal agressor mais envolvido nos acidentes rábicos humanos foi o cachorro (7.419/9.293 - 79,8%), seguido pelos gatos (1.423/9.293 - 15,3%), outros (332/9.293 - 3,6%), quirópteros (morcegos) (65/9.293 - 0,7%), primatas (macacos) (26/9.293 - 0,3%), herbívoros domésticos (25/9.293 - 0,3%) e raposas (3/9.293 - 0,03%).

Segundo a condição final do agressor no período do estudo, 60, 17% (5.488/9.120) dos animais agressores foram classificados como sadios; 34% suspeitos (3.102/9.120); 0,1% raivosos (13/9.120) e 5,7% mortos/desaparecidos (517/9.120).

6.726/6.922 (97,2%) dos animais que causaram os acidentes rábicos em Palmas – TO entre 2015 e 2020 foram negativos para a Raiva Animal, segundo critérios clínicos; 154/6.922 (0,5%) dos animais foram negativos segundo critérios laboratoriais; 4/6.922 (0,06%) foram positivos, segundo critérios clínicos; 3/6.922 (0,014%) foram positivos, segundo critérios laboratoriais e 154/6.922 (2,2%) tiveram esse campo como "ignorado/branco".

É importante ressaltar que no campo "Condição do animal agressor", o número total de notificações foi menor do que o dos outros campos da ficha de notificação do AARH. Provavelmente, isso tenha acontecido em decorrência da não obrigatoriedade do preenchimento deste campo no Notifica-SUS, que é um sistema on-line de recebimento imediato de notificações de agravos compulsórios amplamente utilizado pelos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO, onde primeiramente é feita uma qualificação inicial das fichas de notificação que chegam no site e, após realizada essa etapa, essas fichas são enviadas para o SINAN para a qualificação final das mesmas.

Tabela 2. Tratamento indicado dos pacientes que procuraram o AARH em Palmas – TO, entre 2015 e 2020.

	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2015-2020.	
Tratamento indicado.	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%

Pré-exposição	6	0,4%	3	0,2%	66	3,9%	22	1,3%	35	2,2%	28	2,1%	160	1,7%
Dispensa de tratamento	5	0,3%	13	0,9%	20	1,2%	17	1%	5	0,3%	7	0,5%	67	0,7%
Observação do animal (se cão ou gato)	198	12,7%	367	25,4%	250	14,9%	159	9,3%	247	15,7%	149	11,2%	1370	14,7%
Observação + vacina	936	59,9%	744	51,6%	896	53,2%	954	55,9%	805	51,3%	747	56,1%	5082	54,7%
Vacina	278	17,8%	239	16,6%	339	20,1%	326	19,1%	272	17,3%	262	19,7%	1716	18,5%
Soro + vacina.	139	8,9%	76	5,3%	109	6,5%	228	13,4%	202	13%	137	10,3%	891	9,6%
Esquema de reexposição.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%	1	0,01%
Ignorado/branco.	0	0%	0	0%	3	0,2%	1	0,1%	2	0,1%	0	0%	6	0,1%

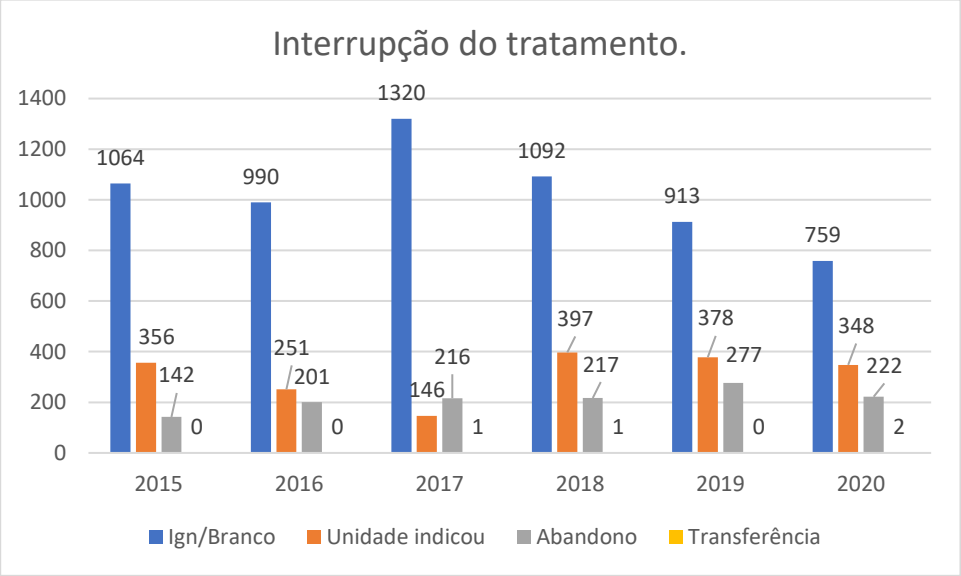
De acordo com a Tabela 2, o tratamento mais indicado para os pacientes que procuraram o AARH foi a observação + vacina (5.082/54,7%), seguido da vacina (1.716/18,48%), observação do animal (se cão ou gato) (1.370/14,74%), soro + vacina (891/9,6%), pré-exposição (160/1,7%), dispensa de tratamento (67/0,7%), ignorado/branco (6/0,1%) e esquema de reexposição (1/0,01%).

Tabela 3. Pacientes que interromperam o tratamento da profilaxia contra o vírus da Raiva Humana em Palmas – TO, entre 2015 e 2020.

Interrupção do tratamento	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2015-2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim.	498	31,9%	452	31,4%	363	22%	615	36%	655	41,8%	572	43%	3155	33,9%
Não.	851	54,5%	550	38,1%	951	57%	916	54%	655	41,8%	600	45%	4523	48,7%
Ignorado/branco.	213	13,6%	440	30,5%	369	21,9%	176	10%	258	16,4%	159	12%	1615	17,4%

Há um percentual alto de pacientes que interromperam o tratamento da profilaxia contra o vírus rábico nos anos estudados, sendo que foi observado um aumento desse índice a partir de 2018. Outro dado que chama a atenção é em relação ao campo “ignorado/branco”, em que em todos os anos há um alto percentual de não preenchimento desse campo, sendo observado em 2016 e em 2017 um aumento expressivo do mesmo em relação aos demais anos.

Figura 2. Pacientes que interromperam o esquema profilático contra o vírus rábico em Palmas – TO entre 2015 e 2020.



Há um alto percentual de pessoas que abandonaram o tratamento em todos os anos analisados no presente estudo, sendo possível observar um pico nessa taxa em 2019 (17,67%). O motivo mais representativo para o abandono do tratamento foi a indicação da unidade onde o paciente procurou o atendimento antirrábico humano com uma porcentagem média de 20,4%. Um dado ainda mais preocupante desse cenário é o alto índice de não preenchimento do campo "ignorado/branco" em todos os anos analisados nesse estudo, tendo a sua maior porcentagem em 2017 (78,43%).

4 DISCUSSÃO

Em relação ao local de atendimento dos pacientes que procuraram o AARH, observa-se que a grande maioria dos mesmos ocorreu nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA Norte e UPA Sul) da capital tocantinense, o que difere da realidade de outros municípios do Brasil, como mostrado nos estudos de Nascimento et al. [10] e de Filgueira et al. [11] , em que o AARH é realizado em unidades de atenção primária, sendo que os usuários que tem indicação de soro e soro e/ou vacina são encaminhados para os hospitais de referência da cidade, respectivamente.

Em relação ao sexo, houve uma discreta predominância do sexo masculino em relação ao feminino, variando de 52 a 57% dos casos no período estudado. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Veloso et al.[7] e Alonso [15] em que 50,3% e 50,68% dos indivíduos pesquisados pertenciam ao sexo masculino. O predomínio do sexo

masculino pode estar ligado às profissões e ocupações dos homens, que geralmente envolvem maior contato com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, especialmente os cães, como a dos vigias, adestradores de cães, carteiros, entregadores, lixeiros, por exemplo, além de essa população ter atitudes e brincadeiras que podem estimular a agressão [7, 13].

Os dados relativos à faixa etária dos pacientes que procuraram o AARH em Palmas – TO, corroboraram com os dados dos estudos de Nascimento et al.[10] nos quais indivíduos pertencentes à faixa etária de 20 a 59 anos também foram os que mais procuraram o AARH (54,7%) e, de Veloso et al.[7] em que 47,6% dos pacientes estavam na faixa de 20-69 anos de idade.

A raça/cor da pele predominante foi a parda, 62,94% (5.849/9.293), o que está de acordo com o que é relatado para a população palmense, que tem como raça/cor predominante dos seus moradores a parda (55,41%)[14].

Diante dos dados apresentados observa-se que esse não é um agravo à saúde humana que tem relação direta com maior ou menor nível de escolaridade, pois a escolaridade mais frequente entre as pessoas que procuraram o AARH no município foi o Ensino Médio Completo (22,07%), consistindo-se essa em uma escolaridade média em relação aos demais níveis de escolaridade existentes.

O alto número de estudantes que sofreram acidentes rábicos nesse período de tempo pode-se dever a fatores como: alta quantidade de estudantes no Brasil - 26,08 % da população brasileira [15 , 16] como também devido ao fato de os alunos, principalmente as crianças e adolescentes interagirem mais com os cães e gatos através de brincadeiras, carinhos e outras atividades como correr ou andar de bicicleta, além disso elas possuem uma maior liberdade e movimentação quando estão nos quintais de suas casas ou quando utilizam locais públicos, como praças, ruas, etc., estando, portanto, mais suscetíveis a sofrerem acidente com esses animais[13,17]. Entretanto, vale ressaltar aqui, que a faixa estaria que mais sofreu acidente rábico no presente estudo foi a de 20-34 anos de idade, caracterizando um público mais adulto. Estima-se que esses adultos estejam expostos a essas agressões devido às suas atividades diárias, como por exemplo, o trabalho, cuidado com os animais domésticos e deslocamento pelas vias públicas[7]. Já as donas de casa, aposentados e pensionistas e empregados domésticos nos serviços gerais estão mais suscetíveis a esses acidentes devido ao fato de eles passarem muito tempo nas residências, aumentando as chances de eles também sofrerem esse tipo de acidente.

Além disso, há outros profissionais que possuem um maior risco de exposição ao vírus rábico, que são os médicos veterinários, os biólogos e os zootecnistas, devido ao fato de eles lidarem com animais potencialmente transmissores do vírus rábico corriqueiramente nos seus respectivos trabalhos. Diante disso, esses profissionais necessitam realizar a imunização pré-exposição para garantir uma imunização prévia dos mesmos caso eles sofram alguma exposição ao vírus rábico no desempenho de suas atividades profissionais[14.]

A melhora da qualidade da informação ao longo do tempo mostra um maior comprometimento dos profissionais que trabalham nas unidades notificadoras no preenchimento das fichas de notificação desse agravo à saúde humana. Em relação a incompletude do campo raça/cor, os dados encontrados nesse estudo foram melhores do que os obtidos na pesquisa realizada por Veloso et al.[7], onde esse dado não foi preenchido em 26% das fichas de notificação desse agravo à saúde humana.

Em relação à zona de residência dos pacientes, além, da população do município ter característica urbana e ter uma área rural muito pequena, a maior quantidade de cães e gatos como os tipos de animais agressores envolvidos nos acidentes rábicos pode ser explicada devido ao fato de haver uma grande e crescente quantidade desses animais nos domicílios das zonas urbanas, uma realidade que ocorre não somente no Brasil, mas em praticamente todo o mundo, como apontam os estudos de Liu et al[6] e Felipetto[17], que relata que aproximadamente 60% dos domicílios brasileiros possuem ao menos um animal de estimação, o que representa 52 e 17 milhões de cães e gatos domiciliados, respectivamente [19].

Quanto ao local de exposição ao vírus rábico, nossos dados estão de acordo com os encontrados por Nascimento et al. [10], onde houve registro de ferimentos nas mãos em pés em 41% dos casos notificados, seguido dos membros inferiores, membros superiores, cabeça/pescoço, tronco e mucosa. As mãos e pés são regiões do corpo que oferecem mais risco de um desenvolvimento rápido da doença, pois é uma região extremamente enervada, portanto, o vírus se desloca através dos nervos periféricos localizados nessa região do corpo até o cérebro do paciente. Uma vez nesse órgão, o vírus atravessa as sinapses neurais, se espalhando pelos neurônios motores por transporte axonal retrógrado rápido até a medula espinhal ou para os gânglios motores craniais no tronco do cérebro, dependendo do local da exposição ao vírus rábico[20].

Em relação ao tipo de exposição ao vírus rábico, nossos dados são também corroborados nos estudos de Veloso et al.[7], em que 87,4% dos pacientes que procuraram

o AARH em 2006 em Porto Alegre – RS sofreram mordida pelo animal agressor, seguido da arranhadura (11,6%), lambedura (0,6%), contato indireto (0,4%) e por fim, outro (0%) e de Nascimento et al.[10], em que 83,1% dos acidentes rábicos foram através de mordedura, seguida da arranhadura (15,2%), lambedura (0,8%), contato indireto (0,4%) e outro (0,5%). Quanto à incompletude do preenchimento dessas informações nas fichas de notificação, observou-se um baixo percentual do mesmo, o que revela o alto comprometido dos profissionais de saúde em relação à essa informação da ficha de notificação desse agravo à saúde humana.

Existem dois motivos que explicam o maior percentual de mordeduras entre os casos atendidos nesse estudo: o primeiro se deve ao maior conhecimento sobre o risco deste tipo de exposição para a raiva pela população palmense, o que não ocorre com os outros tipos de exposição, como a lambedura ou a arranhadura, o que acaba levando à maior notificação desse tipo de acidente no SINAN[17], e o outro seria, de fato, uma maior frequência desse tipo de acidente entre as pessoas, já que quando o cão ou o gato se sente ameaçado de alguma forma, seu primeiro instinto natural seria o de morder a pessoa como mecanismo de defesa próprio (10), o que resulta em uma maior frequência desse tipo de acidente em Palmas, e também em outros locais como na China[6] e na Tailândia Oriental [21].

Quanto ao tipo de animal agressor, nossos resultados foram corroborados pelo estudo de Veloso et al.[7], em que a espécie canina foi responsável por 91,7% dos atendimentos antirrábicos humano em Porto Alegre – RS, seguido pelos felinos (7,7%), outros (0,3%), quiróptera (0,2%), primata (0,1%). Também houve predomínio da espécie canina entre os animais agressores no estudo de Nascimento et al. (10), cuja porcentagem foi de 74,4%. Entretanto, resultados diferentes foram encontrados em um estudo realizado em Nova Iorque, onde 49% dos atendimentos foram em decorrência de acidentes envolvendo animais selvagens, sendo os quirópteros responsáveis por 61% dos atendimentos antirrábicos humanos [22].

Em relação à condição do animal, nossos dados foram corroborados pelo estudo de Nascimento et al. (18) em que a maioria dos animais foram classificados como sadios (76%), 7,9%, suspeitos, 0,04%, raivosos e 16,1% foram classificados como mortos ou desaparecidos e, também no estudo de Garcia; Vasconcellos; Sakamoto[17] em que 65,9% dos animais foram sadios; 21,1% do estado clínico do animal era desconhecido e 1,6% dos animais foram classificados como raivosos com base no seu quadro clínico. Em nosso estudo mais animais agressores foram classificados como suspeitos no que desses autores,

indicando que em Palmas – TO, ocorrem acidentes mais potencialmente graves do que nesses outros municípios do Brasil, caracterizando-se como um cenário que merece bastante atenção pelos gestores de Palmas, especialmente pela grande quantidade de animais de rua que aumentam a chance de acontecerem acidentes graves de risco à saúde humana.

Quanto à condição final do animal agressor após a agressão, nossos resultados foram corroborados com os de Nascimento et al.[10], em que 98,9% dos animais agressores foram classificados como negativos segundo critérios clínicos; 0,8% como negativos, segundo critérios laboratoriais e 0,4% foram classificados como mortos/desaparecidos.

Quanto ao tipo de tratamento indicado, nossos dados corroboram parcialmente com os encontrados por Nascimento et al.[10] em que 72,3% dos atendimentos tiveram indicação de "observação+vacina", seguido de 16,1% de "soro + vacina", 7,7 % de tratamento apenas de "vacina", 2,2% observação do animal, 1,2% "esquema de reexposição" e 0,5% tiveram dispensa de tratamento. Esses dados divergem discretamente com o estudo de Veloso et al.[7], onde 78,1% dos pacientes receberam indicação de vacina, enquanto que a indicação de soro ocorreu para 6,4% dos pacientes que procuraram o AARH em Porto Alegre – RS.

Em relação ao campo "interrupção do tratamento", observa-se um alto porcentual de pacientes que interromperam o esquema profilático contra o vírus rábico em Palmas – TO no período de tempo analisado nesse presente estudo. Entretanto, foi observado no estudo de Veloso et al.[7] um percentual maior ainda, onde mais da metade dos pacientes assim o fizeram (55,38%), o que não deixa de ser algo grave, todavia. Os autores desse estudo atribuem essa alta porcentagem ao fato de que muitos pacientes trocam de unidade de referência durante o tratamento, o que acaba interferindo na qualidade das fichas de notificação, dando "falsos-positivos" de casos de interrupção de tratamento, quando o paciente em questão pode tê-lo concluído em outra unidade de saúde, ressaltando mais uma vez a importância da integração dos serviços de saúde na geração de um perfil epidemiológico de um determinado agravo de maior qualidade e acurácia.

Em relação ao motivo da interrupção do tratamento, observa-se uma alta porcentagem de pacientes que abandonaram o tratamento antirrábico humano, mas um valor mais alto ainda foi encontrado no estudo de Nascimento et al.[10] em que 89,3% dos pacientes abandonaram o tratamento, o que é algo extremamente grave, pois esses pacientes se encontram em risco de contrair o vírus rábico, já que geralmente são pessoas

que sofrem agressão de animais mortos ou desaparecidos (não observáveis), e que requerem, portanto, fazer a profilaxia completa contra o vírus rábico.

A partir do perfil delineado no presente estudo, constatou-se que, apesar de não ser notificado nenhum caso de raiva humana no município, a doença é uma preocupação latente para o sistema de saúde pública local, por ser transmitida por animais de convívio social e que possuem alta densidade populacional e, pela identificação de animais infectados por vírus rábico na cidade, já que foram confirmados 3 morcegos positivos no período entre 2015 e 2020, um em Agosto de 2018 e 2 em Setembro de 2019, segundo dados do GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) de Palmas – TO.

Nesse estudo, verificou-se que o nível de incompletude dos campos das fichas do AARH de Palmas – TO diminuiu ao longo do período analisado, apesar de ter sido verificado que em alguns campos das fichas o mesmo foi relativamente alto, como no caso do campo "escolaridade", onde 2,32% das fichas tiveram marcado o campo "ignorado/branco", apesar do fato de que esse agravo à saúde humana parece não ser relacionado com o baixo nível de escolaridade e nem com a baixa faixa etária na população Palmense. Essa informação é importante para direcionar tomadas de medidas focadas nesse público-alvo e o tipo de comunicação a ser utilizada para as ações de educação em saúde.

Outro campo que também chama atenção em relação à sua incompletude é o da "interrupção do tratamento", o que também é algo alarmante, já que esses números refletem a quantidade de pessoas que não se sabe se completaram o esquema de profilaxia contra o vírus rábico adequadamente ou não, refletindo o não preenchimento adequado das fichas de notificação desse agravo, o que acaba interferindo negativamente na correta vigilância dos casos de AARH pelos órgãos da Vigilância em Saúde do município.

Vale ressaltar aqui o alto nível de incompletude do campo "condição final do animal agressor". Isso pode ter acontecido devido ao fluxo de retorno de alguns pacientes que procuram o AARH em Palmas, mas tem que retornar para o seu município de origem, o que pode resultar em algumas perdas de informações das fichas de notificação dessas pessoas.

Além disso, uma adequada vigilância com base nos critérios clínicos deve ser feita também, pois dentre esses cães e gatos suspeitos de portar o vírus rábico, algum deles, pode, de fato, portá-lo durante o seu período de observação, que é de 10 dias a partir do momento da agressão, e isso merece extrema atenção tantos dos profissionais da atenção primária da saúde quanto da vigilância epidemiológica.

Outra crítica a ser feita em relação à ficha de notificação do AARH é a ausência do campo “local do acidente”, já que sem ela, não é possível inserir o local geográfico de onde aconteceu o acidente, o que poderia acionar a equipe de vigilância em saúde para saber o motivo de tantos acidentes nessas regiões e vacinar a maior quantidade possível dos animais de ruas (tanto cães como gatos) para evitar a manutenção do ciclo do vírus rábico naquele local, evitando assim futuros problemas para a saúde pública humana.

Com base nos resultados obtidos nesse estudo, podem ser tomadas medidas para evitar a manutenção do ciclo do vírus rábicos na população Palmense, especialmente na população que mais procurou o AARH durante o período do presente estudo, como por exemplo, a educação em saúde, a qualificação técnica dos profissionais que prestam o atendimento, intensificação das ações de vigilância sanitária e a atuação sobre os fatores de risco para a disseminação do vírus, que seriam: controle da população de animais de rua, atuação sobre os abrigos artificiais que abrigam uma população considerável de morcegos e na manutenção das florestas urbanas que também são seu habitat e, além disso, espera-se que a execução do programa estadual de controle da raiva seja efetivo.

Um fator limitante do presente estudo foi a não análise individual das fichas de notificação desse agravo à saúde humana, devido à grande quantidade de fichas a serem analisadas em um período relativamente curto de tempo de estudo, o que implicou na não análise de dados importantes como o tempo entre a agressão e o atendimento antirrábico humano, que pode resultar em um prognóstico pobre do paciente caso o mesmo seja muito demorado, e do fato de não ter sido analisado a adequação dos tratamentos solicitados pelos médicos durante o AARH, uma vez que um tratamento inadequado pode resultar tanto em um risco grave à saúde do paciente quando o acidente for ocasionado por animal não passível de observação ou suspeito de raiva animal, ou em desperdício de doses de vacina desnecessárias, o que também pode resultar em um fator agravante à saúde de pacientes que realmente precisem fazer o esquema profilático completocontra a doença e não poderem fazê-lo devido à uma possível escassez de imunobiológicos na unidade de saúde que o mesmo procurar pelo atendimento antirrábico humano.

Em contrapartida, o fator potenciador do presente estudo foi a própria descrição do perfil epidemiológico dos pacientes que procuraram o AARH em Palmas – TO entre 2015 e 2020, destacando-se a aspectos importantes dessas pessoas, como a faixa etária, escolaridade, sexo e profissão ou ocupação predominantes, o que pode guiar medidas de educação em saúde com base nesses dados, que devem ser didaticamente adequadas para cada público-alvo, assegurando às mesmas a autonomia para adotar medidas de

prevenção e/ou tratamento adequadas caso precisem do AARH em algum momento de suas vidas, garantindo à elas uma saúde pública de qualidade.

Além disso, a partir dos dados desse estudo, foi possível verificar um índice relativamente alto de abandono de tratamento, o que pode desencadear ações pelos órgãos de Vigilância da Saúde ou mesmo da Atenção Primária de Saúde para ações voltadas à conscientização das pessoas que frequentam as Unidades de Saúde de Palmas sobre a importância da aderência correta ao esquema profilático contra o vírus rábico, especialmente em casos de acidentes ocasionados por animais não observáveis, para evitar que a pessoa contraia o Vírus Rábico, que apresenta quase 100% de letalidade e, portanto, representa um alto risco à saúde humana.

Agradecimentos

Os autores do presente estudo gostariam de agradecer primeiramente à Superintendência de Vigilância e Atenção à Saúde localizada na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins por nos fornecer os dados necessários para a análise e consequente confecção do presente artigo científico e à Fundação Escola de Saúde Pública por fomentar a presente pesquisa com a concessão de bolsas de estudo que foram essenciais para a realização do mesmo.

Colaboradores

IVPR e PFN desenharam o estudo. IVPR e EVC coletaram os dados. IVPR e PFN conduziram a análise estatística. IVPR escreveu a primeira versão do manuscrito e todos os autores contribuíram e aprovação a versão final do presente artigo científico.

A revista a ser submetida o presente artigo científico é a revista Cadernos Saúde Pública (Qualis B2 para Saúde Coletiva).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília ; 2014.
2. Manrique Rocha S. RAIVA SILVESTRE: O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL (2002 A 2012). [Brasília]; 2014.
3. Miranda CFJ. Fatores de ocorrência da raiva humana e canina em Minas Gerais, 1999-2007. Minas Gerais; 2007.
4. Menezes J de S. Profilaxia da raiva humana no estado do Tocantins, 2013 a 2015. Salvador; 2017.
5. World Health Organization. WHO Expert Consultation on Rabies: second report. Vol. 2. 2013. 150.
6. Liu Q, Wang X, Liu B, Gong Y, Mkandawire N, Li W, et al. Improper wound treatment and delay of rabies post-exposure prophylaxis of animal bite victims in China: Prevalence and determinants. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2017 Jul 10;11(7).
7. Veloso RD, Aerts DRG de C, Fetzer LO, Anjos CB dos, Sangiovanni JC. Epidemiologic profile of human anti-rabies treatment in Porto Alegre, RS, Brazil. Ciencia e Saude Coletiva. 2011;16(12):4875–84.
8. Wada MY, Rocha SM, Maia-Elkhoury ANS. Situação da Raiva no Brasil, 2000 a 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2011 Dec;20(4):509–18.
9. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net. 2020.
10. Nascimento AO do, Matos RAC, Carvalho SM, Corrêa V de AF, Freire MAM. Epidemiological Profile of Human Antirabic Care in a Planning Area of the City of Rio De Janeiro. Reme Revista Mineira de Enfermagem. 2019; 23:1–8.
11. Filgueira A da C, Cardoso MD, Ferreira LOC. Profilaxia antirrábica humana: uma análise exploratória dos atendimentos ocorridos em Salgueiro-PE, no ano de 2007. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2011 Jun;20(2):233–44.
12. ALONSO BPM. Estudo de caso de agressões por cães no município de Araraquara, estado de São Paulo, Brasil / Study of the cases of aggressions for dogs, in the municipal district of Araraquara, State of São Paulo, Brazil. Araraquara. 2005.
13. Filho JM. Avaliação dos registros de profilaxia anti-rábica humana pós-exposição no município de Jaboticabal, São Paulo, no período de 2000 a 2006. [Jaboticabal]; 2008.
14. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
15. INEP. Censo Escolar 2015 Notas Estatísticas. Brasília; 2015.
16. INEP. Censo da Educação Superior. Brasília; 2015.
17. Garcia RCM, Vasconcellos SA, Sakamoto SM, Lopez AC. Análise de tratamento antirrábico humano pós-exposição em região da Grande São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 1999;33(3):295–301.
18. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana. [Internet]. Vol. il. 2011. 0–60. Available from: www.saude.gov.br/svs
19. Felipetto LG. Perfil populacional e sanitário de cães e gatos associados ao perfil socioeconômico dos proprietários em áreas assistidas por Estratégias de Saúde da Família. [Santa Maria]; 2018.
20. Fooks AR, Cliquet F, Finke S, Freuling C, Hemachudha T, Mani RS, et al. Rabies. Vol. 3, Nature Reviews Disease Primers. Nature Publishing Group; 2017.

21. Yurachai O, Hinjoy S, Wallace RM. An epidemiological study of suspected rabies exposures and adherence to rabies post-exposure prophylaxis in Eastern Thailand, 2015. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2020 Feb 1;14(2).
22. Carrieri ML, Takaoka NY, Kotait I, Germano PML. Diagnóstico clínico-epidemiológico da raiva humana: dados do Instituto Pasteur / de São Paulo do período de 1970-2002 / Clinical and epidemiological diagnosis for human rabies: data from the Pasteur Institute from 1970 to 2002. BEPA Boletim epidemiológico paulista (Impresso). 2006;3(29):2–8.

Revista de APS
https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index

Avaliação do pé diabético em um território da Atenção Primária: percepção dos profissionais de saúde

Diabect foot assessment in a Primary Care territory: perception of health professionls

Livia Sacha de Castro Soares Oliveira[1],

Layra Miranda da Silva[2],

Karolyne Botelho Marques Silva[3]

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) de Palmas-TO sobre a avaliação clínica do pé diabético. **Método:** caracteriza-se por uma pesquisa com abordagem qualitativa descritiva, com a participação de profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) que atuavam nos Centros de Saúde e Comunidade (CSC's) do território Xerente, durante o período da coleta dos dados. Esta foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando-se a técnica de análise temática, proposta por Franco para análise de dados. **Resultados:** Verificou-se os relatos de 6 profissionais de saúde sobre a percepção da avaliação do pé diabético em pacientes com DM, permitindo a identificação sobre o conhecimento da avaliação clínica do pé diabético, compreensão sobre a realização da avaliação clínica do pé diabético, dificuldades encontradas para a realização da avaliação clínica do pé diabético, bem como entendimento sobre o processo de Educação Permanente em saúde para a realização clínica do pé diabético pelos profissionais do território estudado. Observou-se que a realização da avaliação do pé diabético é desconhecida pela maioria dos profissionais, que apresentaram dúvidas quanto à avaliação do pé diabético. **Conclusão:** É fundamental a criação de estratégias para ofertar Educação Permanente aos profissionais de saúde, favorecendo o conhecimento e mudanças nos processos de trabalho, com consequente melhoria na assistência prestada aos acometidos pelo DM na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus. Pé diabético. Percepção.

[1]Fisioterapeuta. Especialista na Estratégia Saúde da Família e Comunidade. Palmas, TO, Brasil. E-mail: liviasacha@gmail.com.

[2]Fisioterapeuta. Palmas, TO, Brasil. E-mail: layrams1@gmail.com.

[3]Farmacêutica. Mestre em Ciências da Saúde. Coordenadora do programa de residência multiprofissional em saúde da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). Palmas, TO, Brasil. E-mail: karolynebmsilva@gmail.com.

ABSTRACT

Objective: To know the perception of health professionals from Primary Health Care (PHC) in Palmas-TO about the clinical evaluation of the diabetic foot. **Method:** characterized by a research with a descriptive qualitative approach, with the participation of medical professionals and nurses who worked in the Health and Community Centers (CSC's) in the Xerente territory, during the period of data collection. This was carried out through a semi-structured interview, using the thematic analysis technique proposed by Franco for data analysis. **Results:** The reports of 6 health professionals on the perception of diabetic foot assessment in patients with DM were verified, allowing the identification of knowledge of the clinical assessment of the diabetic foot, understanding of the performance of the clinical assessment of the diabetic foot, difficulties found to carry out the clinical evaluation of the diabetic foot, as well as an understanding of the process of Permanent Education in health for the clinical performance of the diabetic foot by the professionals of the studied territory. It was observed that the performance of the diabetic foot assessment is unknown by most professionals, who had doubts about the assessment of the diabetic foot. **Conclusion:** It is essential to create strategies to offer Permanent Education to health professionals, favoring knowledge and changes in work processes, with a consequent improvement in the assistance provided to those affected by DM in PHC.

KEYWORDS: Diabetes mellitus. Diabetic foot. Perception

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico crônico caracterizado por comprometimento do metabolismo da glicose e de outras substâncias produtoras de energia e constitui um importante problema de saúde pública, devido a elevada prevalência e morbimortalidade, além do risco de desenvolvimento de complicações crônicas incapacitantes, como retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia[1,2]. É uma doença que avança rapidamente a nível mundial, onde os países em desenvolvimento são particularmente os mais afetados[3].

É considerada uma pandemia mundial, com 422 milhões de pessoas acometidas pela doença, em 2014[4]. No Brasil, a estimativa da população diabética é de 12 milhões[2], ocupando o 4° lugar entre os 10 países com maior número de indivíduos com diabetes[5]. No Tocantins, há uma tendência de elevação discreta e contínua de casos novos, onde as taxas de prevalência e mortalidade apresentam uma maior variação na capital do estado[6].

Considerando a etiopatogenia da doença, temos a DM tipo 1, caracterizada pela deficiência absoluta de insulina e a tipo 2, que tem como causa a resistência à ação da insulina e uma resposta inadequada de compensar essa resistência[7]. A DM tipo 2 tem mais distúrbios e é mais comum em homens do que em mulheres, com presença de

algumas complicações, como o pé diabético, menor índice de massa corporal, hipertensão, retinopatia diabética e histórico de tabagismo[4].

As complicações do diabetes são classificadas em agudas, crônicas microvasculares e macrovasculares, podendo ocasionar cegueira, insuficiência renal, ataques cardíacos, derrame e amputação. Dentre as complicações mais frequentes, estão as síndromes do pé diabético como consequência da doença vascular periférica e/ou complicações neuropáticas[8,9,10].

O pé diabético é uma comorbidade clínica, de base neuropática, induzida pela hiperglicemia sustentada, que resultam em alterações biomecânicas como alterações de pele, ossos e articulações dos pés que colaboram para o aparecimento de ulcerações, infecções e gangrena em planos cutâneos ou profundos, associadas a traumatismo prévio e infecções desencadeantes, o que leva a amputação de membros inferiores[11].

Essa complicação afeta a qualidade de vida das pessoas por influenciar negativamente na produtividade e independência, sendo algumas vezes incapacitante, devido ao alto índice de amputações associadas ao pé diabético, especificamente, em indivíduos que apresentam diminuição do desempenho físico, aumentando a dependência para a realização das atividades diárias e reduzindo o desempenho nos aspectos psicossociais, tais como a diminuição da capacidade cognitiva e a presença de sintomas depressivos[12,3].

Diante da relevância desta condição de saúde, torna-se imprescindível que a equipe da Atenção Primária em Saúde (APS) realize, de forma sistematizada, o exame físico dos pés dos portadores de DM, por meio da avaliação musculoesquelética, vascular, neurológica e da pele[13,14]. Também é fundamental que a equipe compreenda a necessidade de gerenciar os cuidados direcionados à essa população, com o objetivo de garantir o fluxo contínuo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde para que as intervenções tenham o resultado e a eficácia esperada, reduzindo os riscos de complicações em membros inferiores[15].

Ressalta-se ainda a importância de que os profissionais de saúde envolvidos com o manejo do pé diabético possuam o conhecimento de metodologias adequadas e atualizadas à serem utilizadas na prática clínica, de modo a estabelecerem uma linha de conduta padronizada e adequada à assistência ao controle apropriado desta condição de saúde, bem como de suas implicações[12].

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais de saúde da APS, de Palmas-TO, sobre a avaliação clínica do pé diabético.

MÉTODO

A pesquisa quanto à natureza foi aplicada, com abordagem qualitativa descritiva, tendo como referencial teórico a pesquisa social. A pesquisa social em saúde trata-se de investigações acerca de fenômenos saúde/doença, onde estão envolvidos os atores como: usuários, profissionais, instituições políticas e serviços[16]. A partir do método qualitativo é possível responder questões subjetivas, no qual trabalha-se com o universo de significados, crenças, percepções, valores e atitudes, que correspondem a uma profundidade dos processos, fenômenos e relações que não podem ser quantificadas e nem reduzidas em operacionalização de variáveis[17].

A Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS) de Palmas- TO é organizada em oito divisões territoriais de saúde, sendo que os territórios recebem nomes de tribos indígenas da região, a saber: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararú[18]. Deste modo, foram selecionados para pesquisa todos os profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) que atuavam nos Centros de Saúde e Comunidade (CSC's) do território Xerente, no município.

A avaliação clínica dos pés deve ser feita de forma regular em pacientes com DM, por profissionais de nível superior, sendo o médico da família ou enfermeiro da equipe[19], sendo estes os participantes da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2021. Neste período, atuavam nos CSC's 27 (vinte e sete) profissionais de saúde, sendo que todos foram convidados a participarem. Os critérios de exclusão adotados foram: profissionais que estivessem vinculados há menos de 1 (um) ano nos CSC's, devido a rotatividade diante do contexto epidemiológico (pandemia do COVID-19); profissionais que estivessem de férias ou de licença por interesse particular; e profissionais de atestado/licença médica ou que desistissem de participar da pesquisa. Assim, foram excluídos da amostra 21 (vinte e um) profissionais, visto que 17 (desessete) estavam vinculados há menos de 1 (um) ano nos CSC's, 1 (um) estava de férias, e 3 (três) profissionais não aceitaram participar da pesquisa, sendo possível entrevistar 6 (seis) profissionais de saúde.

Os profissionais que se enquadraram nos critérios de inclusão foram contatados pelas pesquisadoras responsáveis e receberam todas as orientações e explicações

necessárias referente ao estudo. Os mesmos aceitaram participar voluntariamente e receberam, individualmente, o link da plataforma virtual, devido à pandemia do COVID-19 e assinaram de forma digital, pela plataforma *Google Forms*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semi-estruturada individual composto por 04 (quatro) perguntas, descritas a seguir:

1- O que você entende sobre avaliação clínica do pé diabetico ?

2- Quanto a sua categoria profissional, como você compreende a realização da avaliação clínica do pé diabético para o manejo desta condição de saúde na APS?

3- Quais dificuldades você encontra para realizar a avaliação do pé diabético em pacientes com DM no seu Centro de Saúde e Comunidade?

4- *Como você entende o processo de Educação Permanente em saúde (capacitações) para a realização da avaliação clínica do pé diabético em pacientes com DM na Atenção Primária em Saúde?*

As entrevistas foram realizadas de forma virtual, por meio da plataforma *Google Meet*, devido a pandemia do COVID-19. A aplicação da entrevista ocorreu de forma individual, sendo gravadas para obtenção das respostas e foram posteriormentetranscritas, na íntegra, pelas próprias pesquisadoras, respeitando-se as pausas eoutras expressões para auxiliar na tradução da realidade.

Os dados qualitativos obtidos por meio das entrevistas, após sua transcrição, foram sistematizados e submetidos à análise temática; uma das técnicas de análise de conteúdo, valorizando-se os significados presentes nos dados, a sua correlação com as questões formuladas e a articulação com o marco teórico descrito na pesquisa. Para evitar a criação de uma categoria para cada resposta, levando a uma intensa fragmentação do discurso foram determinados 04 (quatro) *núcleos direcionadores*: conhecimento sobre a avaliação clínica do pé diabético, compreensão da realização da avaliação clínica do pé diabético pelos médicos e enfermeiros do território, dificuldades encontradas para a realização da avaliação clínica do pé diabético e entendimento sobre o processo de Educação Permanente em saúde para a realização da avaliação do pé diabético pelos profissionais de saúde. A partir deste ponto, unidades de contexto foram separadas do texto, que é a parte mais ampla do conteúdo a ser analisado, considerada o “pano de fundo” que imprime significado e sentido nas unidades de registro, que representam a menor parte do conteúdo. As *unidades de contexto* e suas respectivas unidades de registro foram agrupadas dentro dos quatro grandes núcleos direcionadores, que constituíram os quadros sinópticos[20].

A segunda fase consistiu na exploração do material ou codificação, na qual foram quantificadas as unidades de contexto e suas respectivas unidades de registro. As *unidades de registro* foram classificadas e agrupadas de acordo com seus significados, emergindo-se as categorias de análise. Após a análise de conteúdo, procedeu-se à fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, realizando-se uma aproximação dos dados categorizados e a busca por divergências e convergências entre as unidades de registro, visando-se obter respostas à inquietação inicial da pesquisa em estudo.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) de Palmas-TO e, posteriormente, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FESP, sendo aprovado conforme o parecer consubstanciado nº 5.082.448.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível entrevistar 6 (seis) profissionais médicos e enfermeiros do território Xerente, sendo que todos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participarem do estudo.

O relato dos profissionais de saúde permitiu a identificação de 04 (quatro) núcleos direcionadores sobre a avaliação clínica do pé: o conhecimento sobre avaliação clínica do pé diabético, compreensão sobre a realização da avaliação clínica do pé diabético, dificuldades encontradas para a realização da avaliação clínica do pé diabético, bem como entendimento sobre o processo de Educação Permanente em saúde para a realização do pé diabético pelos médicos e enfermeiros do território. Cada categoria foi submetida à análise qualitativa, a partir da qual foram nomeadas segundo o conteúdo que revelaram.

O Quadro 1 mostra o primeiro núcleo direcionador identificado, que foi o conhecimento sobre a avaliação clínica do pé diabético. Nele, estão descritos suas categorias, subcategorias, unidades de registro e uma fala que exemplifica seu conteúdo.

Quadro 1 - Análise do primeiro núcleo direcionador. Conhecimento sobre avaliação clínica do pé diabético. Palmas, TO, Brasil, 2021.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLO

Define a avaliação do pé diabético	Relacionada aos sinais e sintomas (02 UR*)	*'' paciente com histórico de diabetes, humm, é.. Com algum tipo de lesão, ou hiperemia, ou edema ou qualquer um sinal flogístico, é digno de investigar se tem...'' (prof** 01).*
		*'' É aquele pé que a gente tem sintomas da neuropatia né? Aquelas sensações de queimação, aquelas queixas bem comum que o paciente chega pra gente né? De queimação, de parestesia né? De formigamento...'' (prof** 03).*
	Avaliação dermatológica (07 UR*)	'' Eu entendo assim, que a gente avaliar aquela ferida, aquela inflamação do pé né?'' *(prof**02).*

Fonte: dados da pesquisa.
Legenda: *unidades de registro; **profissional

A partir da análise das categorias e subcategorias, pode-se observar que os profissionais de saúde relacionam os sinais e sintomas do pé diabético como definição daavaliação clínica do pé diabético.

O pé diabético é caracterizado pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do paciente portador de diabetes Mellitus[21]. No exame físico, podem-se observar sinais e sintomas como formigamento constante, perda da sensibilidade no pé, inchaço, dor, rubor postural do pé, palidez à elevação do membro inferior e o pé apresenta-se frio[19].

Assim, a avaliação dos pés constitui um passo fundamental na identificação dos fatores de risco que podem ser modificados, o que consequentemente reduzirá o risco de ulceração e de amputação de membros inferiores nas pessoas com diabetes[19], sendo que, na presença de qualquer um dos sintomas citados anteriormente, é importante uma avaliação detalhada da pele para identificar o risco de pé diabético, para início do tratamento adequado[22].

Deste primeiro núcleo direcionador, emergiram também relatos relacionados à avaliação dermatológica. A avaliação dermatológica dos pés é muito importante, pois por meio dela, podem ser detectadas alterações como calos, ressecamentos e/ou rachaduras que são decorrentes da neuropatia, e representam fatores de risco para o desenvolvimento de ulcerações[22].

O Quadro 2 apresenta o segundo núcleo direcionador, com suas categorias, subcategorias, unidades de registro e uma fala que exemplifica seu conteúdo. Este núcleo traz o relato da compreensão sobre a realização da avaliação do pé diabético em pacientes com DM.

Quadro 2: Análise do segundo núcleo direcionador. Compreensão sobre a realização da avaliação do pé diabético. Palmas, TO, Brasil, 2021.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLO
Desconhecimento da avaliação (1 UR*)	---	*"...Então assim, eu não sei te falar exatamente com precisão como é feita a avaliação no geral..''* (prof.**01).
Avaliação clínica falha (8 UR*)	---	*" ...às vezes por demora dessa percepção da gente perceber que aquela feridinha no pé do diabético, pode virar uma feridona, e pode causar uma lesão alí, então acho que a gente é muito falho nessa questão de fazer esta avaliação clínica."* (prof** 02).
Cita as avaliações utilizadas	Avaliação Dermatológica (14 UR*)	"*...vê se tem algum tipo de ferida, alguma coisa que o paciente não esteja conseguindo, não associou por exemplo que tem algum machucado, às vezes com a unha encravada, ou machucadinho que ele fala que não está sarando há muito tempo..."* (prof** 03).
	Avaliação Circulatória (20 UR*)	*"...precauções, principalmente no calçado ideal, nos sinais e sintomas que possam trazer pra gente no manejo precoce..."* (prof** 04).
	Avaliação Neurológica (11 UR*)	*"..Com teste de sensibilidade, com o microfilamento e com.. Para ver a sensibilidade e a questão do grau de comprometimento quando já existe a queixa do paciente."(prof** 03).*
	Avaliação do autocuidado (23 UR*)	*"...uma paciente aqui que com rachadura no calcâneo e chegou de sandália, de chinela havaianas, o pé totalmente desprotegido, ressecado, com várias evidências para complicações alí daquele pé."* (prof**04).

Fonte: dados da pesquisa.
Legenda: *unidades de registro; **profissional

O segundo núcleo direcionador retratou a compreensão dos profissionais de saúde sobre a avaliação do pé diabético. Inicialmente, foi mencionado o entendimento sobre o exame físico minucioso dos pés. Um (1) profissional relatou não saber realizar a avaliação do pé diabético. Para Muro et al[12], é importante que os profissionais de saúde conheçam metodologias adequadas e atualizadas acerca do manejo do pé diabético para utilização na prática clínica.

A avaliação dos pés é uma prática pouca utilizada pelos profissionais de saúde, sendo que pelo menos 65% dos portadores de DM não são avaliados[11]. Dessa forma, fatores como a alta demanda de atendimento, desconhecimento sobre a avaliação clínica do pé diabético e falta de tempo para a qualificação aumentam as taxas de complicações[23].

Na segunda categoria, 1 (um) profissional relatou a falha na percepção dos sinais sugestivos para riscos do surgimento de lesões nos pés dos pacientes durante a consulta clínica. O exame periódico dos pés propicia a identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, possibilitando a prevenção de complicações do pé diabético[19].

Na terceira categoria, profissionais de saúde relataram o exame físico minucioso do pé,

considerando-se a avaliação dermatológica, a avaliação circulatória, a avaliação neurológica e a avaliação do autocuidado.

A avaliação dermatológica foi a primeira a ser mencionada, citada por três (3) profissionais. Para os autores[2,12,13,24], as manifestações clínicas podem está presentes e a inspeção da pele deve ser ampla, como observações de higiene dos pés e cortes de unhas, verificação sobre espessamento e/ou onicomicose, intertrigo micótico, pele ressecada e ou/descamativa, bem como calosidade, investigando-se presença de bolhas, ulcerações ou área de eritema.

A avaliação circulatória, aludida por apenas um (1) profissional de saúde, é investigada pelos sinais e sintomas que estejam relacionados com alteração circulatória e pelo Índice Tornozelo-Braço (ITB) que é um método de suma importância para o rastreamento da Doença Arterial Periférica (DAP)[2,31], porém não foi relatada pelos profissionais de saúde. A avaliação vascular é primordial no exame físico dos pés para diagnóstico da DAP, que consiste na presença da palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior, como observação da temperatura, pelos, estado da pele e músculos[12,13].

Em relação à avaliação neurológica, citada por um (1) profissional de saúde, por realizar o exame clínico de teste de sensibilidade com o monofilamento, que tem como objetivo principal a identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, para classificação de risco e prevenção de complicações[19]. Para o rastreio de polineuropatia diabética e risco de ulceração neuropática que são as complicações mais prevalentes da DM, é recomendado a realização da avaliação com o teste de sensibilidade tátil (uso do algodão e monofilamento de Semmes-Weinstem dez gramas), dolorosa-térmica (uso de alfinetes ou agulhas e tubos de ensaio com água quente e fria) e vibratória (uso diapasão de 128 Hz) e dos reflexos tendíneos (uso do martelo de reflexo) e da função motora[12,19].

Por fim, dois (2) profissionais mencionaram sobre a avaliação do autocuidado, onde os enfermeiros têm um papel de suma importância, com avaliação de calçados (modelo, largura, comprimento e material de fabricação), higiene dos pés e tipo de corte da unha[31]. O profissional de saúde nos cuidados à pessoa com DM atuam no âmbito da educação, promoção e recuperação do autocuidado, tendo a capacidade e habilidade de desenvolver ações de autocuidado, orientando o usuário a cuidar de si[25,26]. Petermann et al[7], ainda apontam que as oficinas com foco no autocuidado da DM, valorizam a condição da compreensão da avaliação da sua condição da pessoa com diabetes.

O Quadro 3 mostra o terceiro núcleo direcionador, que trata das dificuldades encontradas para a realização da avaliação clínica do pé diabético, com suas categorias, subcategorias, unidades de registro e uma fala que exemplifica seu conteúdo.

Quadro 3 - Análise do terceiro núcleo direcionador. Dificuldades encontradas para a realização da avaliação clínica do pé diabético. Palmas, TO, Brasil, 2021.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLO
Desconhecimento de evolução de sinais do pé diabético	Avaliação dermatológica (3 UR*)	*"...não sei avaliar por exemplo, se eu olhar uma ferida, o que ela pode virar, o que ela pode ocasionar naquele lugar…" (prof**02).*
Fluxo de trabalho	Cita a falta de tempo para avaliação (8 UR*)	*"...a dificuldade que eu acho hoje é essa, eu acho que a gente ficou sem tempo para esses pacientes, para dá o devido cuidado que necessita, por causa da demanda que teve nos últimos tempos aí..." (*prof** 03).
Autocuidado fragilizado	Higiene do pé (10 UR*)	*"...eu disponibilizo um pouco de AGE e explico a respeito da hidratação hídrica e depois fazer com o AGE hidratação dos pés, manter os pés sempre com meia, com sapato macio, só que é muito complicado por causa da idade, por causa do grau de instruções dele, então vc orienta o familiar, só que aquele familiar não está em casa, não tem como ficar sob a vigilância…" (prof** 04).*
Sem dificuldades (13 UR*)	--	*"...eu não encontro nenhuma dificuldade para fazer a avaliação não…" (prof** 05).*

Fonte: dados da pesquisa.
Legenda: *unidades de registro; **profissional

Para verificar as dificuldades encontradas na realização da avaliação clínica de pé diabético foram descritas 4 (quatro) categorias. A primeira delas está relacionada ao desconhecimento da evolução de sinais do pé diabético, relatada por um (1) profissional de saúde. Por não ter conhecimento da evolução de uma ferida, deve-se classificar o pé quanto ao risco de desenvolver úlceras diantes de determinados fatores de riscos, diante da patologia e do tipo de úlcera presente[4].

As alterações provocadas pelo diabetes no paciente podem evoluir para alterações na anatomia e fisiologia dos pés, sendo sua detecção precoce muito importante, pois evita desencadear complicações como a amputação, além dos prejuízos psicológico e relacionados a vida pessoal e familiar[21].

A falta de tempo para realizar a avaliação devido à grande demanda da pandemia do COVID- 19, pouco citada pelos profissionais (1), foi apontada como uma dificuldade para realizar a avaliação do pé. A COVID-19 tornou-se uma preocupação mundial de saúde pública devido à sua rápida disseminação[27], sendo que desde o início da pandemia tem gerado grande impacto no sistema de saúde, afetando a descontinuidade no enfrentamento de outros agravos de saúde como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT`s), dentro elas, o Diabetes[28].

Percebe-se a importância do autocuidado dos pacientes com DM, citado por apenas 01 (um) profissional de saúde entrevistado. O Ministério da Saúde[19] reforça que a atuação

dos profissionais de saúde na orientação do manejo de autocuidado da doença é compreender e avaliar o indivíduo, proporcionando apoio emocional, clínico, conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos, ajudando-os a descobrir e desenvolver a autonomia para serem responsáveis pelo controle de sua doença. Cubas et al[8] ressaltam que a equipe de saúde, quando conhece o risco de complicações, é mais propensa ao incentivo para o autocuidado dos pés de seus pacientes. Ainda dentro desse núcleo, apenas (01) um profissional relatou que não ter dificuldades para a realização da avaliação do pé diabético.

Quadro 4 - Análise do quarto núcleo direcionador. Entendimento sobre o processo de Educação Permanente em Saúde para a realização da avaliação do pé diabético pelos médicos e enfermeiros do território. Palmas, TO, Brasil, 2021.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLO
Reconhece a importância (21 UR*)	-	*"...é algo muito importante que deve ser feito sim com todos os profissionais de saúde para que haja uma melhor avaliação em cada paciente desse..."* (prof**05)
Justifica a importância da capacitação	Auxilia como um alerta (1 UR*)	*"...as capacitações elas funcionam mais na questão de.... acender um alerta durante a consulta para ser investigado, tipo, não que vá é... trazer muitas informações além do que a gente já tem, né?..."* (prof** 01).
	Auxilia no manejo do pé diabético (18 UR*)	*''...então se houver a oportunidade pra mim vai ser visto uma oportunidade muito agregada nessa questão do manejo pra mim quanto profissional..."* (prof**04).
	Melhoria na avaliação (6 UR*)	"*...eu acho que a capacitação vai mudar essa perspectiva mesmo, por exemplo é como eu falei, eu olhar um pé diabético, avaliar aquilo alí além de uma ferida entendeu?...*'' (prof**02)
	Assistência ao paciente com DM (23 UR*)	*"...tem que ser realizado capacitação com os profissionais, que no meu ver gera muita dúvidas, muitos porquês e nós profissionais temos que ser capacitados para ajudar a população..."* (prof**06)

Fonte: dados da pesquisa.
Legenda: *unidades de registro; **profissional

O entendimento sobre o processo de Educação Permanente em saúde para a realização da avaliação do pé diabético pelos médicos e enfermeiros do território foi o quarto núcleo direcionador encontrado nas entrevistas. O Quadro 4 retrata este núcleo com suas categorias, subcategorias, unidades de registro e uma fala que exemplifica seu conteúdo.

Foi observado que todos os profissionais de saúde entrevistados (6) reforçaram a importância do processo de Educação Permanente para essa categoria. A qualificação dos profissionais de saúde para a realização da avaliação do pé diabético é fundamental, pois proporciona a identificação e a resolução de problemas, mediante o conhecimento e a mudança de atitudes[29]. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento e a implantação de

avaliações específicas dos pés em pacientes com DM em todas as equipes de APS para prevenção ou redução de impactos, como amputações de membros[21].

Emergiram ainda 4 (quatro) subcategorias que justificaram a importância da qualificação dos profissionais de saúde. A primeira, definida como *auxilia como um alerta*; a segunda, *auxilia no manejo do pé diabético*; a terceira, *melhoria na avaliação;* e por fim, a compreensão sobre o processo de Educação Permanente como resultado de uma *assistência ao paciente com DM*.

Os pacientes com DM devem ser acompanhados na APS por uma equipe de saúde que esteja apta a prestar cuidados clínicos e desenvolver práticas educativas voltadas à promoção de saúde, o que implica na prevenção da doença[7]. Para tal, os profissionais devem receber educação continuada sobre a temática, de maneira a reconhecer as necessidades do paciente e contribuir para um diagnóstico preciso e seguro relacionados aos sintomas da doença, fortalecendo o potencial reflexivo, crítico e criativo dos profissionais em suas práticas educativas[11,30].

CONCLUSÃO

Demonstrou-se nesse estudo a variedade de avaliações empregadas pelos profissionais de saúde da APS em pacientes acometidos pela DM e a importância da Educação Permanente na visão desses profissionais. Apesar de realizarem avaliações do pé diabético que atuam na prevenção de complicações, foi possível perceber que a maioria dos profissionais de saúde desconheciam sobre a realização da avaliação, que é o foco da Atenção Primária, e apresentaram dúvidas quando questionados sobre a avaliação do pé diabético, onde o médico e o enfermeiro de APS tem papel primordial para o atendimento integral. Acredita-se que o desconhecimento desses profissionais possa ser um determinante no processo saúde/doença dos pacientes acometidos.

Portando, é fundamental a criação de estratégias para ofertar Educação Permanente aos profissionais de saúde, como capacitações, rodas de conversa, visitas técnicas, oportunizando reflexões para abordar e problematizar o assunto abordado e favorecer o reconhecimento e a mudança de práticas nos processos de trabalho da equipe, com consequente melhoria na qualidade da assistência prestada aos acometidos pela DM na Atenção Primária.

Ainda existem poucos estudos relacionados à atuação de médicos e enfermeiros para a avaliação do pé diabético em pacientes com DM. Logo, é importante a realizacão de

mais estudos voltados a temática da pesquisa, no sentido de proporcionar reflexões aos profissionais e gestores que integram a rede da APS sobre as intervenções para a prevenção das complicações do DM e ações de assistência para a identificação precoce de alterações e elaboração do plano de cuidado de forma individualizada.

REFERÊNCIAS

1. BRASILEIRO, J. L et al. Pé diabético: aspectos clínicos. J Vasc Br 2005, V. 4, n.1, p.11-21 nov.2005. Disponível em: < https://www.redalyc.org/pdf/ > Acesso em: 05 de dez. 2020.

2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020/Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2019.

3. COELHO, F.M. MASANET, E. Diferenças de gênero na diabetes: um ponto de partida para otimizar a qualidade de vida. roderic.uv.es vol. 9, n. 1, 2020.Disponível em: < https://scholar.google.com.br/schola> Acesso em : 29 de nov. 2020.

4. BURIHAN, Marcelo Calil; JÚNIOR, Walter Campos. Consenso no Tratamento e Prevenção do Pé Diabético. 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 76 p.

5. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas. 6. ed. 2013.

6. ZEVE, J. L. M; TOMAZ, C. A. B. Cirurgia Metabólica - cura para diabete tipo 2. ABCDArq Bras Cir Dig, n.4, p. 312-317. Nov. 2011. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/> Acesso em: 01 de mai. 2021.

7. PETERMANN, Xavéle Braatz et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. Saúde (Santa Maria), v. 41, n. 1, p. 49- 56, 2015.

8. CUBAS, Marcia Regina et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Fisioterapia em movimento, v. 26, n. 3, p. 647-655, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf> Acesso em : 09 de dez. 2020.

9. KLAFKE, André et al. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, p. 455-462, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2014.v23n3/455-462/pt> Acesso em: 09 de dez.2020

10. TSCHIEDEL, Balduino et al. Complicações crônicas do diabetes. Jornal Brasileiro de Medicina, v. 102, n. 5, p. 1-10, 2014. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf> Acesso em: 09 de dez.2021American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus.

11. SOUZA, D. A. S et al. Avaliação da visita domiciliar para o empoderamento do autocuidado em Diabetes. Acta paul. enferm. vol.30 n. 4 São Paulo Jul/Aug. 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 29 de nov.2020.

12. MURO, E. S et al. Evidências para a Avaliação dos pés da Pessoa com Diabetes Mellitus. Rev enferm UFPE on line, Recife, p. 2021-30, jul. 2018. Disponível em: < https://www.doi.org/10.5205/> Acesso em : 29 de nov.2020.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

14. SILVA, C. A. M et al. Pé diabético e avaliação do risco de ulceração. Rev. Enf. Ref. vol.4 n.1 Coimbra Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php> Acesso em: 29 de nov.2020.

15. OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia. Pé diabético: estratégias para prevenção. Acta paulista de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 100-109, 2005.

16. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo: Hucitec, 2008.

17. MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. IN:DESLANDES, S.F; NETO, O.C; GOMES.R. MINAYO, M.C.S (Organizadora). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 24ªed. São Paulo: Editora Vozes, 1994.

18. PALMAS, Portaria TPnº 457/SEMUS/GAB/SUPAVS de 11 de abril de 2019. Alteração de inormações sobre a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS). Diário Oficial do Município de Palmas, nº 2.222, 15 de abril de 2019.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual dopé diabético : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

20. FRANCO, M. L. P. B. Análise de Conteúdo. Brasília: Liber Livro, 2005.

21. NEGREIROS, K. S. E. COSTA, O. M. A importância da avaliação do pé em diabéticos para prevenção de lesões, úlceras e amputações. 2020. Disponível em : < https://ares.unasus.gov.br20TCC > Acesso em: 03 de janeiro de 2022.

22. PACE, A. E. et al. Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 55, n. 5, p. 514-21, 2002.

23. CUNHA, A. P. Cuidado do enfermeiro com o pé Diabetico. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do conhecimento. Ed. 12, vol. 12, pp. 111-126. 2021.

24. NETO, M. O. et. al. Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. J.Health Biol. P. 265-271, 2017.

25. PEDROSA, S. et. al. Promoção do autocuidado à pessoa Diabetica Tipo 2 na prevenção do pé diabetico. Revista UIIPS .Vol. 8, N. º 1, pp. 192-202. 2020.

26. SILVA, I. J. et. al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. 2009.

27. SIMEÃO, M. C. S. A. et al. Complicações pulmonares em pacientes diabéticos com infecção por covid-19 . rev. Brazilian joural of health revien. Vol 4. 2021.

28. CERQUEIRA, M. M. B. F. et. al. Propostas de cuidados ao indivíduo com pé diabético em tempo de pandemia do COVID-19 no Brasil. Editorial Acta Paul Enferm 33 • 2020.

29. TORRES, H. C. et. al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. rev Acta paul. enferm. 23. 2010.

30. CAIAFA, S. J. et. al. Atenção integral ao portador de pé diabético. Rev. J. vasc. bras. 10, 2011.

31. Mendonça S de S, Morais J de S, Moura MCGG de. Proposta de um protocolo de avaliação fisioterapêutica para os pés de diabéticos. Fisioterapia em Movimento. 2011;24(2):285–98.

Nome da revista científica escolhida: revista de APS – Atenção Primária à Saúde

Link para acesso das normas de publicação da revista:
https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/about/submissions

Vigilância dos casos confirmados da COVID-19 no município de Palmas-TO: relato de experiência

Surveillance of confirmed COVID-19 cases in the city of Palmas-TO: experience report

Vigilancia de casos confirmados de COVID-19 en la ciudad de Palmas-TO: relato de experiencia

Descrição de experiências

Rayanne Ferreira da Silva
Centro Universitário Luterano de Palmas - Palmas (TO) - Brasil
https://orcid.org/0000-0002-8418-9730

Centro Universitário Luterano de Palmas, av. Teotônio Segurado, 1501 Sul - CEP 77.019-900 - Palmas/TO, Brasil.
Telefone: (63) 99251-6448 · E-mail: rayanne.ff.silva@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de uma residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva nos informes de resultados dos casos confirmados da COVID-19 no município de Palmas-TO. **Síntese dos dados**: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, efetivado durante a prática de uma enfermeira residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no cenário de prática do COE - Palmas (Centro de Operações de Emergências em Saúde), com atuação nos informes de resultados dos casos confirmados da COVID-19 em Palmas-TO, no período de setembro a dezembro de 2020. Os resultados dos testes positivos da COVID-19 foram informados aos pacientes por meio de ligações telefônicas, e os laudos, atestados médicos e/ou termos de isolamento via e-mail ou mensagem de celular por meio do aplicativo *whatsapp*. Foram realizadas também orientações relacionadas ao isolamento social, esclarecimentos sobre a alta transmissibilidade da doença, e sinais e sintomas de agravamento. **Conclusão**: A vigilância dos casos confirmados da COVID-19 por meio de ligações telefônicas mostrou-se exitoso, visto que possibilitou desenvolver um conjunto de ações de saúde que contribuíram para uma assistência de qualidade no manejo do estado de saúde dos pacientes, na vigilância dos contatos domiciliares e ações de promoção e educação em saúde. Ademais, propiciou a ampliação do olhar no contexto do enfrentamento da pandemia da COVID-19, troca de saberes e contemplação de diversas áreas do perfil de competências de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Palavras-chave: COVID-19; Doença por Vírus COVID-19; Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of a resident of the Multiprofessional Residency Program in Public Health in the reports of results of confirmed cases of COVID-19 in the city of Palmas-TO. **Data synthesis:** This is a descriptive study, of the experience report type, carried out during the practice of a resident nurse of the Multiprofessional Residency program in Collective Health in the practice scenario of the COE - Palmas (Center for Emergency Operations in Health), working on reporting the results of confirmed COVID-19 cases in Palmas-TO, from September to December 2020. The results of positive COVID-19 tests were informed to patients through phone calls, and the reports, medical certificates and/or isolation terms via email or cell phone message through the *whatsapp* application. There were also guidelines related to social isolation, clarification on the high transmissibility of the disease, and signs and symptoms of aggravation. **Conclusion:** Surveillance of confirmed COVID-19 through telephone calls proved to be successful, as it made it possible to develop a set of health actions that contributed to quality care in the management of the health status of patients, in the surveillance of contacts households and health promotion and education actions. In addition, it provided the expansion of the look in the context of facing the COVID-19 pandemic, exchange of knowledge and contemplation of several areas of the profile of competences of action of the Multiprofessional Residency Program in Public Health.

Keywords: COVID-19; COVID-19 Virus Disease; Health Care; Health Surveillance.

RESUMES

Objetivo: Relatar la experiencia de un residente del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Pública en los informes de resultados de casos confirmados de COVID-19 en la ciudad de Palmas-TO. **Síntesis de datos:** Un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, realizado durante la práctica de una residente del programa de Residencia Multiprofesional en Salud Colectiva en el escenario de práctica del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud, trabajando en la notificación de los resultados de los casos confirmados de COVID-19 en Palmas-TO, de septiembre a diciembre de 2020. Los resultados de las pruebas positivas de COVID-19 fueron informados a los pacientes a través de llamadas telefónicas, y los informes, certificados médicos y/o términos de aislamiento a través de correo electrónico o mensaje al celular a través de la aplicación de whatsapp. También hubo lineamientos relacionados con el aislamiento social, aclaración sobre la alta transmisibilidad de la enfermedad y signos y síntomas de agravamiento. **Conclusión:** La vigilancia de los confirmados de COVID-19 a través de llamadas telefónicas demostró ser exitosa, ya que permitió desarrollar un conjunto de acciones de salud que contribuyeron a la calidad de la atención en la gestión del estado de salud de los pacientes, en la vigilancia de los contactos domiciliarios y acciones de promoción y educación para la salud. Brindó la ampliación de la mirada en el contexto del enfrentamiento del COVID-19, el intercambio de saberes y la contemplación de perfil de competencias de actuación del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Pública.

Palabras clave: COVID-19; Enfermedad por el Virus COVID-19; Cuidado de la salud; Vigilancia de la salud.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 surgiu na China em dezembro de 2019, espalhando-se rapidamente pelo mundo. Configura-se como uma doença de rápido perfil de transmissibilidade, causada pelo vírus SARS-CoV-2 (um dos sete subtipos de coronavírus que causam doenças nos seres humanos), em que os indivíduos acometidos podem ser sintomáticos ou não [1,2,3].

Altamente transmissível por gotículas e contato, o vírus SARS-CoV-2 pode permanecer no ambiente por horas a dias, dependendo da superfície e das condições ambientais [4].

Em 11 de março de 2020, a World Health Organization (WHO) declarou a pandemia de COVID-19. O primeiro caso confirmado de COVID-19 na América Latina foi registrado pelo Brasil no dia 26 de fevereiro 2020. No Estado do Tocantins, o primeiro caso confirmado ocorreu no município de Palmas, no dia 18 de março de 2020 [3,5].

O Brasil registrou um aumento vertiginoso do número de infecções pelo vírus SARS-CoV-2 e consequentemente, elevou-se o número de pessoas em busca de atendimento nas unidades de saúde para receber tratamento e cuidado, demandando maior envolvimento dos profissionais de saúde com a pandemia [6,1].

De acordo com o Boletim Epidemiológico Especial nº 95 do Ministério da Saúde, até o dia 08 de janeiro de 2022, foram confirmados 305.191.603 casos de COVID-19 no mundo, sendo o Brasil o terceiro país com o maior número de casos acumulados (22.499.525). Em relação aos óbitos, foram confirmados 5.484.782 no mundo até o dia 08 de janeiro de 2022 e o Brasil (619.937) é o segundo país com maior número de vítimas da pandemia de COVID-19 [7].

Devido ao perfil de alta transmissibilidade da COVID-19, morosidade na testagem dos casos suspeitos e/ou falha no isolamento social, houve um aumento expressivo no quantitativo de casos confirmados em Palmas-TO.

A vigilância epidemiológica de Palmas-TO, até o dia 07 de janeiro de 2022, totalizou 255.522 notificações para síndrome gripal (SG), no qual foram confirmados cumulativamente 55.409 casos para COVID-19 [8].

Nesse sentido, os informes de resultados dos casos confirmados da COVID-19 em tempo hábil configura-se como um processo de trabalho essencial para o controle da doença, a partir do diagnóstico precoce por meio da efetivação de exames e adoção de fluxos padrão de atendimento dos pacientes.

A vigilância em saúde é acionada em situações inusitadas como surtos e epidemias que

consistam em emergências em Saúde Pública. A rede de serviços se organiza de modo específico para dar respostas rápidas, adequadas e eficientes à proteção da população e redução de danos à saúde. As situações epidemiológicas de emergências em Saúde Pública, neste contexto, incluem surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença eliminada e/ou com gravidade elevada, como a pandemia da COVID-19 [9].

Dentre a ampla atuação da Vigilância Epidemiológica (VE), tem-se a organização dos sistemas de saúde, por meio de ações que promovem a identificação, detecção, notificação, registro, investigação e o monitoramento dos casos, além da coleta, processamento, análise e interpretação de dados, considerando os determinantes e condicionantes de saúde da população. Para o cumprimento dessas ações é necessária uma equipe atuante qualificada e vigilante quanto a adoção das devidas recomendações de prevenção e controle da doença, bem como, da promoção da saúde [10].

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva integra os processos de formação de ensino e aprendizagem-trabalho à medida que desenvolve práticas pedagógicas de forma sistematizada e intencional. Esses espaços de ensino-aprendizagem promovidos permitem o estímulo ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades e atitudes necessárias para alcance do perfil dessa formação especializada nas áreas de competência da vigilância, gestão, educação e desenvolvimento científico[11,12].

Diante desse contexto, a relevância desse estudo está em relatar a experiência de uma residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em um dos eixos de trabalho no enfrentamento da pandemia da COVID-19 em Palmas-TO.

Portanto, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência de uma residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na vigilância dos casos confirmados da COVID-19 no município de Palmas-TO, com ênfase no processo de trabalho dos informes de resultados dos casos confirmados.

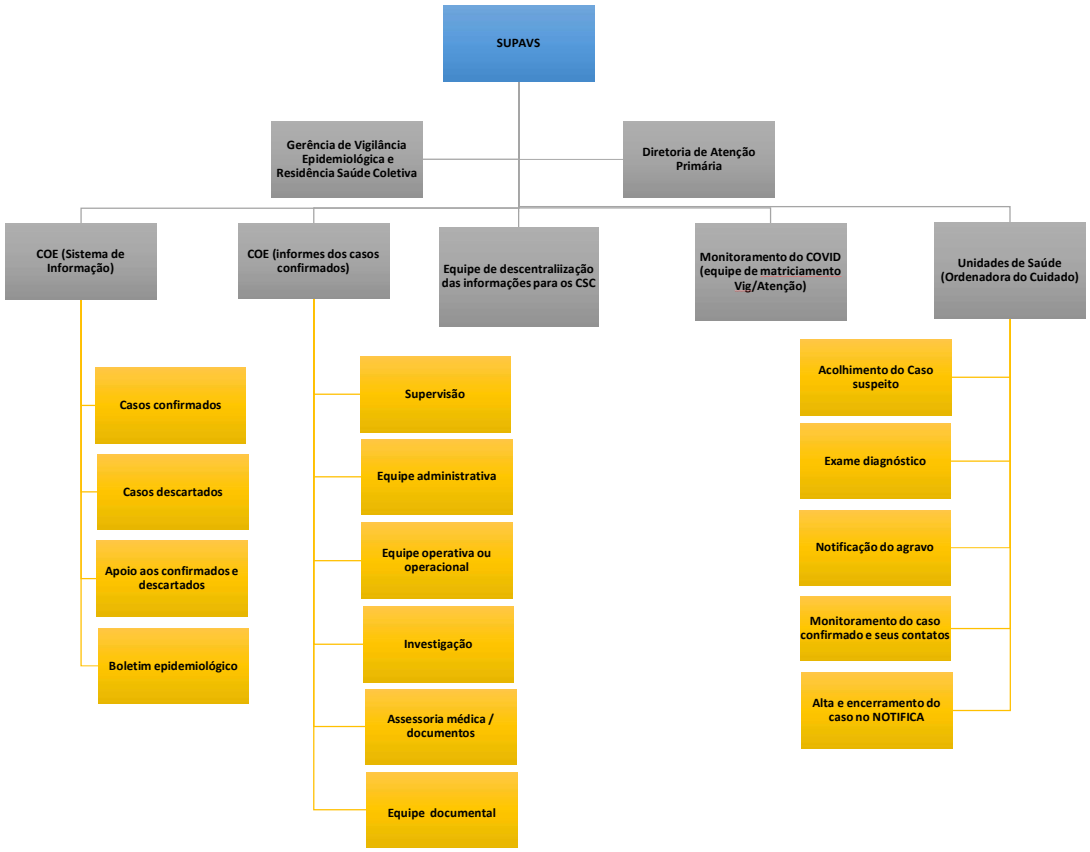
SÍNTESE DOS DADOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, efetivado durante a prática de uma enfermeira residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no

cenário de prática do COE-Palmas (Centro de Operações de Emergências em Saúde) com atuação nos informes de resultados dos casos confirmados da COVID-19 em Palmas-TO.

O COE-Palmas foi ativado após a declaração de Situação de Emergência em Saúde Pública em Palmas, com o objetivo de reestruturar o processo de trabalho da Vigilância Epidemiológica considerando o cenário da pandemia da COVID-19 [13].

A organização do processo de trabalho deu-se a partir da estruturação de dois eixos do COE, o Sistema de informação (SIS) e os Informes dos casos confirmados, conforme a figura 1 [14].



Fonte: Atuação da residência em Saúde Coletiva na Vigilância Epidemiológica durante a COVID-19 (2021).
Figura 1 - Organização do processo de trabalho da Vigilância Epidemiológica em Saúde de Palmas-TO, 2021.

Os informes de casos confirmados de COVID-19 foram realizados pela residente durante o período de setembro a dezembro de 2020, com a finalidade de informar os resultados positivos dos exames para COVID-19 aos pacientes, por meio de ligações telefônicas.

Todos os resultados de exames positivos realizados pelo LACEN-TO (Laboratório Central de Saúde Pública do Tocantins) e laboratórios da rede privada de saúde eram organizados e apresentados em uma *planilha google* que, posteriormente, era compartilhada com a equipe dos informes de casos confirmados de COVID-19.

A *planilha google* foi organizada por ordem numérica e em várias colunas a serem preenchidas com dados complementares dos pacientes (idade, sexo, número do CNS/CPF, endereço, história clínica, comorbidades e/ou fatores de risco, forma de contágio, número da notificação, unidade notificadora, UBS de referência, e-mail/telefone e observações). Isso permitiu e propiciou uma coleta de dados epidemiológicos de forma sistemática e completa no processo de informes de casos confirmados para posterior monitoramento e acompanhamento da evolução clínica dos pacientes.

Diariamente, foram realizadas ligações telefônicas aos pacientes que testaram positivo para COVID-19, incluídos na planilha *google*, para informar sobre os resultados dos testes. Nessa oportunidade também eram realizadas orientações relacionadas ao isolamento social, alta transmissibilidade do novo coronavírus e sinais e sintomas de agravamento. Quando havia necessidade de envio de laudos, atestados médicos e/ou termos de isolamento aos pacientes, essas solicitações eram repassadas à equipe documental para providências. Quando necessário, os documentos eram enviados aos pacientes por e-mail ou mensagem de celular por meio do aplicativo *whatsapp*.

A pandemia da COVID-19 exigiu invenções criativas de novas formas de cuidar, sempre aliadas a reafirmação dos princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade) do Sistema Único de Saúde, dispostos na lei 8.080/90 [15,16,17].

Nessa experiência vivenciada várias potencialidades puderam ser observadas, tais como: orientações gerais realizadas aos pacientes, medidas de precauções de contato e gotículas para evitar a contaminação de outros moradores do domicílio, orientações para o manejo dos sintomas relatados e desmistificações acerca das diversas informações falsas veiculadas em mídias sociais.

Na perspectiva da educação em saúde, o contato de profissionais com os usuários por meio de aplicativos de mensagens e telefone permitiu auxiliar na disseminação de orientações adequadas relacionadas à doença, formas de contágio e tratamento, em conformidade com as autoridades sanitárias, baseadas em protocolos científicos validados [18].

Outra potencialidade notada e vivenciada foram as solicitações de exames para COVID-19 dos contatos domiciliares que estavam sintomáticos, por meio da inserção dos dados destes contatos no Sistema de Informação Notifica SUS, contemplando o diagnóstico precoce, principalmente considerando o perfil de transmissibilidade do novo coronavírus.

Um estudo de Dorneles et al. (2021) no município de Sobral-CE destacou a significativa relevância em estratégias de monitoramento para acompanhar integralmente as condições de saúde da população, uma vez que pode proporcionar a identificação e tratamento precoce dos sintomas respiratórios, vigilância epidemiológica e notificação dos casos suspeitos em tempo oportuno, melhoria e ampliação do acesso à informação quanto às medidas de isolamento para o rastreio dos contatos e redução da transmissão da doença, bem como a garantia de atendimento via ferramentas digitais no enfrentamento da COVID-19 [19].

A perspectiva de Matsuura et al. (2021) no telemonitoramento diário realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) também mostrou-se exitoso por permitir a detecção precoce de situações de risco, a implantação de ações de prevenção de agravos à saúde dos sintomáticos e interrupção da transmissão do vírus, além de mostrar-se uma ferramenta eficaz no rastreamento, conduta precoce e notificação de casos suspeitos e na contribuição para os dados epidemiológicos da região [20].

Os encaminhamentos dos pacientes para teleconsulta em medicina e acolhimento por profissional de psicologia também foram potencialidades nessa experiência, contemplando o tratamento, proteção da saúde e integralidade do cuidado.

Apesar de relativamente nova e de apresentar alguns fatores limitadores, a telemedicina auxilia no tratamento do paciente e orientações diversas em consulta médica, e portanto, é uma excelente ferramenta no controle da disseminação do coronavírus [21,22].

Efeitos psicológicos negativos durante períodos de quarentena são prevalentes em diversos estudos, como alterações de humor, irritabilidade, raiva, medo e insônia. Assim, estima-se que a pandemia da COVID-19 também tenha acarretado em impacto psicossocial devido ao

distanciamento e isolamento social. Portanto, nesse contexto denotou-se a importância da escuta qualificada pelo psicólogo nesse momento pandêmico [23,24].

Tal experiência vivenciada na vigilância dos casos confirmados da COVID-19 proporcionou, ademais, a oportunidade de produzir saúde ainda que em atividade remota. O contato diário com os pacientes mostrou-se essencial no sentimento de protagonismo e pertencimento ao trabalho da vigilância enquanto profissional residente. Foi possível observar a relevância do trabalho exercido na enfermagem, o vínculo estabelecido com o paciente e a percepção de que, enquanto enfermeira, é possível contribuir com a saúde do usuário do SUS nos mais diversos espaços.

Como limitações cita-se o déficit de recursos humanos para implementação dos informes dos casos confirmados da COVID-19, uma vez que, por tratar-se de um processo de trabalho burocrático, por vezes geraram morosidade no trabalho, a realização tardia dos informes e consequente insatisfação do paciente, bem como sobrecarga dos profissionais envolvidos.

CONCLUSÃO

Apesar de tratar-se de uma abordagem à distância, os informes de casos confirmados da COVID-19 por meio de ligações telefônicas mostrou-se exitoso, principalmente considerando as limitações do trabalho remoto. Possibilitou o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde que contribuíram para uma assistência de qualidade no manejo do estado de saúde dos pacientes, na vigilância dos contatos domiciliares e ações de promoção e educação em saúde. Ademais, propiciou a ampliação do olhar no contexto do enfrentamento da pandemia da COVID-19, troca de saberes e contemplação de diversas áreas do perfil de competências de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Escola de Saúde Pública e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO.

CONFLITOS DE INTERESSE

A descrição desse relato de experiência não possui nenhuma relação que possam gerar conflitos de interesses.

CONTRIBUIÇÕES

Flávia Santos Medina, contribuiu com a orientação e revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa DJ, Gomes MP, de Souza FB, Gomes AM. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. Comunicação em Ciências da Saúde. 2020 May 5;31:31-47. Disponível em: http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651/291

2. Machado WC, de Figueiredo NM, da Silva Brasil S, Quaresma MD, Bittencourt LP, Tonini T, da Silva PS. COVID-19 nos movimentos de paramentação de vestir-se e desvestir-se dos enfermeiros: Nightingale, a pioneira, tinha razão!. Research, Society and Development. 2020 Jun 9;9(7):e741974731. Disponível em: https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4731/4329

3. Pereira MD, Torres EC, Pereira MD, Antunes PF, Costa CF. Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. Research, Society and Development. 2020 Jun 24;9(8):e67985121. Disponível em: https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5121/4481

4. Medeiros EA. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. Acta Paul. Enferm. (Online). 2020:33-e. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/Nc8yzcvtrvXbWBgBGskm36S/?lang=pt&format=pdf

5. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (Palmas). Informe Epidemiológico de Palmas - Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19). 1 ed., 5 p. Maio, 2020. [Acesso 2021 Jan 04] Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/reports/NKeDasoMvO9tGzKjOmZlBIdDNaWFVwyuzMpRuF5p.pdf

6. Teixeira CF, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciência & Saúde Coletiva. 2020 Aug 28;25:3465-74. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n9/3465-3474/pt

7. Ministério da Saúde. (BRASIL). Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo novo Coronavírus COVID-19. 95 ed. 95 p. Janeiro, 2022. [Acesso 2022 Jan 17]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-95-boletim-coe-coronavirus.pdf

8. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas**.** (Palmas). Boletim Epidemiológico de Palmas -

Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19). n. 643**,** 17 p. Janeiro, 2022. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/reports/1Yh7ci6sriKFVB7GbHudTkJVliWSKNZcfRLZX6Fc.pdf

9. Teixeira MG, Costa MD, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS-construção, efeitos e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23:1811-8. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1811-1818/pt/

10. Ossege CL, dos Santos OM, Franco AC, de Oliveira Hoepfner N, de Carvalho DS, Moraes GH, de Moraes Rego ER, Machado AC, Ronca DB. Atuação do profissional de saúde residente no enfrentamento da covid-19: um relato de experiência da secretaria de estado de saúde do distrito federal. Cenas Educacionais. 2020 May 10;3:e8489. Disponível em: https://www.revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/8489/5505

11. Martins JC. Residência multiprofissional em saúde coletiva sob a ótica pedagógica. Disponível em: https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/3455/1/Jessica%20Cristiane%20Martins.pdf

12. Soares CL, Vilasbôas AL, Nunes CA, Santos L. Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde: a experiência do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29859/1/Arttigo2%20Cristiane%20Abdon.%202018.pdf

13. Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Estratégico de combate à COVID-19. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/H3U9ZzyHgK7iDI9rafqArIpJEbPpzRfdwcLviIFf.pdf

14. Sousa NOF, Gomes NS, Lemos FMFC, Alves MMM, MOCELAI RS. Atuação da residência em saúde coletiva na vigilância epidemiológica durante a COVID-19. Em: Anais do 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; Fortaleza.Ceará. Brasil. Campinas: Galoá; 2021. Disponível em: https://proceedings.science/epi-2021/papers/atuacao-da-residencia-em-saude-coletiva-na-vigilancia-epidemiologica-durante-a-covid-19

15. Ribeiro MA, Júnior DG, Cavalcante AS, Martins AF, de Sousa LA, Carvalho RC, Cunha IC. Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS em Revista. 2020 Jun 8;2(2):177-88. Disponível em: https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/125

16. Silva JC. Pandemia de COVID-19 e os princípios do SUS: vale a pena ver de novo. Saúde & ciência em ação. 2020;6(1):110-4. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf

17. Matta GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. EPSJV. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26570/2/Livro%20EPSJV%20007739.pdf#page=61

18. Bonfada D, Zambon ZL, Zago AC, Machado LO, Rolim AC, Bastos TF, Oliveira RE, Cesar ID, Melo MC, Cabral ER. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44753/1/AtencaoPrimariaCovid_Bonfada_2020.pdf

19. Dorneles JA, Farias RL, Araújo LC, de Vasconcelos Rodrigues P, Queiroz IF, da Silveira GM. Estratégias de monitoramento no enfrentamento da COVID-19 em Sobral-Ceará. SANARE-Revista de Políticas Públicas. 2021 May 11;20. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1534/750

20. Matsuura NC, Achkar AL, Covalero A, da Silva Padoan D, Moreira LJ, Carbonieri MN, da Silva Miranda S, Neto TA, Spadacio C. Estratégia de telemonitoramento do Covid-19 nas instituições de longa permanência por alunos de medicina no interior de São Paulo, Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021 Feb 1;13(2):e5476. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5476/3621

21. de Deus Verolla B, Queiroz B, Hohl LT, Moreira VR, Vilar WD. Telemedicina: perspectiva na atenção básica de saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. 2021 by Atena Editora Copyright© Atena Editora Copyright do Texto© 2021 Os autores Copyright da Edição© 2021 Atena Editora Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora. 2021:221. Disponível em: https://web.archive.org/web/20210610101525id_/https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/ebookPDF/4129#page=239

22. Matias ML, Ruiz RC, Justo TS, Ribeiro VL, Longen WC. A teleconsulta e o alcance da assistência na lógica clínica epidemiológica: um relato de experiência. Saúde Coletiva (Barueri). 2021 Oct 1;11(69):8582-93. Disponível em: http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1944/2369

23. Benassi G, Preuss LT, de Freitas Mendes M. Extensão Universitária e teleatendimento na pandemia: um relato de experiência. Extensão em Foco. 2021 Jun 1(23). Disponível em: https://revistas.ufpr.br/extensao/article/view/80452/pdf

24. Barbosa JR, Alves JS, Reis VA, de Lima Figueiredo LM, Batista RB, Severino FG. Teleatendimento como ferramenta de apoio profissional: acolhimento e escuta emocional na pandemia COVID-19. Saúde Coletiva (Barueri). 2021 Feb 1;11(61):4848-63. Disponível em: http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1190/1430

Telemonitoramento a pacientes suspeitos e/ou confirmados para o\ Covid-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Telemonitoring to suspected and / or confirmed patients for Covid-19: EXPERIENCE REPORT

COSTA, Rita Oliveira[1]
MELO, Rayanne Sousa[1]
QUARESMA, Fernando Rodrigues Peixoto[2]

RESUMO

Objetivos: Relatar a percepção da construção e processo do telemonitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados para o COVID-19, e seus contatos, sob o olhar da gestão e do profissional da APS. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca do telemonitoramento, realizado por enfermeiras residentes em saúde coletiva e saúde da família e comunidade do Programa Multiprofissional de Residencias em Saúde, em Palmas-TO, entre março a dezembro de 2020. Resultados: a estratégia de telemonitoramento permitiu acompanhar a população, orientar e promover saúde diante das contaminações por COVID-19 na comunidade, garantir a continuidade do cuidado, além de subsidiar informações seguras, e eficazes. O telemonitoramento é realizado por meio de telefonemas, e registrado em prontuario eletrônico, e planilha própria para tal trabalho. Conclusão: Observou-se ganhos e dificuldades durante o processo de estruturação do monitoramento, mas que possibilitaram que as ferramentas utilizadas culminassem em um processo eficaz e continuo de cuidados a toda população.
Palavras-chaves: Atenção primária em saúde, COVID-19, teleatendimento, monitoramento, vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

Objectives: To report the perception of construction and the telemonitoring process of COVID-19 suspected and/or confirmed cases, and their contacts, under watch from the management and the primary health care (PHC) professional. Methods: This is a descriptive study, an experience-report-type, about telemonitoring, carried out by resident nurses in collective health and family and community health of the Multiprofessional Health Residency Program, in Palmas-TO, between March and December 2020. Results: The telemonitoring strategy allowed following up the population, guiding and promoting health in the face of COVID-19 contamination in the community, ensuring the care continuity, besides subsidizing safe and effective information. Telemonitoring is carried out through phone calls, recorded in an electronic medical record and at a spreadsheet suitable for such work. Conclusion: Gains and difficulties were observed during the monitoring structuring process, but that enabled the used tools culminate in an effective and continuous care process for the whole population.

Keywords: Primary health care, COVID-19, call center, monitoring, epidemiological surveillance.

INTRODUÇÃO

O surgimento e o avanço da doença por Coronavírus *(Sars-Cov-2),* conhecido por Covid-19 já foi relatado em todo o mundo, e fizera a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar em 11 de março de 2020 estado de pandemia. No momento atual, são bilhões de casos confirmados, e o número em mortes revelam um alastramento devastador da disseminação (OPAS, 2020).

Logo no início de abril (2020) a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) publicou considerações sobre medidas de distanciamento social e medidas relacionadas a viagens no contexto da resposta à pandemia de COVID– 19, do qual o Brasil adotou as medidas estipuladas.

O cenário preventivo deste vírus traz para superfície a utilização de Tecnologias de Informações e Telecomunicações (TICS), ajustando-se às necessidades em saúde de cada contexto social, proporcionam soluções inovadoras de prestação de serviços de saúde e abre grandes oportunidades para o seu uso no caso das epidemias, mormente a da COVID-19 vivenciada neste momento (Caetano et al, 2020).

Utilizando de interfaces digitais de fácil acesso, o MS criou a plataforma TeleSUS, disponibilizando um serviço de atendimento pré-clínico de saúde, que visa amplo esclarecimento da população sobre a doença e quando procurar atendimento presencial, pelo uso de serviços de ChatBot, o Serviço de Unidade de reconhecimento Audível (URA), o Serviço de Atendimento pré-clínico (SAPC) e o monitoramento remoto (BRASIL, 2020). Anuir desta estratégia, o estado do Tocantins, usa da plataforma Telessaúde, com o objetivo de dar orientações rápidas e corretas aos profissionais da área de saúde sobre o COVID-19, evitando assim informações incorretas que podem ocasionar em atendimentos equivocados a população (SES, 2020).

A criação de páginas oficiais, com informações epidemiológicas verídicas, em tempo real e de mapeamento, chatbot para atendimento psicológico, vídeos, depoimentos, entre outros serviços, foi a estratégia eleita pelo município de Palmas, sendo disponibilizada a todos (leigos e

profissionais) sem restrição, denominada de Plantão Coronavírus (SEMUS, 2020). Por conseguinte, é apreciável a diversidade de estratégias adotadas em cada esfera governamental como meio de orientar os indivíduos, bem como recomendar a conduta aos profissionais diante do cenário atual.

Evidências tem mostrado a magnitude das TICS e da aplicabilidade da telessaúde que, a *priori,* era utilizado apenas pela medicina em casos de emergência, mas que a partir da dimensão atribuída a doença por COVID-19, o MS regulamentou o uso da telemedicina em carácter excepcional e temporário para este fim, ademais, formalizou oficialmente no protocolo nacional de manejo clínico deste problema atual, permissão ao uso do teleatendimento no contexto da Atenção Primária à Saúde e COVID-19 (Araújo A, Arruda L, 2020, Brasil 2020b, Brasil 2020c, Caetano et al 2020, Castro et al. 2020).

Servir-se desta tecnologia quando a distância é um fator crítico, usando das TICs, é uma estratégia assertiva durante o momento atual. Estudos revelam que tanto na APS, como em hospitais e outros estabelecimentos de saúde, o uso da telessaúde tem a mesma finalidade: refrear a circulação de indivíduos, reduzir a disseminação do vírus e probabilidade de contágio, penetrar em lugares de difícil acesso ou com estrutura deficitária, monitorar ativamente pacientes potencialmente infectados e implementar ações de prevenção e promoção de saúde, bem como assume um meio de garantir os cuidados continuados, facilitando o distanciamento físico e diminuindo a carga dos cenários da prática clínica (Araújo A, Arruda L, 2020, Caetano et al, 2020, Menezes TMO et al, 2020), e ainda ser utilizada para a pesquisa e avaliação, e para a educação continuada dos profissionais de saúde, com o interesse de promover a saúde dos profissionais e suas comunidades (BRASIL, 2019).

Destarte, diante das evidências sobre o COVID-19*,* e afim de que se evite a busca desordenada e em massa por serviços básicos, o telessaúde é uma estratégia fundamental e necessária, pois preserva o paciente dos riscos iminentes, sem desassisti-lo em toda rede de atenção à saúde, sendo possível através do uso da: teleconsulta, telemonitoramento, teleconsultoria, teleregulação, teleducação (Caetano et al, 2020).

O telemonitoramento realizado em Palmas-TO para síndrome gripal, casos confirmados e seus contatos, foi instituído em março de 2020, e permanece até a presente data. E contabiliza até 8 de junho (2021), 42.560 casos oficiais pelo COVID-19, e 548 óbitos, superando o município de Araguaína – TO em numero de casos, entretanto, com percentual menor (diferença de 0.5%) em óbitos decorrentes da doença. (Tocantins/ SES-2021).

Neste artigo, e considerando as múltiplas oportunidades com o uso da ferramenta de telessaúde, foi feita a opção de consolidar o processo de monitoramento dos casos de COVID-19 no município de Palmas-TO, sumarizando os principais eventos relacionados a epidemia, evidenciado na figura 1.

Pretende-se com este trabalho, descrever a experiência enquanto residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, acerca da construção e realização do processo de telemonitoramento, de casos suspeitos e confirmados para o COVID-19, e seus contatos sob o olhar da gestão e do profissional da APS, no qual propõe explicitar potencialidades e barreiras na consolidação deste telemonitoramento em Palmas-TO.

Figura 1. Linha do tempo do telemonitoramento para COVID-19 em Palmas-TO.

FONTE: elaboração própria com base em consulta aos documentos da Secretaria Municipal de Palmas-TO.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado por enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (SC) e Saúde da Família e Comunidade (SFC), acerca do telemonitoramento a indivíduos suspeitos e confirmados para o COVID-19, bem como de seus contatos, no município de Palmas-TO entre março a dezembro de 2020.

A experiência se dá a partir do final do mês de março (2020), logo após a publicação do decreto municipal de emergência em saúde pública (Dec. nº 1856/2020) em decorrência da pandemia, tão logo, iniciou-se o processo de telemonitoramento a pacientes com síndrome gripal, detectados nos Centros de Saúde e Comunidade (CSC) e somente em maio, foi divulgado o plano de contingência do município de Palmas para infecção humana por COVID-19, ao qual definiria as ações de vigilância em saúde dentro da rede de atenção, em todos os níveis de atenção, incluindo o setor privado, orientando o manejo e o fluxo de atendimento ao paciente, considerando uma situação de alerta qualquer indivíduo com síndrome gripal (SEMUS, 2020).

A APS em Palmas é dividida em oito (8) territórios de saúde, a saber: Javaé, Krahô, Kanela, Xambioá, Pankararu, Xerente, Karajá, e Apinajé, e conta com 34 CSC e 85 equipes vinculadas, com uma população de aproximadamente 306.296 habitantes.

Utilizou-se o protocolo Fast-track de teleatendimento do Ministério da Saúde para os atendimentos. O protocolo fast-track para a Atenção Primária tem como objetivo orientar o teleatendimento de casos de Síndrome Gripal (SG) na APS, incluindo os casos de Covid-19, com propósito de oferecer agilidade e segurança para as equipes e reduzir o fluxo de pacientes na UBS. A equipe fast-track COVID-19 é composta por Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeira(o), médica(o), e auxiliar ou técnica(o) de enfermagem (BRASIL, 2020c).

RESULTADOS

Processo de instituição do telemonitoramento

No início existiam poucos casos de pacientes confirmados com COVID-19, e a princípio eram monitorados pela Diretora de Vigilância em Saúde (DVS). Através do Decreto Municipal n° 1.856, de 14 de março de 2020, foi instalado o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-COVID-19), coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS), essa equipe era composta por 6 profissionais residentes de saúde coletiva e um profissional efetivo do município.

No mês de abril, os casos começaram a dobrar. Inicialmente eram utilizados os sistemas: REDCap e o FormSus, porem em decorrência das fragilidades quanto ao capital humano que utilizavam as ferramentas, optou-se por utilizar a Planilha excel, compartilhada no Google drive, com toda a gestão municipal de saúde (coordenada pelo COE), subdivididas em pastas e organizadas por Centros de Saúde/regiões. Em decorrência do aumento de casos, os profissionais lotados para este monitoramento, não receberam treinamento prévio, e as informações eram (re)passadas (por reuniões on line, whatsapp, e e-mail) conforme as duvidas iam surgindo.

Com o crescimento dos casos na cidade, percebeu-se a necessidade de ampliar o serviço, com a reorganização do COE e de suas funções por eixos, constando 4 eixos, a saber: unidade de resposta rápida (URR) com 8 profissionais atuantes, eixos operacionais (14), eixo monitoramento síndrome gripal (3) profissionais fixos, e residentes em saúde escalados como contrarreferência para atenção primária, eixo monitoramento da informação (2) profissionais fixos e profissionais residentes escalados.

A URR tinha como atribuições orientar tecnicamente os profissionais de saúde da rede; realizar a interface com os níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária para atender as demandas do cenário; com o nível Estadual e Federal; com os Núcleos de Vigilância Hospitalar e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental; articulação de demandas com o Eixo Operacional 1; produzir documentos técnicos sob a orientação do Ministério da Saúde; construir fluxos e protocolos para a rede de atendimento baseado na atualização de informações levantadas pela equipe.

Os Eixos Operacionais eram divididos em 5. O eixo 1 tinha como atribuições avaliar os casos repassados pelo Eixo Monitoramento de

Síndrome Gripal que deveriam ser monitorados pelo COE (pacientes que realizaram coleta para Covid-19 – swab ou teste rápido, contatos de casos suspeitos ou confirmados, viajantes). A organização dava-se em planilhas (Casos suspeitos, casos confirmados, viajantes), diariamente atualizavam a planilha dos casos descartados com os pacientes que foram notificados (SIVEP Gripe/FormSUS) e coletavam dados dos exames realizados no LACEN ou em laboratório particular. Os dados dessa planilha eram utilizados para atualizar o Boletim Epidemiológico do município. A articulação com a Atenção Secundária e com a Rede Hospitalar (Pública ou Privada) era realizada através da URR, todas as demandas de atribuição do COE eram repassadas para o Eixo Operacional 1.

O eixo 2 tinha como atribuições realizar o monitoramento diário através de ligação dos casos suspeitos para Covid-19 (pacientes que realizaram coleta para Covid-19 – swab ou teste rápido e pacientes que apresentavam piora de sintomas, repassados pelo Eixo Monitoramento de SG) passando esses dados para planilha: Casos suspeitos. Verificava no sistema GAL os resultados liberados pelo LACEN (Laboratório Central), para os testes de SWAB e no sistema PCLab os resultados liberados dos Testes Rápidos (TR) realizados no Laboratório Municipal e repassavam os nomes para o Eixo 1 para que fosse inseridos na planilha dos casos Descartados.

Por conseguinte, era a URR responsável a dar o informe aos casos positivos e negativos (equipe médica) para Covid-19 e enviavam o laudo por e-mail. Atualizavam a planilha dos Casos suspeitos de acordo com os resultados dos exames liberados e/ou término do período de isolamento dos casos suspeitos que estavam assintomáticos. Os pacientes com resultados negativos que permaneciam sintomáticos eram repassados para o Eixo de Monitoramento de SG para que fossem acompanhados pelo CSC de referência.

O eixo 3 tinha como atribuições realizar o monitoramento diário através de ligação dos casos confirmados para Covid-19 e dos contatos dos casos confirmados. Na Planilha- Casos confirmados, incluía os contatos dos casos confirmados para realização do monitoramento, atualizava-se a planilha dos casos internados através do repasse do boletim médico enviado diariamente pela URR. A equipe médica (URR) repassava o

resultado aos pacientes que tiveram resultado positivo para Covid-19 e realizava a notificação de isolamento dos pacientes.

O eixo 4 tinha como atribuições realizar o monitoramento diário dos viajantes que estavam em isolamento voluntário, pacientes com histórico de viagem que não realizaram coleta e repatriados. Investigava-se os casos que referiam contato com caso suspeitos ou confirmados na notificação e não realizaram coleta. Realizavam o encaminhamento dos casos suspeitos de Covid-19 que estavam há mais de dois dias sem realizar o monitoramento por não atenderem ligação ou pacientes que não foi possível entrar em contato devido a erro no número, para o Apoiador de cada CSC. Realizavam o mapeamento dos contatos dos casos confirmados com objetivo de verificar a quantidade de casos provenientes de cada caso confirmado bem como a porcentagem de contatos testados.

O eixo 5 tinha como atribuições realizar o monitoramento dos pacientes notificados no SIVEP (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica) para Síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e os que realizaram coleta nas Unidades Sentinelas (Unidades de Pronto Atendimento). Os resultados positivos dos exames coletados pelas Unidade Sentinela era contrarrefererenciados para o Articulador do CSC. Digitavam as internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 no e-SUS VE. Atualizando o Boletim Epidemiológico.

O eixo Monitoramento Síndrome Gripal tinha como atribuições inserir os casos novos do FormSUS na Planilha de Monitoramento SG, que eram realizados pela APS. Estratificavam os casos notificados conforme CSC de referência e categorizavam os casos notificados em cores. Também identificavam os casos de residentes em outros municípios e repassavam ao Eixo Operacional 1 e para o CIEVS Estadual.

Então, foi disponibilizado aos CSC os casos notificados que residem na área de abrangência destes, através da alimentação de uma planilha em formato Excel compartilhado via Drive com os e-mails monitorasg.[CSC]@gmail.com. Identificavam inconsistências nas notificações como duplicidade, ausência de informações que permitam a identificação e contato com o paciente (endereço/telefone). Cabia ao Eixo 1 o encaminhamento para Unidade Notificadora que deveria sanar as

pendências e devolver a informação. Organizavam e/ou colaboravam com a equipe que monitorava os casos de SG diariamente via e-mail/telefone/whatsapp. Faziam o consolidado ao final do dia com o total de casos contatados via telefone e os que ficavam em pendência.

O eixo monitoramento da informação tinha como atribuições atualizar a pasta compartilhada no drive com as informações diárias (protocolos, decretos, notas técnicas, boletins diários e outros). Levantavam informações nacionais, estaduais e locais solicitados pela gestão para entrevistas ou confecção de documentos. Mantinham o documento “Informe epidemiológico Covid-19" atualizado para subsidiar as ações do profissional que ficavam atendendo aos CSC. Recebiam as atualizações diárias da mídia e webconferências que eram disponibilizadas pelo apoio home office.

Porquanto, devido as inúmeras atribuições mencionadas, o quantitativo pequeno de profissionais nessas responsabilidades, assim como o constante crescimento dos números de casos, em julho planejou-se a descentralização do monitoramento dos pacientes confirmados de covid - 19, para seus respectivos centros de saúde de referência.

A descentralização aconteceu no mês de agosto, e a capacitação aos apoiadores dos centros de saúde ocorreu após duas semanas, via live pela ferramenta aplicativo online meet. Na semana seguinte, as residentes que atuavam nos distritos foram em todas as unidades de saúde para sanar as dúvidas existentes.

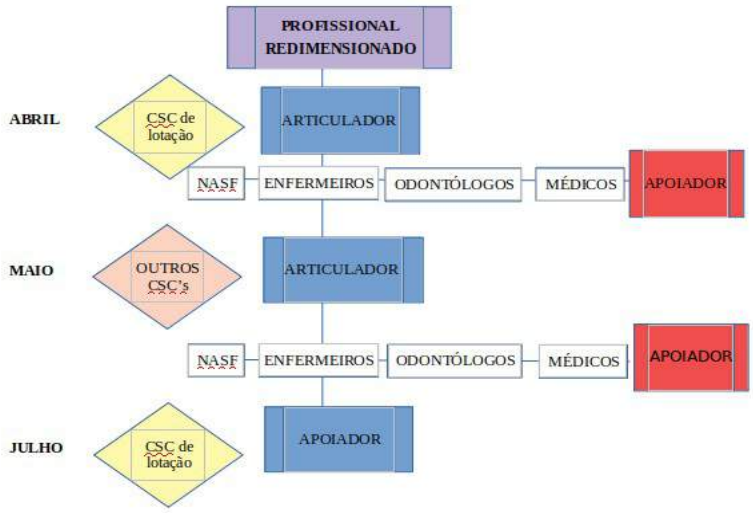
O monitoramento era realizado por teleatendimento (conforme Protocolo Fast-track) que possibilitava o acompanhamento dos sintomas do paciente, até este obter a alta, seja ela médica ou administrativa.

Articuladores e Apoiadores: entendendo o papel da APS no monitoramento

Desde o inicio da epidemia foi necessário uma reorganização do processo de trabalho na APS. Algumas categorias profissionais, como o NASF, e profissionais efetivos afastados por comorbidades, gestantes e/ou lactantes, incluindo residentes em saúde foram redimensionados ao trabalho em home-office, para a execução do telemonitoramento, coordenado pelo COE. Inicialmente, esses profissionais foram divididos por

local de lotação, recebendo o titulo de ARTICULADORES. O profissional que estava no atendimento direto a população (enfermeiros, médicos, odontólogos e NASF), recebiam o título de APOIADORES. Com a alta incidência dos casos, e consequentemente aumento na demanda de atendimentos nos CSC's, alguns articuladores assumiram outros cenários (estabelecimentos de saúde), e em decorrência do processo de trabalho, posteriormente (apartir de julho), retornaram a unidade de lotação como apoiadores do monitoramento, conforme figura 2.

Figura 2: Processo de redimensionamento de profissionais ao telemonitoramento.



Fonte: elaboração própria com base no processo de trabalho desde abril 2020.

O articulador, tem seu trabalho voltado para organização e direcionamento de como ocorre na integra o monitoramento nas unidades de saúde, ou seja, ele organiza o monitoramento do dia com base no que é solicitado pela gestão, sintetiza e demanda para os apoiadores que estão em contato direto com o paciente. Este, coleta as informações pertinentes e solicitadas, repassa ao articulador, que analisa novamente os informes e com olhar clinico, recomenda alta, reavaliação e/ou testagem para os clientes monitorados, por meio de sistemas de informações, criados ou adaptados.

O papel do apoiador no telemonitoramento incluía: ligação diária aos pacientes com síndrome gripal, aos contatos (sintomáticos e assintomáticos) de casos confirmados, anotava-se e avaliava-se o risco dos

sintomas mencionados durante a ligação, agendamento do teste, busca ativa com encaminhamento para o ACS, e quando necessário, agendamento de reavaliação presencial com médico na ESF, para possível definição de caso. Foi criado um roteiro com 10 sugestões de perguntas a serem realizadas durante as entrevistas por ligações, aos quais devem descrever sucintamente informações relevantes que possam sinalizar potencial risco de agravamento clinico, e que estão detalhadas na figura 3.

Figura 3. Sugestões de perguntas durante entrevista telefônica.

1. Como o você está hoje? Comparado com ontem, você acredita estar melhor ou não?

2. Você teve febre? Registrar a Tº da febre, quando possível;
3. Algum sintoma como tosse, dor de garganta ou falta de ar?
4.Algum outro sintoma ou queixa?
5.Você teve contato com algum caso confirmado ou suspeito para coronavírus? Quem?
6.Você tem algum outro tipo de doença? Hipertensão, diabetes, asma, ou outro?
7. Quantas pessoas moram com você? Há alguma pessoa do grupo de risco e/ou com comorbidades?
8. O médico prescreveu alguma medicação? Se sim, qual?
9. Você realizou algum teste para corona vírus na rede pública ou privada? Se sim, onde?
10. Foi entregue uma notificação de isolamento, você está cumprindo com o isolamento e as orientações repassadas pelo médico?

Fonte: extraído do Manual de Atenção e Vigilância das Síndromes Gripais: 2ª Revisão. Palmas/SEMUS/2020.

Para o telemonitoramento o profissional utiliza o próprio telefone celular/whatssap, podendo entrar em contato com o paciente por ligação, videochamada ou mensagem de texto, a depender das dificuldades existentes no caso. Para tanto, o paciente é informado previamente, durante a consulta medica, que se for caso confirmado, passará a ser telemonitorado pela equipe da SEMUS. Apartir daí, o contato será periódico, conforme a gravidade do risco dos pacientes, desta maneira:

- Paciente em grupo de risco ou considerados casos graves ou potencialmente graves, o monitoramento deve acontecer a cada 24 horas.
- Paciente com sintomas leves e sem risco, PODEM ser monitorados a cada 48 horas, até a alta administrativa ou alta médica.

A alta do monitoramento é alcançada quando o caso/paciente atinge os critérios de cura, especificados pelo COE, como o tempo de doença de 10 dias ou mais, e estando assintomático ha 72 horas, sendo 48 horas sem febre. Caso seja necessário, e isso fica a critério do paciente, é disponibilizado a ele, um atestado de alta/ laudo de liberação do isolamento, sendo este realizado por médico da ESF.

O registro do monitoramento para acompanhamento dos parâmetros clínicos e epidemiológicos são registradas em prontuário eletrônico e-sus, sistema NOTIFICA SUS e planilha excel, criada para o monitoramento da atual situação.

Durante o ano de 2020, todos as unidades de saúde atendiam demanda espontânea para SG, e somente as unidades sentinelas realizavam os testes sorológicos e RT-PCR. Apartir de novembro, os testes também foram ampliados para a APS, garantindo maior oferta e disponibilidade aos usuários e fidedignidade dos boletins informativos. Apartir de janeiro do corrente ano, iniciou-se a campanha de vacinação contra a COVID-19, as demandas de SG e testagens foram centralizadas nas unidades sentinelas, afim de reduzir o risco de contaminação nos demais centros de saúde, e consequentemente no município, e passou-se a fazer testagem em massa, em locais públicos e estratégicos por toda a capital, sendo amplamente divulgados nos meios de comunicação veiculantes em Palmas-TO.

Embora a utilização do telemonitoramento a pacientes suspeitos e confirmados para o COVID-19, tenha sido realizado desde o inicio de março de 2020, muitos foram os obstáculos enfrentados. Pode-se aferir que durante o processo de construção do telemonitoramento, houve vantagens e desvantagens percebidas por àqueles que estiveram diretamente ligados a esse processo de construção, em especial, aos residentes em saúde da família e comunidade, e aos de saúde coletiva. A seguir, foram elencados as

maiores dificuldades e ganhos durante a estruturação do telemonitoramento no município de Palmas-TO.

Ganhos

Destacou-se a rápida identificação dos prováveis sinais de agravamento dos pacientes afetados, e facilidade do encaminhamento para uma assistência presencial, diminuição do fluxo de pacientes contaminados com COVID-19 nas unidades de saúde. Acompanhamento diário da evolução do quadro clínico do paciente através do uso do telefone, mapeamento e conhecimento sob o território/população acometida pelo vírus, acesso aos resultados dos pacientes positivos. O uso do G*oogle Drive,* possibilitou acesso didático e mutuo por muitos profissionais. O telemonitoramento possibilitou também um melhor controle para realização de levantamento de dados e informações epidemiológicas relevantes ao conhecimento da população, e permitiu através das informações colhidas realizar um planejamento de prevenção, promoção e controle sobre o agravo. Destaca-se também a coordenação de cuidados, possibilitando aos pacientes acesso oportunamente ao sistema de saúde em seus diversos pontos, de acordo com a necessidade.

Dificuldades

A primeira dificuldade encontrada foi o desconhecimento dos fluxos existentes para o manejo do agravo, bem como a inexistência de capacitação previa para a realização do telemonitoramento. A utilização do telefone pessoal para a realização das ligações, falta de aparelho/chips pré pago suficientes para todos os profissionais que atuam nesse processo de trabalho, foi notada. Houve descentralização abarrotada, sem aviso prévio, sem abranger todas as categorias da APS.

Outra dificuldade observada foi a alta demanda de pacientes de SG para quem realiza as ligações, que culminaram-se do acumulo das funções de articulador e apoiador. A indisponibilidade de testagem para todos (observada até final de junho) trouxe dificuldades quanto ao manejo dos casos intradomiciliares, e o quantitativo exorbitante de telefones inválidos, inexistentes, dificultaram ainda mais a construção de um monitoramento eficiente.

No que tange os sistemas de informações, inicialmente eram mais de dois para operacionar, o que ocasionava demora na finalização de um paciente/ família ao outro, dificultando a realização do monitoramento em tempo oportuno a todos os pacientes presentes na planilha. Por também utilizar prontuario eletrônico (esus), foram observadas informações sigilosas expostas, o que necessitariam de um manuseio de cuidado maior, a fim de garantir a confidencialidade de informações, durante o registro das ligações. Por utilizar o sistema *Google/drive* por ser de fácil manejo, também tornou-se um risco, pois se alguma informação/coluna/linha for excluída sem intenção, esta poderá não ser mais recuperada.

CONCLUSÃO

A melhor forma de prevenir a doença por COVID-19 é adotando ações de prevenção a saúde, lavagem das mãos, uso de mascara e distanciamento social. O telemonitoramento se faz importante durante a pandemia, o que permite não somente o contato com a pessoa infectada garantindo o cuidado continuado, como também, facilita a assistência aos contatos intradomiciliares, estendendo esse cuidado a toda família.

A experiencia que o monitoramento proporcionou é importante e imprescindível para a manutenção do cuidado continuado, da longitudinalidade e da equidade em saúde a população territorial. Garantir que o monitoramento abranja indivíduo e família, auxiliou na detecção precoce de casos suspeitos do vírus, e ao esclarecer duvidas promoveu também ações de promoção da saúde, o que presencialmente na APS tenha sido mais dificultoso, em razão das aglomerações.

Diante do quadro de pandemia, é notório a importância e engarjamento dos profissionais de residencias em saúde, em especial da enfermagem, fortemente interessadas em contribuir e melhorar o processo de trabalho, garantindo uma gestão participativa e uma APS forte em todos as ações. A visão multissetorial das participantes contribuem com pontos de vista diversificados, e que apartir de suas experiencias possibilitou discussões amplas e enriquecidas, elevando a critica e a possibilidade de novos resultados.

Diante de muitas mudanças em protocolos, processos e nos fluxos, o enfermeiro enquanto residente do programa multiprofissional têm assumido seu papel enquanto profissional da enfermagem, revelando seus saberes técnicos e científicos, intensificando a valorização do cuidado da enfermagem e no apoio as decisões organizacionais e de planejamento durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. D. I. R. de, & Arruda, L. S. N. de S. (2020). **Teleatendimento como ferramenta de monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de covid-19**. *Brazilian Journal of Development*, *6*(8), 57807–57815.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção Primária a Saúde, 2020a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/corona/telesus.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020.** Brasília: Diário Oficial da União; 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. P**rotocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde.** Versão 8. 2020c. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br.

BRASIL. **Guia metodológico para programas e serviços em telessaúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em:http://www.ans.gov.br/images/MS-telessaude-manual_2019.pdf.

CAETANO, R., et al (2020).**Desafios e oportunidades para a telessaúde na pandemia COVID-19: ideias sobre espaços e iniciativas no contexto brasileiro**. *Cadernos de Saúde Publica*,*36* (5).

CASTRO, A. A. et al (2020). **Teleconsulta no Contexto da Covid-19:Experiência de uma Equipe em Cuidados Paliativos**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *44*(suppl 1).

OPAS (Organização PanAmericana de Saúde). **Folha informativa COVID-19 – 2020.** Disponível em:https://www.paho.org/pt/covid19.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SEMUS-PALMAS/TO. **Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela COVID-19;** 2020. Disponível em: https://coronavirus.palmas.to.gov.br.

TOCANTINS. SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE. SES-TOCANTINS; 2021 Disponível em:https://saude.to.gov.br.

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Serviço de Controle Populacional de Cães e Gatos no Município de Palmas/TO: Avaliação do Perfil Hematológico Pré-cirúrgico no Ano de 2022

Population Control Service for Dogs and Cats in the City of Palmas/TO: Evaluation of the Pre-Surgical Hematological Profile in the Year 2022

Adriano de Medeiros Tôrres[1], Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa[2], Leandro da Silva Chaves[3]

[1] Médico Veterinário, Residente em Saúde Coletiva – Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP/Palmas e Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP/ULBRA.

E-mail: adrianomt12@gmail.com

[2] Médico Veterinário, Mestre em Ciência Animal - Universidade Federal de Goiás (UFG).

[3] Enfermeira, Mestre em Gestão de Políticas Públicas - Universidade Federal do Tocantins (UFT).

RESUMO

A superpopulação de cães e gatos é um problema de saúde pública no qual a castração é considerada o principal pilar das políticas públicas para resolvê-lo e consequentemente, reduzir a ocorrência de zoonoses, o abandono de animais, a deposição de dejetos no meio ambiente e acidentes. Este estudo tem o objetivo de analisar o perfil hematológico de 244 animais submetidos a triagem cirúrgica no Hospital Veterinário do CEULP/ULBRA provenientes de vagas concedidas por meio dos serviços de castração do município de Palmas/TO no ano de 2022. Os parâmetros dos hemogramas foram classificados, compilados e organizados em planilhas e utilizada análise estatística descritiva, com o intuito de identificar quantificar as alterações hematológicas e correlacioná-las com possíveis afecções que possam gerar intercorrências no trans e pós-cirúrgico. Como resultado foi possível verificar que os principais achados foram eosinofilia, trombocitose, policitemia e aumento das proteínas plasmáticas totais. Tais alterações podem estar correlacionadas com infecções por endo e ectoparasitas, desidratação e também por fatores pré-analíticos. A hematologia é uma ferramenta complementar que traz informações importantes para a tomada de decisão do médico veterinário e é capaz de aumentar a segurança e aprimorar os serviços de controle populacional de cães e gatos.

Palavras-chave: Hemograma completo. Castração. Animais. Zoonoses.

ABSTRACT

The overpopulation of dogs and cats is a public health problem in which castration is considered the main pillar of public policies to solve it and, consequently, reduce the occurrence of zoonoses, the abandonment of animals, the deposition of waste in the environment and accidents. This study aims to analyze the hematological profile of 244 animals submitted to surgical screening at the Veterinary Hospital of CEULP/ULBRA from vacancies granted through the castration services of the municipality of Palmas/TO in the year 2022. The hemogram parameters were classified, compiled and organized in spreadsheets and descriptive statistical analysis was used, with the aim of identifying and quantifying the hematological alterations and correlating them with possible conditions that may generate intercurrences during and after the surgery. As a result, it was possible to verify that the main findings were eosinophilia, thrombocytosis, polycythemia and increase in total plasma proteins. Such changes may be correlated with infections by endo and ectoparasites, dehydration and also by pre-analytical factors. Hematology is a complementary tool that provides important information for the veterinarian's decision-making process and is capable of increasing safety and improving population control services for dogs and cats.

Keywords: Complete blood count. Castration. Animals. Zoonoses.

1. INTRODUÇÃO

O homem está cada vez mais próximo dos animais, aumentando o risco de se expor a zoonoses, (OSTAN et al., 2007). Por isso, a falta de conhecimento dos proprietários sobre as necessidades dos animais, o manejo incorreto, o alto potencial reprodutivo, os fatores culturais, religiosos e socioeconômicos, além de falta de políticas públicas efetivas para o controle populacional contribuem de forma considerável para os riscos que os animais podem simbolizar para a saúde das pessoas (GARCIA et al., 2012; VOORWALD et al., 2013; MOUTINHO et al., 2015). Como consequência desses fatores, existem muitos municípios com mais cães e gatos do que lares para os abrigar, implicando em abandono e no alto número de animais não domiciliados (PRADO e BERNARDES et al., 2017).

Os animais que não recebem os cuidados básicos necessário possuem suas defesas imunológicas diminuídas, devido a fome e stress e tornam-se expostos a inúmeras doenças que podem ser transmitidas tanto para outros animais quanto para o homem. Dentre essas doenças, algumas são de grande preocupação pública como: leptospirose, raiva, leishmaniose, verminoses, micoses e sarnas. Além disso, animais não domiciliados contribuem com a ocorrência de acidentes automobilísticos, acidentes a seres humanos causados por mordeduras e arranhaduras, acúmulo de dejetos no meio ambiente e estão sujeitos a viverem em situações inadequadas e a sofrerem maus tratos (GARCIA et al., 2012; VOORWALD et al., 2013; MOUTINHO et al., 2015, SILVEIRA, 2019).

Dentro desse contexto é importante compreender o papel do Médico Veterinário na prevenção e controle de riscos à saúde, utilizando a abordagem multiprofissional baseada na Saúde Única. Este conceito consiste na interconectividade entre a saúde humana, dos demais seres vivos e do ambiente, sendo que a Medicina Veterinária é a profissão que exerce naturalmente uma articulação central entre elas (GOMES, 2016).

Para qualquer grupo de zoonoses, as ações, as atividades e as estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses executadas pela área de vigilância de zoonoses se pautam em atuar e intervir, direta ou indiretamente, sobre as populações de animais alvo, de modo a refletir em benefício direto (quanto à redução ou eliminação, quando possível, do risco iminente de transmissão de zoonose) à saúde da população humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 2008 a Organização Mundial para Saúde Animal (OIE) recomendou algumas medidas para o controle populacional de animais, dentre elas o controle reprodutivo (KAHN; STUARDO; RAHMAN, 2008). Esse controle é alicerçado na esterilização cirúrgica,

procedimento conhecido como castração e caracterizado por Fossum (2008) como definitivo, seguro e eficiente. Também é essencial para contribuir no controle de natalidade, além de favorecer a redução da propagação de zoonoses (ALBUQUERQUE, 2017).

A castração é um procedimento que consiste na orquiectomia (remoção dos testículos) em machos e na ovariohisterectomia (remoção dos ovários e útero) ou ovariectomia (remoção apenas dos ovários) em fêmeas. Além do controle reprodutivo, a castração influencia na biologia e no comportamento do animal (MACHADO, 2018) e tem grande importância para prevenção de doenças que podem acometer os animais (JOHNSTON et al., 1991; ALVES e HEBLING, 2020).

Diante da necessidade de políticas de prevenção ao abandono de animais e do controle populacional nos centros urbanos, tornou-se importante buscar estratégias eficientes e humanitárias para este fim. A Organização Panamericana de Saúde conjuntamente com a Organização Mundial de Saúde preconizam que o tratamento dado a questão devem ser baseadas nos seguintes aspectos: ser eficiente no sentido de modificar condutas e prevenir o abandono futuro dos animais; ser humanitário e justo, pois os animais são vítimas da falta de responsabilidade das pessoas e ser de responsabilidade de todos (autoridades, profissionais da saúde, educadores, especialistas em bem estar animal, ONGs e cidadãos em geral) (ANDRADE, 2011). A implantação de um programa de controle animal, além da alocação de recursos financeiros, técnicos e humanos, exige planejamento que englobe diagnóstico, ações preventivas, controle, monitoramento, avaliação e dedicação permanente (VIEIRA et al., 2006).

Segundo Howe (1999) a castração é um procedimento eletivo e somente deve ser indicada em pacientes hígidos e em bom estado físico. Sendo assim, todo paciente deve receber uma avaliação pré-cirúrgica minuciosa realizada por um médico veterinário, pois mesmo aparentemente saudáveis podem apresentar doenças subclínicas, causando riscos de complicações no trans e pós-operatório. Por isso, é extremamente importante a realização de exames bioquímicos, hematológicos e hemostáticos no pré-operatório (FIORENTINI et al., 2013).

O hemograma, apesar de ser um exame inespecífico, é capaz de detectar sinais caso haja alguma alteração no organismo e, além disso, indicar se o sistema imune está atuando de maneira adequada ou ineficiente (SOARES et al., 2012). De acordo com Mathias et al. (2006), exames pré-operatórios têm grande importância, pois auxiliam a equipe cirúrgica a se antecipar a quaisquer alterações que possam ocorrer no trans

operatório, além de interferirem na escolha dos anestésicos que serão utilizados em cada caso.

Com o intuito de controlar e prevenir a ocorrência de zoonoses, a prefeitura de Palmas-TO disponibiliza gratuitamente o serviço de esterilização cirúrgica de cães e gatos por meio da Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ). Para realização do procedimento, o animal deve atender os critérios estabelecidos e o seu tutor deve realizar um cadastro no site http://caievs.palmas.to.gov.br/ e acessá-lo para agendar a cirurgia durante o período de abertura do agendamento, realizado de forma online.

Para promover a ampliação de serviços de saúde voltados às zoonoses, a secretaria da saúde de Palmas (SEMUS) e o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) celebraram um Termo de Cooperação Técnica no ano de 2019, visando esforços conjunto das partes para a prestação de atendimento de animais mamíferos domésticos Canis lupus familiaris e Felis catus e silvestres de ambos os sexos, através de exames laboratoriais, clínicos e cirurgias, no intuito do aprimoramento de pesquisa e serviços de saúde voltados às zoonoses.

Os tutores que agendam os procedimentos de castração para seus animais no Hospital Veterinário do CEULP/ULBRA utilizam do mesmo sistema de agendamento online da UVCZ-Palmas, porém devem levá-los para a uma triagem dias antes da realização do procedimento cirúrgico para que os médicos veterinários avaliem o estado geral, parâmetros clínicos, coleta de sangue para hemograma, exame imunocromatográfico para leishmaniose visceral em caninos, além de ultrassonografia abdominal caso haja alterações clínicas que justifiquem a necessidade. Na UVCZ-Palmas também são realizados exames imunocromatográficos para leishmaniose visceral na espécie canina, em contrapartida não há critérios de triagem dos animais e nem realização de exames complementares prévios, de modo que os animais são levados pelos seus tutores no dia e horário em que o procedimento cirúrgico foi agendado.

Diante de todo o exposto, percebeu-se que os serviços de esterilização cirúrgica de cães e gatos ofertados pelo município de Palmas-TO para fins de controle populacional são relevantes para a saúde pública, entretanto não há estudos relacionados a triagem cirúrgica dos animais e nem sobre a utilização de exames complementares prévios, portanto viu-se a necessidade de analisar a influência do exame de hemograma como ferramenta para auxiliar a definição do risco cirúrgico no contexto dos serviços de controle populacional ofertados pelo município de Palmas.

Por isso o presente estudo tem por objetivo promover o levantamento e a análise dos exames de hemograma realizados previamente ao procedimento cirúrgico dos animais no HV-CEULP/ULBRA, com o propósito de verificar quais são as principais alterações hematológicas encontradas, além de correlacioná-las com possíveis afecções que possam interferir no sucesso cirúrgico ou pós-cirúrgico das castrações.

Os resultados dessa pesquisa podem colaborar com a promoção da segurança dos procedimentos de esterilização cirúrgica de cães e gatos oferecidos no município de Palmas/TO e também pode dispor de resultados e discussões que auxiliem na criação de políticas públicas que envolvem animais e no aprimoramento dos serviços de controle populacional ofertados.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e transversal com abordagem quantitativa e procedimento técnico de análise de dados. A pesquisa foi realizada no Hospital Veterinário do CEULP/ULBRA, no município de Palmas-TO, no qual foram analisados os hemogramas de cães e gatos submetidos a triagem para esterilização cirúrgica entre janeiro e dezembro de 2022. Analisou-se somente os exames de animais provenientes de vagas ofertadas gratuitamente pelo serviço de controle populacional do município, totalizando 244 animais. Não foram analisados os hemogramas de cães e gatos que não estavam inscritos por meio das vagas ofertadas e que não estavam registrados no sistema de gerenciamento de castração do município disponível através do site http://caievs.palmas.to.gov.br/.

Todos os exames foram realizados pelo laboratório veterinário Instituto Chromosvet, utilizando seus métodos próprios para de análise e também os seus próprios valores de referência utilizados rotineiramente. A amostra se deu por meio da disponibilização voluntária dos exames de hemograma pelas instituições participantes e também através do acesso ao site de gerenciamento de castrações do município de Palmas-TO.

Para compilar os dados dos hemogramas foi utilizado um formulário com a ferramenta Web Google Forms, no qual gerou uma planilha no Microsoft Excel com as seguintes variáveis: espécie do animal (canino ou felino); idade do animal (adulto ou filhote); sexo (macho ou fêmea); os parâmetros classificados em “acima”, “normal” e “abaixo” em relação aos valores de referência para hemácias, hemoglobina, hematócrito, proteínas plasmáticas, leucócitos, segmentados, basófilos, eosinófilos, linfócitos, monócitos e

plaquetas, além da descrição de alterações morfológicas, presença de hematozoários e outras alterações.

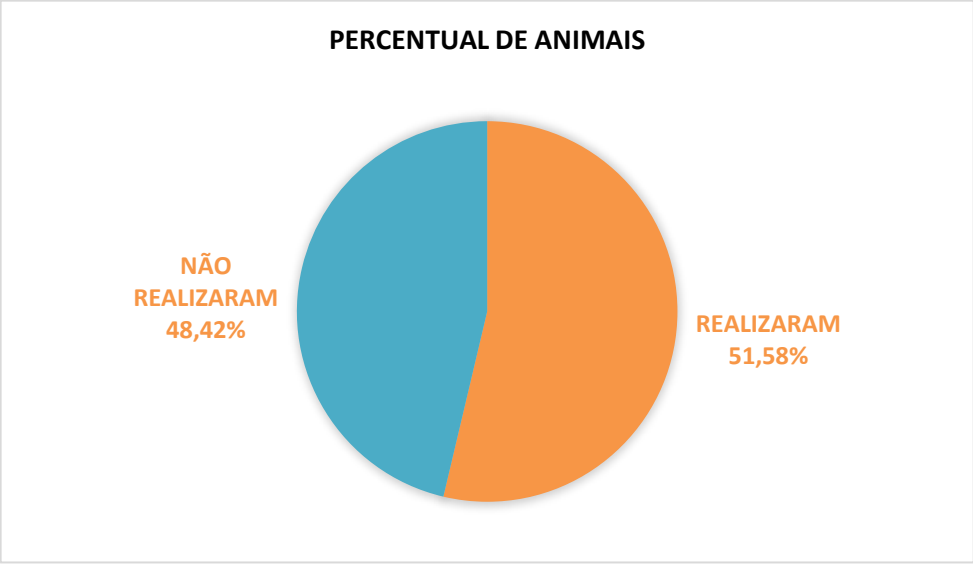
Os dados foram organizados por meio de tabelas e gráficos e analisados através de estatística descritiva, utilizando medidas de frequência absoluta (número absoluto) e medidas de frequência relativa (porcentagem).

O projeto foi submetido ao Núcleo de Apoio à Pesquisa (NAP) e à Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da FESP-Palmas, conforme estabelecido na portaria FESP nº 27, de 29 de março de 2018. A pesquisa foi dispensada de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Comitê de Ética em Pesquisa para uso de Animais (CEUA), pois foram utilizados bancos de dados, não havendo, portanto, abordagem direta ou intervenções em seres humanos ou animais não-humanos vivos.

3. RESULTADOS

Das 473 vagas de castração ofertadas durante o ano de 2022, 244 animais (51,58%) realizaram os exames de hemogramas, sendo 131 felinos (53,7%) e 113 caninos (46,3%), conforme demonstrado no gráfico (Figura 1).

Figura 1. Percentual de animais que realizaram e não realizaram exame de hemograma pré-cirúrgico no ano de 2022 em relação ao número de vagas ofertadas.



Fonte: Adaptado de Hospital Veterinário CEULP/ULBRA, Laboratório veterinário do Instituto Chromosvet e http://caievs.palmas.to.gov.br/

A partir da análise comparada com os valores de referência (tabela 1) foi possível constatar como alteração marcante a presença de eosinofilia em 56 animais (23%). Além

disso, foram observadas diversas alterações como: aumento das proteínas plasmáticas totais em 30 animais (12,3%), trombocitose presente em 33 animais (13,5%), trombocitopenia em 21 animais (8,6%), leucopenia em 16 animais (6,6%), leucocitose em 14 animais (5,7%), dentre outras, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 1. Valores de referência dos parâmetros dos exames de hemograma de acordo com a idade e espécie utilizados pelo laboratório.

Valores de referência						
Espécie	**Caninos**			**Felinos**		**Unidade de medida**
Parâmetros	**3 a 6 meses**	**7 a 11 meses**	**1 a 8 anos**	**até 6 meses**	**após 7 meses**	
Hemácias	5,5-7,0	5,7-8,5	5,7-8,5	3,5-8,0	5,0-10,0	milhões/mm³
Hemoglobina	11-15,5	12-18	12-18	7-14	8-15	g/dL
Hematócrito	34-40	35-57	37-55	22-38	24-45	%
Prot. plasmáticas	5-6,5	5,7-8,0	5,5-8,0	4,5-7,8	5,5-8,0	g/dL
Leucócitos	6000-16000	8000-16000	6000-17000	5500-19000	5500-19000	/mm3
Segmentados	3000-11800	3600-13000	3000-11800	2400-12750	3000-13000	/mm³
Basófilos	0-60	0-100	0-170	0-170	0-170	/mm³
Eosinófilos	60-1300	120-1700	60-1300	60-1350	60-850	/mm³
Linfócitos	2200-7200	900-5100	1000-5000	1200-8250	1200-9000	/mm³
Monócitos	80-1600	180-1700	60-1300	60-680	60-500	/mm³
Plaquetas	180000-500000	200000-500000	180000-500000	300000-800000	200000-800000	/mm³

Fonte: Laboratório veterinário do Instituto Chromosvet

Tabela 2. Parâmetros hematológicos de cães e gatos e resultados classificados em “acima”, “abaixo” e “normais” em número absoluto (n) e frequência relativa (%)

Parâmetros	**Acima**	**Normal**	**Abaixo**
Hemácias	19 (7,8%)	221 (90,6%)	4 (1,6%)
Hemoglobina	24 (9,8%)	209 (85,7%)	11 (4,5%)
Hematócrito	16 (6,6%)	214 (87,7%)	14 (5,7%)
Prot. plasmáticas	30 (12,3%)	210 (86,1%)	4 (1,6%)
Leucócitos	14 (5,7%)	214 (87,7%)	16 (6,6%)
Segmentados	8 (3,3%)	219 (90,5%)	15 (6,2%)
Basófilos	1 (0,4%)	243 (99,6%)	0 (0%)
Eosinófilos	56 (23%)	185 (75,8%)	3 (1,2%)
Linfócitos	8 (3,3%)	227 (93%)	9 (3,7%)
Monócitos	24 (9,8%)	218 (89,3%)	2 (0,8%)
Plaquetas	33 (13,5%)	174 (71,3%)	21 (8,6%)

Fonte: Hospital Veterinário CEULP/ULBRA e Laboratório veterinário do Instituto Chromosvet

Foram identificados 8 animais (3,27%) com policitemia e 3 animais (1,22%) com anemia. A leucocitose ocorreu devido eosinofilia em 8 animais (3,27%), neutrofilia em 8 animais (3,27%) e por monocitose em 8 animais (3,27%), sendo que esses achados foram predominantemente detectados na espécie felina.

A leucopenia ocorreu com mais frequência do que a leucocitose, sendo esta causada por neutropenia em 16 animais (6,55%), também prevalentemente na espécie felina.

A agregação plaquetária ocorreu em 62 exames/244 (25,4%), sendo impossível realizar a contagem em 16 hemogramas (6,55%).

4. DISCUSSÃO

A partir dos resultados foi possível verificar um número significativo de tutores que cadastram os seus animais para realização dos procedimentos de castração, porém não comparecem com os mesmos para realização da triagem pré-cirúrgica (48,42%) e, consequentemente, seus animais não são castrados, comprometendo, assim, o controle populacional do município. Tal informação demonstra a necessidade de investigar os fatores que interferem ou dificultam a adesão da população ao serviço.

Dos 30 animais (12,3%) que apresentaram aumento das proteínas plasmáticas, 19 (7,78%) eram caninos. Sabe-se que a desidratação é uma causa relativa de hiperproteinemia, além de também ocorrer em processos inflamatórios, onde existem citocinas inflamatórias que estimulam a síntese das globulinas pelos hepatócitos levando à hiperglobulinemia (STOCKHAM e SCOTT, 2011). Em relação a desidratação cabe ressaltar que o município de Palmas possui altas temperaturas e um índice de umidade baixo em grande período do ano, portanto estes fatores climáticos devem ser levados em consideração quando se trata da recomendação do tempo de jejum hídrico previamente à cirurgia.

A eosinofilia estava presente em um número significativo de animais, sendo 39 felinos (15,98%) e 17 caninos (6,96%). Tal alteração pode ser indicativa de parasitismo (endo e ectoparasitas), reações alérgicas, gastroenterites, granuloma eosinofílico felino ou alguns exemplos de neoplasias (GARCIA-NAVARRO e PACHALY, 1994; THRALL, 2015). Dentre essas alterações, a endoparasitose pode ser encontrada comumente em animais (FUNADA et al., 2007).

Os endoparasitos causam sequestro de nutrientes e irritam a mucosa intestinal, levando a deficiências nutricionais que promovem danos à saúde dos animais (URQUHART et al., 1998). Portanto, a detecção da eosinofilia em hemograma pré-cirúrgico pode ser útil para alertar quanto a necessidade de desverminação nos animais, para que estejam livres de parasitos no trato gastrintestinal e não ocorra prejuízos nutricionais que possam implicar em uma inadequada recuperação pós-cirúrgica.

Outro achado laboratorial foi a trombocitose que foi constatada em 33 animais (12,3%). A trombocitose é o termo utilizado quando o número de plaquetas está acima dos valores de referência, pode ser reativa ou primária e tem ocorrência em menor frequência clínica do que a trombocitopenia. As causas incluem: doença crônica, deficiência de ferro, hiperadrenocorticismo, neoplasias, desordens no trato digestivo, doenças endócrinas, mobilização esplênica ou pulmonar e Trombocitose maligna: leucemia granulocítica megacariocítica (LOPES; BIONDO e SANTOS, 2007). Entretanto, no presente estudo, contrariando o que foi descrito acima, tal alteração ocorreu com maior frequência quando comparada com a trombocitopenia, que estava presente em 21 animais (8,6%).

A trombocitopenia é um achado comum em exames de animais de companhia, os possíveis mecanismos associados ao quadro plaquetário são destruição, consumo de plaquetas ou produção diminuída. Uma patologia extremamente correlacionada a destruição e consumo de plaquetas é a erliquiose canina (REAGAN; SANDERS e DENICOFA, 1999). É importante identificar os distúrbios plaquetários, antes de uma cirurgia, pois as plaquetas são responsáveis pela hemostasia primária, que procura evitar o agravamento da hemorragia, enquanto a fibrina se forma (LEONEL et al., 2008). Portanto, a trombocitopenia indica que os pacientes necessitam de um maior cuidado durante o procedimento cirúrgico, já que para o sucesso do mesmo, a hemostasia deve ocorrer de forma satisfatória.

No presente estudo, foi possível constatar 62 exames de hemograma (25,4%) com agregações plaquetárias, no qual foi impossível ou dificultoso realizar a contagem manual no esfregaço sanguíneo. A agregação plaquetária é algo que comumente ocorre devido à colheita de sangue inadequada, sendo mais comum em sangue de felinos, podendo, algumas vezes, se manifestar como uma pseudotrombocitopenia (NELSON e COUTO, 2015).

Portanto a frequência da trombocitopenia e trombocitose encontradas podem ter sido afetadas por fatores pré-analíticos relacionados erros na coleta, estresse ou no armazenamento da amostra. Segundo OLSEN et al. (2001) a formação destes agregados

ocorre com menos frequência nas amostras estocadas na temperatura ambiente do que nas amostras refrigeradas, porque acredita-se que as plaquetas são ativadas quando entram em contato com o EDTA a baixas temperaturas.

A monocitose foi detectada em 24 animais (9,8%), sendo exclusivamente da espécie felina. Essa alteração está relacionada a inflamações (principalmente, mas não somente, as crônicas), piometra, peritonites, piotórax, tuberculose, micoplasmose, infecções por alguns fungos e protozoários, e leucemias monocíticas ou mielomonocíticas (GARCIA-NAVARRO e PACHALY, 1994; NELSON e COUTO, 2015).

Apesar de ser menos comum, foi possível constatar um número maior de animais com policitemia do que com anemia, diferentemente do que se constatou na pesquisa de Gavehr, Santana e Ribeiro (2017). O termo policitemia é geralmente utilizado quando o número de hemácias, hematócrito e concentração de hemoglobina estão aumentados. Podendo ser classificada em relativa ou absoluta, sendo esta subdividida em primária, secundária e atípica. A policitemia relativa é mais frequente e está diretamente relacionada a hemoconcentração, que pode ser decorrente à diminuição do volume plasmático devido a desidratação, ou à contração esplênica, que libera um grande número de eritrócitos na circulação. (GONZÁLEZ e SANTOS, 2005). Verificar o grau de desidratação do animal e a coloração das suas mucosas é muito importante porque pode revelar a necessidade de repor a volemia antes de iniciar um protocolo anestésico, pois a baixa volemia pode comprometer a função cardíaca e renal do animal, assim como a metabolização dos fármacos utilizados (SOUSA, 2018).

Apenas 3 animais (1,22%) apresentaram anemia. Mesmo não sendo um dado significativo é importante explorar clinicamente, pois pode ser causada por perda, destruição, deficiência na produção, e/ou sequestro de hemácias. A anemia pode ser causada pela deficiência de ferro, a qual pode ser de origem nutricional ou por perda crônica de sangue, como no caso de parasitoses gastrintestinais e infestações por ectoparasitas (THRALL, 2014; DRUMOND, 2013). Dependendo da intensidade da anemia, pode ocorrer uma diminuição da oxigenação tecidual (STOCKHAM e SCOTT, 2011), o que pode trazer complicações anestésicas. Por isso, cirurgias eletivas não são recomendadas em animais anêmicos.

Quando um animal está com anemia podem ser classificados em ASA III ou até mesmo IV (RODRIGUES et al., 2018). Onde ASA refere-se a uma classificação do estado físico do paciente no momento pré-anestésico, elaborada pela Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA, 2014). Sendo que essa classificação é realizada por meio da

avaliação pré-anestésica que inclui a realização de hemograma e de outros exames complementares necessários para adequada classificação do paciente (RODRIGUES et al., 2017), o que reforça a importância das análises sanguíneas pré-cirúrgicas.

No presente estudo, alguns animais apresentaram uma leucocitose por neutrofilia, o que pode indicar a presença de um processo inflamatório ou infeccioso no organismo dos animais (STOCKHAM & SCOTT, 2011) e juntamente com a monocitose pode indicar que há cronicidade de tais processos, visto que esta resposta está associada a uma crescente demanda de células mononucleares nos tecidos (THRALL, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que uma grande parcela de tutores realiza o cadastro dos animais, porém não comparecem para dar início aos procedimentos que antecedem a castração (48,42%), caracterizando baixa uma adesão.

As principais alterações encontradas nos hemogramas dos animais foram eosinofilia, trombocitose, policitemia e aumento das proteínas plasmáticas totais. Esses achados podem estar atrelados a afecções que comprometem o procedimento cirúrgico e a boa recuperação dos animais, sendo indicado corrigi-las antes da castração. Por isso, a hematologia é uma ferramenta complementar que, juntamente com a anamnese e o exame físico, trazem informações para a tomada de decisão do médico veterinário, visando a diminuição de intercorrências, sendo, portanto, interessante realizar estudos em relação a viabilidade de implantação dessa ferramenta nos serviços de controle populacional do município de Palmas/TO, juntamente com a avaliação clínica pré-cirúrgica do Médico Veterinário.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.S., OLIVEIRA, M.C., OLIVEIRA, A.S., SOUZA, E.M.O. Campanha de castração do IFAM/CMZL: importância e contribuições. **Nexus Revista de Extensão do IFAM**, v. 3, n. 1, p. 61-68, 2017.

ALVES. B.F.A.; HEBLING, L.M.G.F. Vantagens e desvantagens da castração cirúrgica de cães domésticos. Uma revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 73157-73168, 2020.

ANDRADE, W. F. Implantação do centro de controle de zoonoses: um espaço público para o resgate de animais abandonados. Colombo, 2011. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/33630/ANDRADE%2C%20WILZA%20DE%20FATIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=O%20projeto%20de%20implanta%

C3%A7%C3%A3o%20do,que%20ela%20seja%20praticada%20e. Acesso em: 11 out. 2022.

ASA - **American Society of Anesthesiologists**. ASA Physical Status Classification System. 2014. Disponível em: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system. Acessado em: 18/01/2023.

DRUMOND, M. R. S. **Ocorrência, classificação e fatores de risco de anemia em cães**, 2013. 84p. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia, diagnóstico e controle de doenças) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2013.

FIORENTIN, E. L. FERRANTI, O. N.; BRAGANÇA, J. F. M. Perfil bioquímico, hematológico e hemostático como ferramenta de avaliação pré-operatória em cães submetidos à castração eletiva. **Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino**, Pesquisa e Extensão, 2013.

FOSSUM, T.W. **Cirurgia de pequenos animais**. 3ª ed. Elsevier Editora, 2008.

FUNADA, M.R.; PENA, H.; SOARES, R.; AMAKU, M.; GENNARI, S.M. Frequência de parasitos gastrintestinais em cães e gatos atendidos em hospital-escola veterinário da cidade de São Paulo. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária de Zootecnologia**, v. 59, n. 5, p. 1338-1340, 2007.

GARCIA, R.C.M.; CALDERÓN, N.; FERREIRA, F. Consolidação de diretrizes internacionais de manejo de populações caninas em áreas urbanas e proposta de indicadores para seu gerenciamento. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 32, p. 140-144, 2012.

GARCIA-NAVARRO, C.E.K.; PACHALY, J.R. **Manual de hematologia veterinária**. São Paulo: Varela, 1994. 163p.

GEVEHR, A. C.; SANTANA, A. C. e RIBEIRO, R. Variação de parâmetros hematológicos de cães errantes na cidade de Cascavel, Paraná, Brasil. **Anais do 15º Encontro Científico Cultural Interinstitucional e 1º Encontro Internacional**. 2017. Disponível em: https://www.fag.edu.br/mvc/assets/pdfs/anais2017/ANA%20CAROLINA%20LOPES%20SILVA%20GEVEHR-anagevehr@hotmail.com-2.pdf. Acesso em: 26/01/2023.

GOMES, L. B.; SILVA, S. C. P. F.; NUNES, V. F. P.; LANZETTA, V. A. S. **Saúde única e atuação do médico veterinário do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). In: Cadernos técnicos de veterinária e zootecnia – Introdução à medicina veterinária do coletivo**, nº83. Fundação de Estudo e Pesquisa em Medicina Veterinária e Zootecnia, Minas gerais, 2016, p. 70-77.

GONZÁLEZ, F. H. D.; SANTOS, A. P. Simpósio de Patologia Clínica Veterinária da Região Sul do Brasil. **Anais do 2o Simpósio de Patologia Clínica Veterinária da Região Sul do Brasil**, p. 91, 2005. Disponível em: http://www.multimidia.ufpa.br/jspui/bitstream/321654/2525/6/Hematologia_Veterinaria.pdf Acesso em: 24/01/2023.

HOWE, L. M. Prepubertal gonadectomy in dogs and cats-part I. **Compendium on continuing education for the practicing veterinarian**, v. 21, n. 2, p. 103-110, 1999.

JOHNSTON, S. D. Questions and answers on the effects of surgically neutering dogs and cats. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, v. 198, n. 7, p. 1206-

1214, 1991.

KAHN, S.; STUARDO, L.; RAHMAN, S. A. OIE guidelines on dog population control. **Developments in biologicals**, v. 131, p. 511-516, 2008.

LEONEL, R. A. B.; MATSUNO, R. M. J.; SANTOS, W.; VERONEZI, A. H. M.; COSTA, D. R.; SACCO, S. R. Trombocitopenia em animais domésticos. **Revista científica eletônica de medicina veterinária**, ano VI, n. 11, p. 1-5, 2008.

LOPES, S. T. A.; BIONDO, A. W.; SANTOS, A. P. **Manual de patologia clínica veterinária. Departamento de clínica de pequenos animais**, v. 3ª Edição, 2007.

MACHADO, J. C.; FERREIRA, G. A.; GENARO G. Castração e bem-estar felino. **Revista Brasileira de Zoociências**, v. 19, n. 2, 2018.

MATHIAS, L. A. S. T.; GOZZANI, J. L.; RIVETTI, L. A.; GUARATINI, Á. A. (2006). Exames complementares pré-operatórios: análise crítica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, p. 658-668, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses. Brasília, DF, 2016.

MOUTINHO, F. F. B; NASCIMENTO, E. R.; PAIXÃO, R. L. Percepção da sociedade sobre a qualidade de vida e o controle populacional de cães não domiciliados. **Ciência Animal Brasileira**, v. 16, p. 574-588, 2015.

NELSON, Richard; COUTO, C. Guillermo. **Medicina interna de pequenos animais**. Elsevier Brasil, 2015.

OLSEN, A.VK.; BLADBJERG, E. M.; JENSEN, A. L.; HANSEN, A. K. Effect of preanalytical handling on haematological variables in minipigs. **Laboratory Animals**, 35, 147-152, 2000.

OSTAN, I.; KILIMCIOGLU, A. A.; GIRGINKARDESLER, N., OZYURT, B. C., LIMONCU, M. E.; OK, U. Z. (2007). Health inequities: lower socio-economic conditions and higher incidences of intestinal parasites. **BMC public health**, v. 7, n. 1, p. 342.

PRADO C. M.; BERNARDES G. L. Programas de controle populacional de cães abandonados com o emprego da castração como procedimento indicado para o bem-estar coletivo. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP**, v. 15, n. 1, p. 68-68, 2017.

REAGAN, W. J.; SANDERS, T. G.; DENICOFA, D. B. **Hematología Veterinaria**. Atlas de Especies Domésticas Comunes. 1999.

RODRIGUES, N. M.; QUESSADA, A. M.; MORAES, A. C.; DANTAS, S. S. B.; SALES, K. K. S. Estado físico e risco anestésico em cães e gatos: Revisão. **PUBVET,** v.11, n.8, p. 781-788, 2017.

STOCKHAM, S.L.; SCOTT, M.A. **Fundamentos de Patologia Clínica Veterinária**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan, 2011. 748p.

SILVEIRA, L. R. M. Manejo populacional de animais domésticos: castramóvel como política distrital de castração do Distrito Federal. 2019. Disponível em: https://bdm.unb.br/handle/10483/24501. Acesso em: 03 set. 2022.

SOARES, B. F.; CORDEIRO, P. P.; SALES, B. B.; SANTOS, C. F. SOARES. Estudo comparativo entre o hemograma humano e veterinário. **Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 4, 2012.

SOUSA, F. A. T. Anestesia em mamíferos exóticos. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto, 2018.

THRALL, M. A. (2015). **Hematologia e Bioquímica Clínica Veterinária**. In 2. ed. Editora Roca.

URQUHART, G. M., ARMOUR, J., DUNCAN, J. L., DUNN, A. M., & JENNINGS, F. W. Helmintologia Veterinária. In: **Parasitologia Veterinária.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.03-120.

VIEIRA, A. M.; ALMEIDA, A. B.; MAGNABOSCO, C.; FERREIRA, J. C. P.; LUNA, S. L. P.; CARVALHO, J. L. B.; GOMES, L. H.; PARANHOS, N. T.; REICHMANN, M. L.; GARCIA, R. C.; NUNES, V. F. P.; CABRAL, V. B. Programa de controle de populações de cães e gatos do estado de São Paulo, São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v.3, n.33, p.1-139, 2006.

VOORWALD, F. A; TIOSSO, C. D. F.; TONIOLLO, G. H. Gonadectomia pré-puberal em cães e gatos. **Ciência Rural**, v. 43, p. 1082-1091, 2013.

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Vigilância e resposta à doença mão-pé-boca: situação no município de Palmas/TO de 2019 a 2021.

Surveillance and response to hand-foot-and-mouth disease: situation in the municipality of Palmas/TO from 2019 to 2021.

Atila Coelho Barbosa[1], Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa[2].

[1] Cirurgião-Dentista. Residente em Saúde Coletiva. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

E-mail:

atilacoelhobarbosa@gmail.com

[2] Enfermeira. Mestre em Gestão de Políticas Pública. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

RESUMO

Autoridades sanitárias têm alertado sobre enfermidades causadas por enteroviroses, e a demanda por vigilância dessas infecções. A Doença de Mão, Pé e Boca (DMPB) faz parte do grupo de afecções desenvolvida pelos enterovírus, tendo registro de ocorrências em diferentes países do mundo, incluindo o Brasil. Objetiva-se, neste estudo, caracterizar o perfil epidemiológico da DMPB no município de Palmas/TO a partir de notificações no período de 2019 a 2021, descrevendo o público de maior risco e assim colaborar com ações governamentais para controle da doença. Trata-se de um estudo epidemiológico, onde os dados foram extraídos do sistema de notificação de doenças e agravos da secretaria municipal de saúde, analisando variáveis como a idade, sexo, escolaridade, raça e localização geográfica. Condições individuais, grupo da primeira infância e localização de moradia podem favorecer o contágio da infecção. Planejamento estratégico preventivo e integral podem ser implantados para proteção da saúde coletiva, além de redução de eventos de gravidade.

Palavras-chave: Doença de mão, pé e boca. Doenças transmissíveis. Epidemias. Surtos de doenças. Vigilância em saúde.

ABSTRACT

Health authorities have been alerting about diseases caused by enteroviruses, and the demand for surveillance of these infections. Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) is part of the group of diseases developed by enteroviruses, with occurrences recorded in different countries of the world, including Brazil. The objective of this study is to characterize the epidemiological profile of HFMD in the municipality of Palmas/TO based on notifications from 2019 to 2021, describing the public at greatest risk and thus collaborating with government actions to control the disease. Epidemiological study, where data were extracted from the notification system of diseases and injuries of the municipal health department, analyzing variables such as age, gender, education, race and geographic location. Individual conditions, early childhood group and location of residence may favor the transmission of the infection. Preventive and comprehensive strategic planning can be implemented to protect collective health, in addition to reducing serious events.

Keywords: Hand, foot and mouth disease. Communicable diseases. Epidemics. Disease outbreaks. Health surveillance.

1. INTRODUÇÃO

O European Center of Disease Control, em agosto de 2016, publicou um artigo alertando sobre o aumento de casos de infecções por enteroviroses (EV) detectados na Europa neste mesmo ano, além de relatarem um aumento da frequência de doenças graves associadas à infecção por EV. No texto, é sugerido que devem ser exploradas e discutidas a coleta de dados e a necessidade de vigilância dessas infecções, principalmente casos que apresentem síndromes clínicas mais graves (ECDC, 2016).

A síndrome ou doença de mão, pé e boca (DMPB) é uma doença infectocontagiosa, considerada benigna, causada pela família de enterovírus, afetando na maioria das vezes crianças, entretanto, pode ocorrer em indivíduos de outras idades, sendo mais frequente em zonas tropicais (ROMERO TAMAYO et al., 2020). A condição clínica das lesões mucocutâneas podem mimetizar eritema multiforme ou outras doenças infecciosas, como a sífilis, e limitados casos foram relatados em adultos imunocompetentes (KAMINSKA et al., 2013).

Na literatura a enfermidade é apresentada como síndrome em algumas publicações, no entanto, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) e o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2018) usam o termo doença para referenciar a patologia. Assim, neste estudo preconizaremos o termo doença.

O estudo realizado por Kaminska et al. (2013) aponta que crianças e adultos imunocomprometidos são os mais suscetíveis, sendo que este último pode ter um curso clínico incomumente prolongado. Outras categorias de risco podem ser incluídas como gestantes e idosos alertando para a possibilidade de transmissão intradomiciliar e gravidade nesse público.

Surtos de DMPB têm sido relatados historicamente em muitos países da Europa, América e na região do Pacífico ocidental, com registro de números substanciais de mortes em epidemias. Destaca-se aqui os surtos ocorridos no Japão, em 1973 e 1978, envolvendo 3.296 e 36.301 casos respectivamente; em Sydney na Austrália, durante o verão de 2000-2001, ocorreu um surto hospitalizando aproximadamente 200 crianças; na China, foram notificados 1.155,525 casos de DMPB, incluindo 353 óbitos, amplamente distribuídos em todo o país em 2009 (WHO, 2011).

No Brasil, de um total de 75 amostras clínicas de fezes e soro, coletadas em diferentes Estados (Amapá, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro), no

período entre 2006 e 2009, confirmou-se DMPB para 82% das amostras (SOUSA et al., 2018).

A DMPB não faz parte da lista nacional de notificação compulsória, tornando necessário estudos sobre os dados e relatos do agravo. Por outro lado, devem ser notificados os surtos da doença (MORTARI et al., 2018).

No Estado do Tocantins, foi emitido alerta aos municípios para atenção da enfermidade. A DMPB não é de notificação compulsória às autoridades sanitárias estaduais, no entanto, ocorre monitoramento, sendo necessária notificação de surto que constitua ameaça à saúde pública (TOCANTINS, 2021).

Em Palmas, capital do Tocantins, a DMPB é considerada um agravo de notificação compulsória imediata (PALMAS, 2019). Isso se justifica pela necessidade de identificar os casos e desencadear medidas para precauções adequadas e controle, bem como fornecer informações epidemiológicas mais seguras.

Assim, pesquisas são necessárias para esclarecer o perfil epidemiológico na DMPB no contexto brasileiro. Portanto, este estudo objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes notificados para DMPB no município de Palmas/TO nos anos de 2019, 2020 e 2021, com o intuito de apresentar o público que merece mais atenção e com isso, contribuir com os serviços de saúde no planejamento de ações governamentais no combate à transmissão da doença e destinação adequada dos recursos necessários.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo descritivo de dados secundários obtidos do sistema de informação municipal de vigilância epidemiológica de notificação de doenças e agravos - Notifica SUS, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Foram coletados dados de casos de DMPB notificados no município de Palmas/TO, referentes ao período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. A população de estudo constitui-se dos casos diagnosticados (CID-10: B08.4) e notificados para DMPB, sendo excluídos os casos onde não residiam em Palmas/TO e não apresentavam nome completo ou documento de identificação na ficha de notificação. Portanto, do total de 723 casos notificados, 36 foram excluídos do estudo, e assim a amostra foi composta por 687 notificações.

As variáveis de atenção que fundamentaram esta pesquisa foram: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, dados da localização geográfica de residência, data da notificação e data de diagnóstico/primeiros sintomas. Os dados foram organizados e analisados por estatística analítica-descritiva em planilhas através do software *Microsoft Office Excel*, a fim

de detectar os fenômenos de maior relevância aos objetivos do estudo, onde foram calculadas as frequências absolutas e relativas dos dados de interesse.

Seguindo as normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, constante na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi protocolado, analisado e aprovado sob parecer nº 5.601.260 (CAAE 60001922.5.0000.9187) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

3. RESULTADOS

Entre janeiro de 2019 a dezembro de 2021, 723 casos de DMPB foram notificados no serviço de vigilância epidemiológica da cidade de Palmas/TO. Nesta pesquisa foram considerados os casos autóctones, portanto, a amostra foi composta por 687 casos.

Quando analisada a variável sexo, 402 (58,52%) casos concentraram no sexo masculino e 285 (41,48%) no sexo feminino. Os casos ocorreram majoritariamente em crianças entre 1 e 5 anos de idade 81,08% (n=557) e não houve representatividade da doença em idosos. Para a variável raça/cor os resultados obtidos pela análise das notificações da DMPB apresenta que a maioria da amostra estudada foi em pardos 58,37% (n=401) e não ocorreu registro de caso em pessoa quilombola. Com relação ao nível de instrução/escolaridade predominou com 60,84% (n=418) na classificação não se aplica.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes notificados para DMPB em Palmas/TO, 2019-2021.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	402	58,52
Feminino	285	41,48
Faixa Etária		
<1 ano	93	13,54
1-5 anos	557	81,08
6-11 anos	26	3,78
13-16 anos	3	0,44
19-26 anos	4	0,58
33-47 anos	4	0,58

Raça/Cor		
Branca	150	21,83
Preta	10	1,46
Amarela	11	1,60
Parda	401	58,37
Indígena	1	0,15
Quilombola	0	0
Ignorada	114	16,59
Nível de instrução/Escolaridade		
Analfabeto	124	18,05
1ª a 4ª série incompleta do EF	24	3,49
4ª série completa do EF	0	0
5ª a 8ª série incompleta do EF	2	0,29
Ensino Fundamental	2	0,29
Ensino Médio incompleto	0	0
Ensino Médio completo	1	0,15
Ensino Superior incompleto	0	0
Ensino Superior completo	4	0,58
Ignorado	107	15,57
Não se aplica	418	60,84
Campo não preenchido	5	0,73

Fonte: Notifica SUS, 2023.

Quando analisados estatisticamente os dados da variável idade dos 687 casos de DMPB, observou-se que os pacientes tinham entre 0 e 47 anos (média 2,45 anos), sendo a idade mediana 2 anos e 1 ano a idade mais frequente no grupo estudado (Tabela 2).

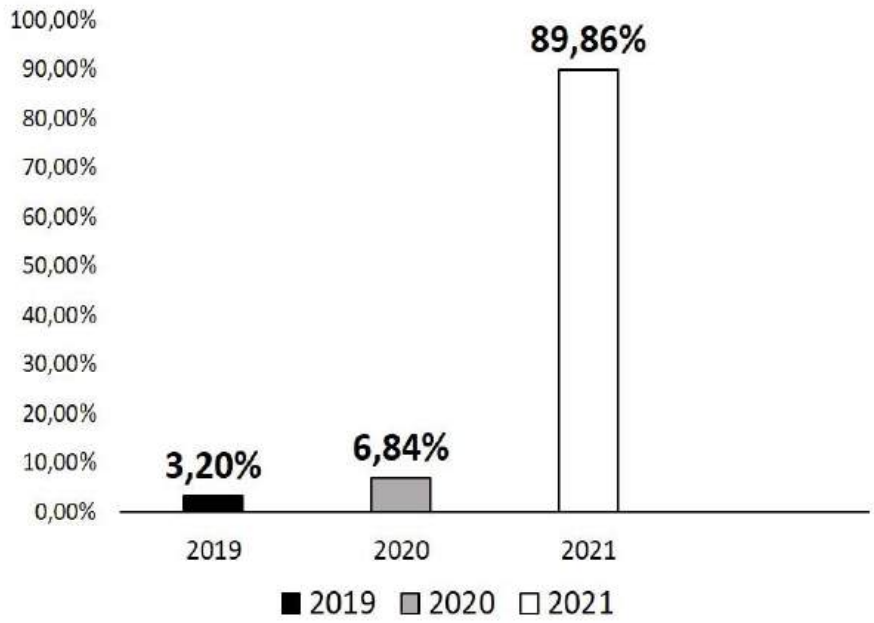
Tabela 2: Análise estatística da variável idade.

Variável	n	%	Min.	Máx.	Méd.	Mediana	Moda
Idade	687	100	0	47	2,45	2	1

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Ao avaliar a distribuição das notificações de DMPB por ano, no período de corte deste estudo, observa-se que notificaram 3,20 % (n=22) casos da doença no ano de 2019. Para o ano de 2020 registrou-se 6,84 % (n=47) indivíduos notificados com a infecção, e nota-se, grande incidência 89,86 % (n=618) notificações do agravo no ano de 2021 (Gráfico 1).

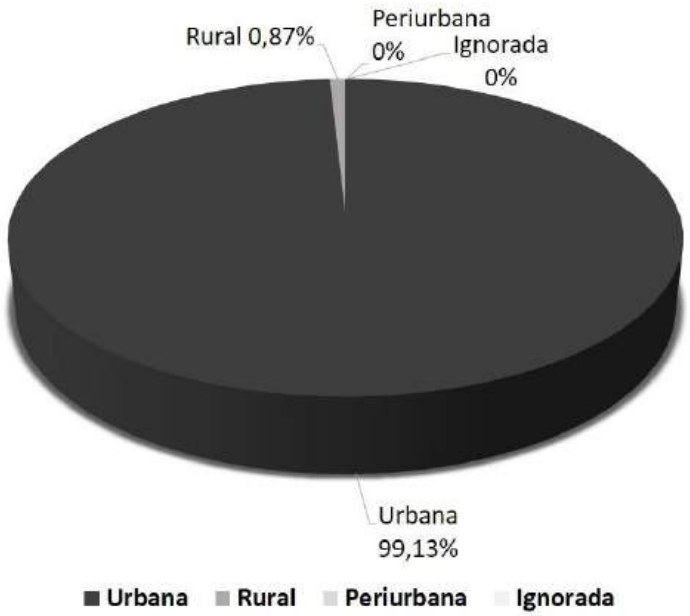
Gráfico 1: Distribuição das notificações da amostra por ano.



Fonte: Notifica SUS, 2023.

O Gráfico 2 apresenta dados quanto à região geográfica de residência dos pacientes, observa-se que indivíduos que moram na zona urbana possuem maior chance de serem contaminados, representado em 99,13% da concentração das notificações de casos da DMPB, em contrapartida pessoas que moram na rural têm menor incidência da infecção 0,87%. Não houve casos registrados na zona periurbana ou campos da ficha marcada como ignorado.

Gráfico 2: Análise da incidência dos casos por região geográfica da residência.

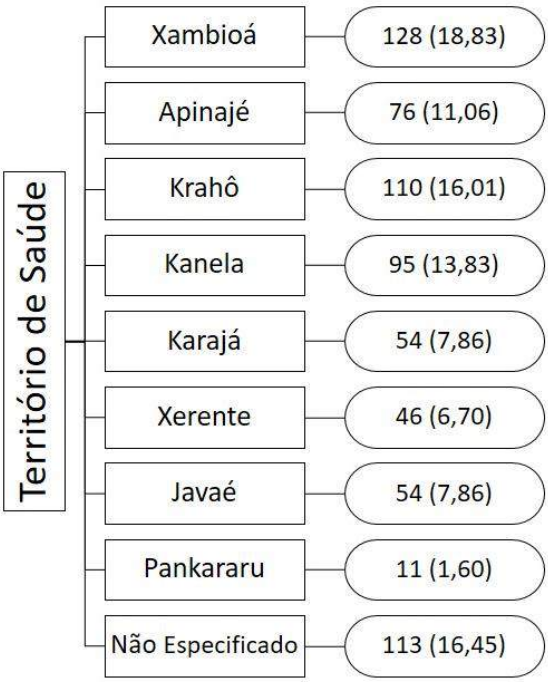


Fonte: Notifica SUS, 2023.

O estudo permitiu analisar o território de saúde[1] do qual o caso foi notificado, sendo que a maioria dos casos 128 (18,83%) se concentraram na área geográfica do território Xambioá. Em 113 (16,45%) notificações o território de saúde não foi especificado, por falta de completude de dados do endereço. O território de saúde Krahô apresentou 110 (16,01%) casos, sendo a segunda maior quantidade de pacientes residentes, seguindo território Kanela 95 casos (13,83%), Apinajé 76 registros (11,06%), Karajá e Javaé com mesmo quantitativo de 54 infectados (7,86%). Os Xerente e Pankararu foram os que apresentaram menor incidência de pacientes residentes notificados com DMPB, 46 (6,70%) e 11 (1,60%) respectivamente. A figura 1 expõe a distribuição dos casos da afecção nos territórios de saúde do município.

Figura 1. Casos de DMPB distribuídos por território de saúde de Palmas/TO.

[1] Palmas se distribui geograficamente em territórios de saúde, a partir da implantação da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS Palmas), conforme Portaria nº 518/2016 da Secretaria Municipal de Saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

4. DISCUSSÃO

Este estudo descreve dados epidemiológicos da DMPB no município de Palmas-TO, estado do Tocantins, região amazônica do Brasil. De uma forma geral, o estudo demonstrou que, houve predominância de casos em individuos do sexo masculino. Este resultado foi similar ao estudo desenvolvido por Xia et al. (2016), realizado na cidade de Suzhou, Leste da China, no qual apontou uma taxa de incidência significativamente maior em gênero masculino em comparação com gênero feminino.

Em relação a idade, este estudo mostrou que, o público infantil compreende a maioria dos casos relatados. Observamos que a faixa etária mais suscetível, são crianças entre 1 e 5 anos de idade, no qual constituíram 81,08% dos casos, seguido por bebês menores de 1 ano representando 13,54% das notificações. A distribuição etária é semelhante à descrita por Romero Tamayo et al. (2020), que avaliou 507 casos de DMPB, sendo os casos mais frequentes em crianças entre 1 e 5 anos e menores de um ano de idade, 79,3% e 15,6% respectivamente. No presente estudo, 8 adultos foram contaminados, com idade variando entre 19 e 47 anos, concordando com a pesquisa realizada por Second et al. (2016), o qual

mostrou que a infecção não se limita a crianças, os casos podem se apresentar em adultos, sendo uma manifestação atípica e mais grave.

Poucas pesquisas mostram dados robustos sobre a análise da doença em subgrupos, como raça/etnia (PEARSON et al., 2020). Este estudo mostrou que há maior frequência de casos em pardos (n=401), e curiosamente, digno de nota, uma pessoa indígena apresentou caso da enfermidade. Justino et. al (2020), observaram suspeita que a condição de localização geográfica, status socioeconômico e a etnia contribuam para distintos sorotipos e tenha impacto na evolução clínica da enfermidade. Mais qualificação deve ser feita quanto aos notificadores, visto que, 114 fichas receberam classificação da raça/etnia ignorada.

A literatura também não aponta dados robustos sobre o nível de escolaridade dos pacientes infectados. Os resultados desta pesquisa, revelaram que em 418 casos (60,84%) e em 124 (18,05%) o nível de escolaridade foi classificado como não se aplica e analfabeto, respectivamente. Uma possível explicação para esse fenômeno, pode ser considerada pela idade, uma vez que nesta pesquisa a faixa etária se concentrou em ≤5 anos. Resultados semelhantes foram apresentados em outros estudos, que relatam que em crianças que frequentam creches e pré-escolas devem ser priorizadas na vigilância, pois a disseminação contínua da DMPB nesse público torna-se ameaça à saúde pública (WANG et al., 2018; ZENG et al., 2012).

De acordo com a variável data de notificação, foi possível analisar anualmente as notificações de casos no período compreendido por este estudo. Nota-se grande incidência do agravo no ano de 2021, com registro de 618 pessoas contaminadas. Esse fenômeno também foi observado no ano de 2021 no estado de São Paulo, no qual detectou-se surto da infecção logo após a flexibilização das intervenções não farmacêuticas durante a pandemia da covid-19 (CARMONA et al., 2022). Situação semelhante foi relatada na França, que passou por um surto da DMPB, em setembro de 2021 (MIRAND et al., 2021).

Dados do estudo realizado por Koh et al. (2016), no qual realizaram revisão sistemática sobre a epidemiologia da doença na Ásia, revelaram que áreas rurais aumentam a probabilidade para contaminação da doença. Diferentemente, os resultados deste estudo apontaram que grande concentração (99,13%) dos casos de DMPB estão em indivíduos que vivem em zona urbana. Em 0,87% das notificações são de moradores da zona rural. Xing et al**.** (2014), identificaram que residir em área rural, pela diferença em ter acesso aos cuidados de saúde e infecção pelo Enterovírus 71 são fatores de risco para gravidade da doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que o perfil epidemiológico de pacientes com DMPB no município de Palmas, estado do Tocantins, na região amazônica do Brasil, é predominante do sexo masculino, com idade entre 1 a 5 anos, de raça/etnia parda, com nível de escolaridade considerado não aplicável e em indivíduos que residem em zona urbana. Destacamos que a DMPB afetou principalmente lactentes e crianças na primeira infância, enquanto que, sua incidência foi muito baixa em adolescentes e adultos.

Sugerimos que seja fortalecida a comunicação entre serviços de saúde, vigilância epidemiológica e público em geral acerca dos riscos de exposição à doença, possibilidade (ainda que baixa) de complicações e que a morte é propensa a ocorrer. Detecção oportuna, estratégias de intervenção, incluindo imunizante apropriados, podem ser uma solução global para mitigar a enfermidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Doença mão-pé-boca. Biblioteca Virtual em Saúde. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Ministério da Saúde**. Fev. 2018. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2739-doenca-mao-pe-boca. Acesso em: 12 fev. 2022.

CARMONA, R. C. C.; et al. Hand, foot, and mouth disease outbreak by Coxsackievirus A6 during COVID-19 pandemic in 2021, São Paulo, Brazil. **Journal of clinical virology**. v. *154*, n. 105245, 2022.

ECDC. European Center of Disease Control. Internal decision. Enterovirus detections associated with severe neurological symptoms in children and adults in European countries. Disponível em: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/01-08-2016-RRA-Enterovirus%2071-Spain,%20France,%20Netherlands.pdf. Acesso em: 12 jan. 2022.

JUSTINO, M.C.; et al. Atypical hand-foot-mouth disease in Belém, Amazon region, northern Brazil, with detection of coxsackievirus A6. **Journal of Clinical Virology.** v. 126, n. 104307, 2020.

KAMINSKA, K. et al. Coxsackievirus A6 and Hand, Foot and Mouth Disease: Three Case Reports of Familial Child-to-Immunocompetent Adult Transmission and a Literature Review. **Case Rep Dermatol.** v. 2, n. 5. Aug. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1159/000354533. Acesso em: 22 abr. 2022.

KOH, Wee Ming et al. A epidemiologia da doença mão-pé-boca na Ásia: uma revisão sistemática e análise. **O jornal de doenças infecciosas pediátricas**, v. 35, n. 10, pág. e285, 2016. doi: 10.1097/INF.0000000000001242.

MIRAND, Audrey et al. Um surto de febre aftosa em grande escala, França, em 28 de setembro de 2021. **Eurosurveillance**, v. 26, n. 43, pág. 2100978, 2021. doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.43.2100978.

MORTARI N., YU A.L.F., LIPHAUS B.L., FERREIRA P.M., RODRIGUES M., ANDO J. A. G., YASSUDA Y. Y., ASSIS D. B., CARMONA R. C. C., MACHADO B. C., TIMENETSKY M. C. S., CARVALHANAS T. R. Hand-FootMouth Disease: guidelines and outbreaks management. BEPA. **Boletim Epidemiológico Paulista (Impresso)**, v. 15, p. 11-28, 2018.

PALMAS. Portaria ALT Nº 707/SEMUS/SUPAVS, de 18 de Junho de 2019. Altera a Portaria Nº 476, de 1º de Agosto de 2013, que define a relação de doenças e agravos de notificação compulsória de interesse para o município de Palmas. **Diário Oficial de Palmas, Palmas,TO**, 24 jun.2019. Seção 9, p. 10. Disponível em: http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2268-24-6-2019-19-55-48.pdf#page=1. Acesso em: 10 de Fev. 2022.

PEARSON, Dharshani e cols. Temperatura e mão, febre aftosa na Califórnia: uma análise exploratória das visitas ao departamento de emergência por temporada, 2005-2013. **Pesquisa ambiental**, v. 185, p. 109461, 2020. https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109461.

ROMERO TAMAYO, Milvia Rosa et al. Síndrome manos, pies, boca. Casos atendidos en el cuerpo de guardia. **Multimed.Revista Médica Granma**, v. 24, n. 1, p. 140-153, feb. 2020. Disponível em: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=9920 Acesso em: 25 jan. 2023.

SECOND, J. et al. Clinicopathologic analysis of atypical hand, foot, and mouth disease in adult patients. **J Am Acad Dermatol**. v. 4, n. 76. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.022.

Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO. Portaria SEMUS Nº 518/2016, Institui a RAVS/Palmas, Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas, TO. Palmas, TO. 2016.

SOUSA JR, Ivanildo P. et al. Enterovírus associados à doença mão, pé e boca no Brasil. **Journal of Infection**, v. 77, n. 5, pág. 448-454, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jinf.2018.08.012. Acesso em: 25 fev. 2022.

TOCANTINS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **CIEVS – Tocantins.** Alerta doença mão-pé-boca. Palmas, 03 Jun. 2021. Disponível em: https://central.to.gov.br/download/251888. Acesso em: 26 de abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC. A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD). Manila: **WHO Regional Office for the Western Pacific**, 2011. Disponível em: https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5521/9789290615255_eng.pdf. Acesso em 23 Fev. de 2022.

XIA, Y.; et al. Study of the epidemiology and etiological characteristics of hand, foot, and mouth disease in Suzhou City, East China, 2011-2014. **Archives of virology**. v *161, v.* 7, p. 1933–1943, 2016. https://doi.org/10.1007/s00705-016-2878-8.

XIAO-FANG, W.; et al. Características epidemiológicas dos surtos de doença de mão, pé e boca entre crianças pré-escolares chinesas: uma meta-análise. **Jornal iraniano de saúde pública**, v. 47, n. 9, pág. 1234, 2018.

XING, Weijia et al. Doença de mão, pé e boca na China, 2008–12: um estudo epidemiológico. **The Lancet doenças infecciosas**, v. 14, n. 4, pág. 308-318, 2014. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70342-6.
ZENG, M. et al. Epidemiologia da doença mão, pé e boca em crianças em Xangai 2007-2010. **Epidemiologia & Infecção**, v. 140, n. 6, pág. 1122-1130, 2012. doi:10.1017/S0950268811001622.

CARACTERIZAÇÃO DO GESTOR DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E ATRIBUIÇÕES GERENCIAIS OBJETIVANDO A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO

CHARACTERIZATION OF THE MANAGER OF BASIC HEALTH UNIT AND MANAGERIAL ATTRIBUTIONS AIMING THE INTEGRATION OF PRIMARY HEALTH CARE AND SURVEILLANCE IN HEALTH IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS-TO

Resumo: Este artigo, resulta de uma pesquisa realizada no município de Palmas – TO, tendo como público-alvo os gestores de Unidade Básica de Saúde (UBS). O objetivo do trabalho, partiu do propósito de incentivar a integralidade dos serviços de Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS), assim como também evidenciar o protagonismo e a importância do gestor de UBS como profissional conhecedor e capaz de desenvolver suas atribuições com expertise, para colocar em prática o princípio da integralidade da atenção à nível local. A pesquisa consistiu na abordagem quantitativa do tipo descritiva, de levantamento, recorte transversal e fundamentada em dados primários. Para a realização da coleta de dados utilizou-se a aplicação de questionário, fechado, online. Os resultados da pesquisa evidenciam signitivamente, a busca por qualificação e a importância dela para o melhor desenvolvimento das atribuições de um gestor de UBS, e para a integração entre VS e APS.
Palavras-chave: Gerência de Serviços de Saúde, Vigilância da Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde.

Abstract: This article is the result of a survey conducted in the city of Palmas - TO, having as target audience the managers of Basic Health Unit (UBS). The objective of this study was to encourage the integrality of Health Surveillance (VS) and Primary Health Care (PHC) servicesas well as to highlight the role and importance of the UBS manager as a knowledgeable professional and able to develop his duties with expertise, to put into practice the principle of comprehensive care at the local level. The research consisted of the quantitative approach of the descriptive type, survey, cross-sectional and based on primary data. For the data collection was used the questionnaire, closed, online. The results of the research show signitively, the search for qualification and the importance of it for the better development of the duties of a UBS manager, and for the integration between VS and APS.
Keywords: Health Services Management, Public Health Surveillance, Primary Health Care.

Introdução

A integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) com a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde (MS), define a Vigilância em Saúde como uma atuação lógica e sistemática da coleta, análise e disseminação de dados alusivos à saúde, sendo realizado de maneira contínua com intuito de planejar e implementar ações de políticas públicas para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. Nesse contexto, a VS traz contribuições no quesito a possibilitar o diagnóstico situacional de determinado território (COSTA et al., 2021)

No município de Palmas-TO, com a instituição da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS Palmas), em 2016, uma estratégia oportuna e considerada importante foi a fusão das Vigilâncias em Saúde e Atenção Primária em uma única estrutura, dando origem à Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, união que favorece a integração entre APS e VS (SUPAVS) (SEMUS, 2016).

A RAVS nasceu com o objetivo de promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde com a prestação de cuidados preventivos, contínuos, integrados, de qualidade, responsáveis e humanizados, bem como aumentar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, saneamento e eficiência econômica, com foco na estruturação da atenção à saúde de Palmas -TO (SEMUS, 2016).

Franco et al., (2017) destaca a percepção e as práticas da VS como aspecto importante, sobretudo, a capacidade de fornecer respaldo à gerência/gestão quanto aos desfechos e fatores de risco de acordo com a realidade da população, fornecendo assim subsídio para planejar e tomar decisões no processo de intervenção.

Em 2012, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a prática gerencial já havia sido apontada como algo importante, porém, foi por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual estabelece uma revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), que o Ministério da Saúde (MS) afirma e recomenda explicitamente a necessidade de um gerente local. No entanto, a presença deste profissional não é obrigatória, a necessidade do mesmo é avaliada pelo gestor municipal de acordo com a necessidade do território e cobertura da atenção básica do município (PERTILE et al., 2019).

A qualidade dos serviços representa hoje um dos grandes desafios a ser enfrentado pela Atenção Primária à Saúde (APS), que se deve ao fato desta ser a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único

de Saúde (SUS), nesse contexto a saúde tem protagonizados a implementação de diretrizes, portarias e políticas a fim de orientar, fomentar e aperfeiçoar os princípios do SUS (VIANNA, 2021).

As Diretrizes de Vigilância em Saúde instituídas na Portaria n° 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, apresenta ferramentas capazes de potencializar as ações e serviços das equipes de APS no sentido de, além de realizar efetivamente a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde, contribuir para planejar ações condizentes com a realidade a partir da análise da situação de saúde, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2010)

Costa et al., (2021) demonstra em seu estudo que a falta de integralidade entre VS e APS resume na falha de processo gerencial e organizacional da atividade que, apesar de relatos quanto ao levantamento de dados, não há uma utilização precisa dos fatos levantados, portanto, interferindo na tomada de decisões quanto à saúde da população, sendo essa não focalizada na problemática em si. Notando-se uma necessidade de aproximar conceitos e ações da Vigilância em Saúde para os profissionais das equipes de saúde da família de modo que isto desenvolva uma reflexão sobre as ações de saúde nos seus territórios e assim contribuam para que haja um planejamento e avaliação de suas ações, de modo que estes “fujam do automático” e possam estar cada vez mais voltados para suas necessidades.

Com o intuito de contextualizar o cargo de gerência, Motta (2004) refere-se a ele a arte de pensar, decidir e de agir, fazer acontecer e obter resultados numa interação humana constante, conferindo assim à função gerencial uma grande carga de ação intuitiva, ilógica, emocional e espontânea. Os gestores necessitam ter maior lateralidade do pensamento, ou seja, estar disposto a ampliar o olhar e a buscar conhecimentos sobre seus problemas cotidianos. O senso comum sobre a gerência recorre a habilidades mais complexas como capacidade analítica, de julgamento, decisão, liderança e disposição para enfrentar riscos, incertezas e bom senso, dentre outros, como suficientes para o exercício de um bom trabalho.

Para a investidura de um cargo, existe um processo de comparação entre os candidatos e suas características, que podemos denominar de competências, com as exigências que compõem a descrição do cargo em questão. Chiavenato (2004) define a

descrição de cargos como um processo que consiste em enumerar as tarefas ou atribuições que compõem um cargo e que o tornam distinto de todos os outros cargos existentes nas organizações. A descrição de cargos é o detalhamento das atribuições ou tarefas do cargo, a periodicidade da execução, os métodos empregados para a execução dessas tarefas, os objetivos do cargo.

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a atuação do gerente na unidade de saúde será estratégica e deverá ser exercida por profissional qualificado, com nível superior e preferencialmente com experiência em Atenção Primária. O profissional não pode ser integrante das equipes vinculadas às Unidades de Saúde da Família (USF) em que atua como gerente e deve cumprir carga horária de 40 horas semanais. Dentre as atribuições gerais que compõem o cargo, está a de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, a coordenação das ações no território e a integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços. A mesma, ainda estabelece que o gerente na USF deverá conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos dentro da unidade de saúde, incluindo o horário de atendimento aos cidadãos, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas. Além de também apoiar a articulação entre equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis (BRASIL, 2017).

É imprescindível que o gerente de UBS consiga desenvolver suas atribuições conforme descrito na PNAB, este profissional precisa ter competência para dar respostas a contratos e metas, entender de epidemiologia, a qualificar e interpretar indicadores de saúde, considerando que o gerente é, antes de tudo, um tomador de decisões, independentemente de seu nível hierárquico, ele necessita, portanto, de indicadores que permitam caracterizar um dado problema, compreender o contexto que o envolve e identificar os possíveis impactos das soluções propostas. Precisa estar atento a organização da Unidade Básica de Saúde, para que possa firmar um elo entre a comunidade daquele território e o sistema, ter boa comunicação com a sua equipe e dentre outras coisas, entender que ele está à frente do SUS, que tem princípios humanizadores (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Os serviços de saúde têm características e necessidades complexas que geram exigências diferenciadas em termos de organização e gestão. Para que o SUS seja adequadamente implementado, a gestão deve ser um tema sempre presente nas discussões de todas as esferas de governo, principalmente no nível local porque depende destas instâncias para a mudança do panorama nacional. O gestor necessita aliar conhecimentos, habilidades e experiências na gestão pública para conduzir a política de saúde pautada nos princípios e na legalidade do SUS. Tais qualidades requerem uma imersão formal nas atribuições que desenvolvem (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014).

Além disso, se sabe que a dificuldade de medir resultados, dentre outros, faz com que os serviços de saúde comportem muitos riscos e necessitem de qualidade, isto porque se sabe que o despreparo do gestor influencia diretamente o modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes envolvidas nos serviços podendo levar à ineficácia e ineficiência dos processos, expondo o serviço de saúde a fragilidades (HENRIQUE, 2017).

Diante de toda a contextualização teórica já realizada, este projeto de pesquisa busca, incentivar a integralidade dos serviços de APS e VS, assim como também evidenciar o protagonismo e a importância do gestor de UBS como profissional conhecedor e capaz de desenvolver suas atribuições com expertise, para colocar em prática o princípio da integralidade da atenção à nível local. A ideia é diminuir a distância e o pensamento de que fazer vigilância em saúde não é assistência e vice-versa, como se o processo de fazer gestão e orientar a elaboração de políticas públicas de saúde não implicasse ou tivesse relação com fazer assistência.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza básica com abordagem quantitativa do tipo descritiva, a mesma enquadra-se no modelo de delineamento denominado pesquisa de levantamento, recorte transversal e fundamentada em dados primários. Realizada com 34 gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), presentes em oito Territórios de Saúde do município de Palmas-TO, entre os meses de outubro e novembro de 2022.

Toda a rede de serviços municipal está organizada em Territórios de Saúde, na expectativa de promover uma maior interação entre profissionais, equipes e comunidade. Estes territórios receberam os nomes dos povos indígenas tradicionais: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararú.

A amostra foi determinada por totalidade. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário fechado, online. Criado na plataforma Google Forms, o link de acesso foi compartilhado via *Whatsapp,* um aplicativo de troca de mensagens e comunicação em áudio e vídeo pela internet, disponível para *smartphones Android e iOS*. O questionário foi Elaborado pela própria pesquisadora, baseando-se nos instrumentos de coletas de Henrique (2017), com 27 questões, dividido em duas partes, A e B, a parte A do questionário referiu-se à caracterização sociodemográfica, formação do gestor de Unidade Básica de Saúde e questões com relação a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde, já a parte B referiu-se ao desenvolvimento de algumas das atribuições do gestor de UBS, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Foram coletadas as seguintes variáveis referente à caracterização sociodemográfica, formação do gestor de Unidade Básica de Saúde e questões com relação a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde: idade (anos), sexo (masculino/feminino), cor/raça (branco, negro, pardo, amarelo e indígena), escolaridade (fundamental completo, médio completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação), cargo original, nome atribuído ao cargo que ocupa, forma de seleção para o cargo, tempo de serviço público como gestor, tempo na gestão da atual unidade, tempo de serviço público no município, se recebe gratificação pelo cargo de gestor, carga horária cumprida na unidade, quantos trabalhadores fazem parte da equipe, se fez ou está fazendo algum curso nas áreas de planejamento, organização e/ou gestão. Os gestores das Unidades Básicas de Saúde, foram indagados sobre serem capazes de apoiar ou não na integração das ações e serviços entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde, também foram questionados quanto aos principais desafios do gerente de Unidade Básica de Saúde, no que diz respeito a integração APS e VS, em que poderiam assinalar umas das opções: adoção de um território único, trabalho conjunto entre Agente Comunitário de Saúde (ACS) e agente de Combate às

Endemias (ACE), matriciamentos, sistemas de informação , devolutivas de informações coletadas pela VS ou Comunicação com sua equipe.

As atribuições gerenciais dispostas na Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAB), que corroboram com a integração dos serviços da APS e VS, foram verificadas por meio de escala nominal: não desenvolvido, pouco desenvolvido, médio desenvolvido e muito desenvolvido. No presente trabalho, foram consideradas as seguintes atribuições: a) Participar e orientar o processo de territorialização e diagnóstico situacional, o planejamento e a programação das ações das equipes, incluindo a organização da agenda das equipes; b) Contribuir para a implementação de políticas, estratégias e programas de saúde; c) Estimular e realizar ações de promoção de segurança no trabalho, incluindo identificação, notificação e resolução de problemas relacionados ao tema; d) Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Primária vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações e divulgando os resultados obtidos; e) Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando a melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria Unidade de Saúde da Família (USF) ou com parceiros.

Para análise dos dados foi utilizado o Software for Statistics and Data Science – STATA versão 14.0. Foram calculadas frequências absolutas e relativas (variáveis qualitativas), estatísticas-resumo, tais como mediana, e percentis (variáveis quantitativas) e realizado o teste de Qui-Quadrado, que possibilita comparações de frequências entre variáveis. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%.

A coleta de dados ocorreu com avaliação e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), com Parecer n° 5.602.680, conforme determinado pela Resolução nº. 466/2012 do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Obteve-se uma amostra de 29 respondentes, o que representou 85% dos gestores identificados, figura 1. De acordo com os dados apresentados na tabela 1, os cargos de gestão são ocupados, majoritariamente, por mulheres (93,10%), a média de idade de 45.86207 anos (dp = 8.188512) variando entre 31 e 59 anos, sendo que (62,07%) declararam-se pardos.

Em estudo semelhante, Coelho (2015) evidenciou-se que 59% eram do sexo feminino e em relação a faixa etária 75% dos gestores possuíam entre 31 e 50 anos. Em outro estudo encontrou-se, prevalentemente, o cargo de gestão ocupado por mulheres (69,6%), com idade variando entre 26 e 50 anos, com destaque para a faixa etária de 36 a 40 anos (30,4%), demonstrando uma maior maturidade profissional, (Do Nascimento Gomes, 2022). A predominância do sexo feminino é um dado frequente em outros estudos, visto que cada vez mais mulheres ocupam o mercado de trabalho e assumem o papel de chefe de família Silva (2019). Conforme o estudo de Machado et al. (2006), na área da saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total dos profissionais.

Quanto à escolaridade, verificou-se a presença de 3 (10,34%) gestores com ensino médio completo, 20 (68,97%) com ensino superior completo e 5 (17,24%) tinha pós-graduação, que vai de encontro ao estudo de Ohira; Cordoni Junior; Nunes (2014), que demonstra essa heterogeneidade com relação à formação acadêmica dos gestores de UBS. Em sua dissertação, problematiza a preparação desses profissionais para exercerem a função gerencial, colocando em dúvida o conhecimento e domínio sobre os princípios e diretrizes da política de saúde, por parte destes gestores (OHIRA RHF, 2012).

No que tange ao vínculo empregatício, em Palmas 28 (96, 55%) dos gestores de UBS são concursados, apenas 1 (3,45%) respondeu que não. Quando perguntados sobre o nome atribuído ao cargo que ocupa na UBS, 29 (100%) responderam que eram Coordenadores. Sobre o cargo original, 17 (58,62%) eram Auxiliares Administrativos. As demais profissões aparecem em menor número, com um Agente Comunitário, um Agente de Endemias, um Auxiliar de Serviços Gerais e três Coordenadores, com relação à última profissão, pode-se afirmar que os respondentes não tenham compreendido a pergunta. Para Lipreri (2019), a predominância de servidores públicos ocupando o cargo é considerado um ponto positivo para a gestão, pois possibilita um maior tempo de

permanência na função, além de normalmente ter experiência prévia como profissional atuante na Atenção Básica, possibilitando uma melhor atuação como gestor local.

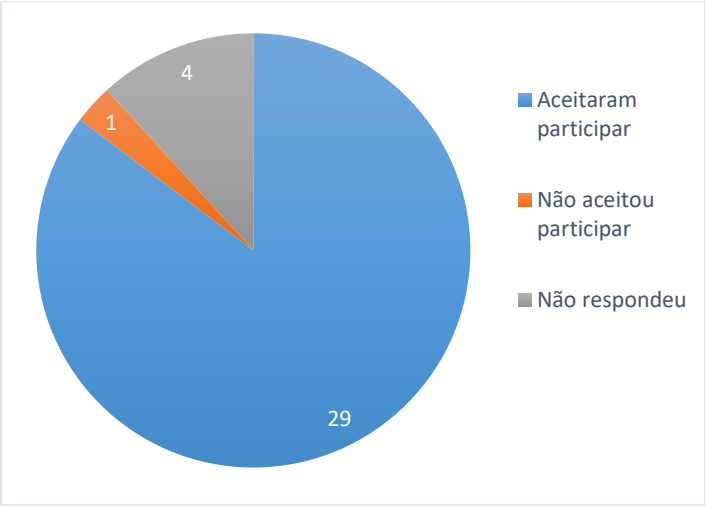
Com relação aos cargos originais, sendo estes caracterizados de nível médio, podemos afirmar que houve uma busca por qualificação destes profissionais, uma vez que 86,21% dos coordenadores afirmaram possuir ensino superior, além disso, 18 (62%) dos participantes da pesquisa revelaram ter entre 20 e 30 anos de serviço público no município, apenas 1 (3%) apresentou tempo menor que 5 anos. Tempo suficiente para conclusão de um curso de nível superior e de uma especialização. Conforme, Mezomo (2021), esta realidade pode justificar- se como uma necessidade genuína do mercado de trabalho, cada vez mais competitivo e seletivo, fazendo com que, cada dia, mais pessoas se aperfeiçoem e trabalhem mais a questão “qualidade.”

Acerca do tempo de serviço como gestor, 11 (38%) coordenadores apresentaram menos de 10 anos de atuação e 9 (31%) declararam ter menos que 2 anos. Em relação ao tempo de gestão na atual Unidade Básica de Saúde, obteve-se um número de profissionais 11 (38%) com tempo de atuação entre 6 e 10 ano na mesma UBS, mas também é possível notar um quantitativo próximo, de 10 (34%) coordenadores com tempo de gestão menor que 2 anos na atual unidade. Nota-se que, apesar de haver alguns coordenadores com um tempo maior de gestão na mesma unidade, existe também uma grande rotatividade dos mesmos, e essa situação pode afetar a qualidade do serviço ofertado, uma vez que o novo coordenador precisará formar vínculo com a nova equipe, fazer reconhecimento do novo território, se colocar a par de todas as questões administrativas e de vigilância em saúde da unidade, o que impacta diretamente na continuidade e nos resultados a serem alcançados localmente. Uma realidade descrita em outros trabalhos, como o de Henrique; Artmann; Lima (2020), que os gestores apresentam uma média de 3 anos no serviço público, com tempo mínimo de 3 meses e máximo de 14 anos como gestor e 0,7 anos na média, além de tempo mínimo de 3 meses e máximo de 6 anos como gestor da atual unidade.

Na presente pesquisa, com relação a receber ou não gratificação pelo cargo de coordenador, 28 (96,55%) afirmaram receber, somente 1 (3,45%) respondeu que não. Quanto à carga horária de trabalho, todos 29 (100%) informaram cumprir 40 horas semanais. Ao contrário do encontrado no estudo de Henrique; Artmann; Lima (2020), em

que 97% dos gestores não recebem nenhuma gratificação, sendo que apenas um gestor referiu receber uma gratificação no valor de R$500,00 do PMAQ-AB. Para André e Ciampone (2007), o gerenciamento é uma atividade complexa do gestor e exige um reconhecimento profissional e financeiro por parte da gestão municipal, relatando que a desvalorização de um cargo ou função de relevância social e complexidade técnica indica uma lógica loco regional de mercado que contradiz a lógica maior de remuneração do sistema, além de retirar do cenário uma fonte de motivação.

Gráfico – 1 Total amostral do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora. (2023).

Tabela - 1 Características sociodemográficas dos gestores de Unidade Básica de Saúde do município de Palmas-TO.

VARIÁVEIS		**N**	**%**
Sexo	Feminino	27	93.10%
	Masculino	2	6.90%
Faixa etária	31 a 40 a	9	31%
	41 a 50 a	12	41%
	51 a 60 a	7	24%
	>60	1	3%
Raça/cor	Branco	7	24.4%
	Pardo	18	62.07%
	Preto	4	13.79%
Escolaridade	Médio completo	3	10.34%
	Superior incompleto	1	3.45%
	Superior completo	20	68.97%

	Pós-graduação	5	17.24%
Concursado	Sim	28	96.55%
	Não	1	3.45%
Nome atribuído ao cargo que ocupa	Coordenador	29	100%
Cargo original	Agente comunitário de saúde	1	3.45%
	Agente de endemias	1	3.45%
	Assistente administrativo	17	58.62%
	Auxiliar de serviço gerais	1	3.45%
	Coordenador	3	10.34%
	Técnico de enfermagem	6	20.69%
Tempo de serviço público no município	<5 anos a	1	3%
	6 a 10 anos a	7	24%
	11 a 20 anos a	3	10%
	20 a 30 anos a	18	62%
Tempo de Serviço como gestor	< 2 anos a	9	31%
	3 a 5 anos a	1	3%
	6 a 10 anos a	8	28%
	>10 anos a	11	38%
Tempo na gestão da atual UBS	< 2 anos a	10	34%
	3 a 5 anos a	4	14%
	6 a 10 anos a	11	38%
	>10 anos a	4	14%
Gratificação pelo cargo	Sim	28	96.55%
	Não	1	3.45%
Jornada de trabalho na unidade	40 horas	28	100%

Fonte: Elaborado pela autora. (2023).

Dos gestores, que participaram desta pesquisa, um pouco mais da metade 17 (58,62%) já fizeram ou estão fazendo algum curso na área de planejamento, organização e/ou gestão; este resultado coincide com outro estudo realizado no Distrito Federal, em que (52,2%) dos respondentes realizou curso na área de gestão. Outro estudo realizado no Estado do Amazonas, evidenciou-se carência de aperfeiçoamento profissional, já que a maioria dos entrevistados (60,0%) não tinham feito cursos que oferecessem suporte ao desempenho das tarefas de gestão. A qualificação profissional tem o potencial de ser transformadora para a atuação do gestor no serviço e possibilita a compreensão da conexão entre a assistência à saúde, processos de gestão e vigilância em saúde. (VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010; DO NASCIMENTO GOMES et al, 2022).

Na intenção de conhecer a competência dos gestores com relação à integração entre Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde, estes foram questionados se eram capazes de apoiar na integração das ações e serviços entre a APS e VS, 29 (100%) dos então coordenadores, responderam que sim, sendo esta uma afirmação positiva,

mesmo se tratando de uma pergunta fechada, pode-se inferir que estes compreendam as competências que os possibilitem liderar, agregar valor e aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência da UBS, executando diagnóstico situacional, sendo este o ponto de partida para a efetividade das ações e serviços de saúde que correspondam com as reais necessidades de uma população em um território, potencializando habilidades de sua equipe e unindo esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, com ênfase na integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária à saúde (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007; LIPRERI, 2019).

Dentre as opções dispostas no questionário, quanto aos principais desafios do gestor de Unidade Básica de Saúde, no que diz respeito à integração da APS e VS, 10 (34,48%) assinalaram o trabalho conjunto entre agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate às endemias (ACE), os demais desafios aparecem bem divididos e com percentuais menores, como descritos na tabela 2.

Desde 2002, o Ministério da Saúde (MS) tem publicizado materiais e portarias visando promover a integração entre a Atenção Básica (AB) e a Vigilância em Saúde, destacando sempre a importância de ações conjuntas dos ACE com os ACS. Com o objetivo de fortalecer as ações de VS junto a AB, o MS define a regulamentação da incorporação do ACE na Atenção Primária à Saúde (APS), a partir da Portaria n.º 1.007 de 2010. Em 2016, a partir da Portaria n.º 11.350 de 2006, houve a regulamentação das ocupações de ACS e ACE e suas atribuições definidas, sofrendo reformulação pela Lei n.º 13.595 de 2018, que propõe o estímulo das ações integradas entre AB e VS, especificando as atribuições comuns por esses dois atores na comunidade (ALMEIDA; CAVALCANTE; DE MIRANDA, 2020).

Mesmo com todos os incentivos e publicações vigentes, o trabalho conjunto do ACE e ACS, ainda pode ser um desafio, como constatado pelo gestores de UBS de Palmas, sendo possível inferir que esta dificuldade, esteja associada a reorganização dos processos de trabalho, integração de um território vivo, definição de papéis e responsabilidades dos agentes, como retratado no estudo de Libanio, Favoreto, Pinheiro (2014) que ainda encontra dificuldades, quanto à inserção desses dois profissionais,

destacando diferentes concepções que orientam a formação, as atribuições e o processo de trabalho do ACE e ACS no campo da saúde.

Contudo, Libanio, Favoreto, Pinheiro (2014), conclui que dentre todos os desafios, é mensurável o impacto nos indicadores, promovido pela integração das ações entre estes profissionais, cita ainda que os gestores e profissionais necessitam manter diálogo constante e um processo de educação permanente para enfrentar os desafios de uma integração. Para Almeida, Cavalcante, Miranda (2020) e Pessoa et al (2016), sem o uso de ferramentas essenciais, como planejamento e programação, bem como monitoramento e avaliação sistemática, que devem ocorrer entre os gestores dos serviços AB e VS, o trabalho dos agentes que ao invés de acrescentar e promover articulação intersetorial e multiprofissional, pode se limitar às suas atuações e atribuições individuais. Para Oliveira et al (2016), a qualificação permanente dos profissionais ACE e ACS, bem como da equipe gestora, é fundamental para que o processo de trabalho seja reorganizado objetivando descentralizar as ações de vigilância em saúde para a AB.

Tabela - 2 Questões relacionadas à gestão e a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde.

VARIÁVEIS		**N**	**%**
Já fez ou está fazendo algum curso nas áreas de planejamento, organização e/ou gestão?	Sim	17	58.62%
	Não	12	41.38%
O gestor da Unidade Básica de Saúde consegue apoiar na integração das ações e serviços entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde?	Sim	29	100%
Quais os principais desafios do gerente de Unidade Básica de Saúde, no que diz respeito a integração Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde?	Comunicação com sua equipe	4	13.79%
	Devolutivas de informações coletadas pela vigilância em saúde	4	13.79%
	Matriciamento	6	20.69%
	Sistemas de informação	5	17.24%
	Trabalho conjunto entre agente comunitário de saúde (ACS) e agente de combate às endemias (ACE)	10	34.48%

Fonte: Elaborado pela autora. (2023).

De acordo com a escala nominal, estabelecida na presente pesquisa, a fim de verificar o conhecimento do gestor quanto ao desenvolvimento de algumas das atribuições gerenciais dispostas PNAB, que corroboram com a integração da APS e VS, identificou-se, a partir, de associação de relevância estatística significativa ($p<0.05$), que aqueles gestores com ensino superior completo ou pós-gradução 18 (72%), tiveram maior percentual de resposta “Muito Desenvolvida”, sendo possível afirmar que quanto maior o nível de escolaridade do coordenador de UBS, melhor será a sua performance no desenvolvimento gerencial. Para Coelho (2015), uma unidade de saúde exige uma administração profissional capaz de lhe garantir organização, recursos humanos competentes, equipamentos e materiais que possibilitem qualidade na prestação dos serviços e custos adequados, especialmente na área pública e na rede conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela – 3 Relação de frequência entre variáveis: escolaridade e atribuição gerencial.

Legenda Frequência % Linha % Coluna	Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Primária vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações e divulgando os resultados obtidos.			
Escolaridade	Muito Desenvolvido	Médio Desenvolvido	Pouco Desenvolvido	Total
Médio Completo	3	0	0	3
	100.00	0.00	0.00	100.00
	14.29	0.00	0.00	10.34
Superior e Pós	18	5	2	25
	72.00	20.00	8.00	100.00
	85.71	100.00	66.67	86.21
Superior Incompleto	0	0	1	1
	0.00	0.00	100	100.00
	0.00	0.00	33.33	3.45
Total	21	5	3	29
	72.41	17.24	10.34	100.00
	100.00	100.00	100.00	100.00
P= 0.040				

Fonte: Elaborado pela autora. (2023).

Ainda com o objetivo de validar a relevância da qualificação para a atuação do gestor de UBS, observou-se a partir da comparação de frequências entre variáveis, que os gestores que afirmaram já ter feito ou está fazendo algum curso na área da gestão,

também tiveram maior percentual de resposta “Muito Desenvolvida”, com relação ao desenvolvimento da atribuição “Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Primária vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações e divulgando os resultados obtidos”, mostrando-se ser uma evidência altamente significativa ($p<0.05$), atestando que, gestores que cursaram ou estão cursando algum curso na área da gestão, tem mais chances de desenvolver melhor suas atribuições e consequentemente incentivar e contribuir com a integração entre a APS e VS. No estudo do Distrito Federal, Do Nascimento Gomes et al (2022), confirma a importância do profissional de saúde, que tem interesse em dedicar-se à gestão, realizar cursos voltados para área que os instrumentalize para compreender a utilidade dos instrumentos de gestão e as potencialidades de cada um deles, uma vez que o mesmo identificou uma diferença na apropriação dos instrumentos de gestão por parte dos gestores que fizeram capacitações na área. Relata também, que os profissionais estão buscando qualificação, mas que ainda precisam de incentivo, a partir da oferta de cursos de capacitação na área de gestão em saúde, pois identificou em sua pesquisa a presença recorrente de limitações estruturais com relação a Secretária de Estado de Saúde (SES-DF).

Tabela – 4 Relação de frequência entre variáveis: Curso na área da gestão e atribuição gerencial.

Legenda Frequência % Linha % Coluna	Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Primária vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações e divulgando os resultados obtidos.			
Já fez ou está fazendo algum curso na área de gestão?	Muito Desenvolvido	Médio Desenvolvido	Pouco Desenvolvido	Total
Não	5 41.67 23.81	4 33.33 80.00	3 25.00 100.00	12 100 10.38
Sim	16 92.12 76.19	1 5.88 20.00	0 0.00 0.00	25 100 58.62
Total	21 72.41 100.00	5 17.24 100.00	3 10.34 100.00	29 100.00 100.00
		P= 0.007		

Fonte: Elaborado pela autora. (2023).

Considerações finais

Este estudo permitiu descrever e identificar a coerência das características do profissional gestor de UBS, a respeito do seu conhecimento e qualificação, quanto à gestão, relacionando-as à maior habilidade de desenvolver suas atribuições gerenciais e contribuir com a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde.

O cenário muitas vezes não será o ideal e este, influencia fortemente o desempenho gerencial, contudo ele é ao mesmo tempo influenciado pela atuação do coordenador. Fica evidente nesta pesquisa, a busca por qualificação e a importância dela para o melhor desenvolvimento das atribuições de um gestor de unidade básica de saúde.

É imprescindível destacar o papel de protagonista deste profissional, na integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde, uma vez que o coordenador é o único a circular entre a comunidade, os profissionais, e a Secretaria de saúde, tornando-se uma peça estratégica e fundamental para o fortalecimento dessa integração.

A vista disso, e a fim de favorecer e potencializar a atuação desses gestores, o estudo sugere-se:

- Descrever de forma detalhada as atribuições dos gestores de UBS, bem como o perfil desejado com base no modelo de gestão local e na Política Nacional de Atenção Básica, visando a integração entre APS e VS;
- Desenvolver ofertas de cursos de especialização e capacitação voltados para o desenvolvimento das competências necessárias aos gestores de UBSs, considerando o modelo de gestão local;
- Realização de curso introdutório para os novos coordenadores semestralmente (ou sempre que houver mudança no quadro de gestores);
- Avaliar ainda a necessidade da criação de uma equipe resolutiva de apoio interno da secretaria municipal de saúde, às quais os gestores da UBSs estão subordinados, para que, na resolução dos casos concretos encontrados nos serviços, possam promover educação continuada, reflexão e ampliação do

conjunto de competências dos gestores das UBSs;

- Promover e divulgar cursos e especializações ofertadas pelo Ministério da Saúde e outras instituições públicas locais, na área de gestão em saúde, através do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

O estudo possui limitações por se tratar de um questionário fechado, online, dependendo da compreensão e interpretação individual de cada gestor que participou da pesquisa. Ainda assim, considera-se que a pesquisa apresentada disponibiliza informações relevantes para a atuação do coordenador de unidade básicas de saúde e para a gestão municipal. Dessa forma, aconselha-se mais estudos sobre essa temática, com o intuito de estimular e reconhecer o trabalho do coordenador de UBS como uma importante estratégia de integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à saúde.

Referências

ALMEIDA, Wêslley Natam Martins; CAVALCANTE, Luísa Macedo; DE MIRANDA, Tarsila Karla Santana. Educação permanente como ferramenta de integração entre agentes de saúde e de endemias. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** , v. 33, p. 1-7, 2020.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 835-840, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde:** volume único [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços.-. 2019.

BRASIL. Lei Nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União; Brasília, DF, 17 abr 2018. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacaooriginal-154714-pl.html. Acesso em: 10 jan.2023.

BRASIL. Portaria 1.007, de 4 de maio de 2010. Regulamenta a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, de 14 de maio de 2010. Diário Oficial da União; Brasília, DF, 04 maio. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html#:~:text=Define%20crit%C3%A9rios%20para%20regulamentar%20a,equipes%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia. Acesso em: 10 jan.2023.

BRASIL. Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União; Brasília, DF, 06 out 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 10 jan.2023.

CHIAVENATO, IDALBERTO. Recursos Humanos.7. ed. São Paulo: Atlas, 2004a.

COELHO, Emanuelly Souza et al. Perfil dos gestores de unidades básicas de saúde em São Luís-MA. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 7, n. 1, p. 47-57, 2015.

COSTA, Ilka Lorena de Oliveira Farias et al. Vigilância em Saúde & planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, pág. e60010616275, 2021.

DO NASCIMENTO GOMES, Ana Paula Lima et al. Perfil dos gestores da atenção primária em saúde, desafios e oportunidades. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 33, n. 01, 2022.

FRANCO NETTO, Guilherme e cols. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3137-3148, 2017.

HENRIQUE, Flávia et al. Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde. 2017.

HENRIQUE, Flávia; ARTMANN, Elizabeth; LIMA, Juliano de Carvalho. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 36-47, 2020.

LIBANIO, Keyla Roberta; FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; PINHEIRO, Roseni. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 147-163, 2014.

LIMA, Keler Wertz Schender de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 61-71, 2015.

LIPRERI, Eliane. Perfil, formação e atuação dos gerentes de unidades básicas de saúde de Caxias do Sul–RS. 2019.

MACHADO, M.H; WERMELINGER, M; TAVARES, M.F.L; MOYSÉS, N.M.N; TEIXEIRA, M; OLIVEIRA, E.S. Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde**; 2006.

MEZOMO, J. C. Gestão da qualidade na saúde. Princípios básicos. São Paulo: 2001.
MOTTA, Paulo Roberto. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 15a ed. Rio de Janeiro: **Record**; 2004.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. DE F. P. D. A. Perfil dos gerentes de atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 393-400, fev. 2014.

OHIRA, REGINA HITOMI FUKUDA. **Caracterização dos gerentes e práticas gerenciais na atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte da região Norte do Paraná**. 2012. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

OLIVEIRA, Stefan Vilges de et al. Avaliação dos conhecimentos e atitudes de prevenção sobre a febre maculosa entre profissionais de saúde no Brasil. **J. Health Biol. Sci.(Online)**, p. 152-159, 2016.

PEITER, Caroline Cechinel; CAMINHA, Maria Eduarda Pereira; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. **Espaç. saúde (Online)**, p. 165-173, 2017.

PERTILE, Karina Cenci et al. O uso de ferramentas no processo de formação de gerentes de Unidades Básicas de Saúde: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 117-128, 2020.

PESSOA, João Paulo de Morais et al. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2329-2338, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS/TO, Portaria SEMUS No 518/2016, Institui a RAVS/Palmas, Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas, TO. 2016: Palmas,TO.

SILVA, A. C. M. As Práticas de Gestão nas Unidades Básicas de Saúde do Município do Rio de Janeiro. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2019.

VIANNA, A. V. D. G. et al. Manual para os novos gestores municipais (2021-2024) referente à Atenção Básica. Porto Alegre: [s.n.]. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inic. Acesso em: 12/12/2022.

VIEIRA, Janete Maria Rebelo; GARNELO, Luíza; HORTALE, Virginia Alonso. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 852-865, 2010.

A COMPLETUDE DAS NOTIFICAÇÕES DE COVID-19 EM PALMAS/TO NA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA COM MAIOR INCIDÊNCIA DE CASOS CONFIRMADOS

THE COMPLETENESS OF COVID-19 NOTIFICATIONS IN PALMAS/TO IN THE EPIDEMIOLOGICAL WEEK WITH THE HIGHEST INCIDENCE OF CONFIRMED CASES

Ingrid Xavier Rodrigues*
Ladislau Ribeiro do Nascimento*
Lúcia Helena Almeida Gratão*

Resumo *Tendo em vista o panorama pandêmico promovido pela chegada do novo coronavírus, Sars-Cov-2, e as repercussões acerca do elevado número de casos observados, este estudo teve como objetivo avaliar a completude das fichas de notificação de Covid-19 na semana epidemiológica com maior número de casos desde o início da Pandemia no Município de Palmas/TO e discutiu as implicações desta no processo de vigilância epidemiológica do Município.* Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo, cujos dados foram extraídos através *da plataforma municipal NotificaSUS. Foram analisadas variáveis campo-chave, obrigatórias e essenciais para a vigilância do agravo. Das 68 variáveis analisadas, 77,9% alcançaram o indicador de qualidade 'Excelente', 2,9% atingiram o parâmetro 'Bom', 2,9% 'Regular', 14,7% 'Ruim' e 1,5% 'Muito Ruim", conforme qualidade de completude proposto por Romero e Cunha. A má qualidade no preenchimento destas notificações pode comprometer o processo de vigilância epidemiológica do Município, repercutindo na tomada de decisões em tempo oportuno, bem como na atuação da rede, portanto sua identificação torna-se essencial na rede de saúde.*

Descritores: *Notificações de doença; coronavírus; epidemiologia; vigilância; sistema de informação*

Abstract *In view of the pandemic panorama promoted by the arrival of the new coronavirus, Sars-Cov-2, and the repercussions on the high number of cases observed, this study aimed to evaluate the completeness of the Covid-19 notification forms in the epidemiological week with highest number of cases since the beginning of the Pandemic in the Municipality of Palmas/TO and discussed the implications of this in the epidemiological surveillance process of the Municipality. This is a cross-sectional, descriptive, retrospective and quantitative study, whose data were extracted through the NotificaSUS municipal platform. Key field variables, mandatory and essential for disease surveillance were analyzed. Of the 68 variables analyzed, 77.9% reached the 'Excellent' quality indicator, 2.9% reached the 'Good' parameter, 2.9% 'Regular', 14.7% 'Bad' and 1.5% ' Very Bad", according to the quality of completeness proposed by Romero and Cunha. The poor quality in filling out these notifications can compromise the epidemiological surveillance process of the Municipality, affecting decision-making in a timely manner, as well as the performance of the network, therefore its identification becomes essential in the health network.*

Key Word*: Disease notifications; coronavirus; epidemiology; surveillance; Information system.*

Introdução

No final do ano de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi notificada da existência de um conjunto de casos similares a uma possível pneumonia, embora de etiologia desconhecida na época [1], na cidade de Wuhan, província de Hubei na China. De forma alarmante e em um curto espaço de tempo, a doença que posteriormente em fevereiro de 2020 recebeu sua nomenclatura oficial, com a denominação do vírus por coronavírus-2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) e intitulada doença do Coronavírus 2019 (Covid-19), já atingia grande parte dos Países em torno do Mundo [2,28].

Em decorrência da forte disseminação do vírus, em janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), dessa forma podendo representar um risco de saúde pública para outros países diante seu grau de disseminação e assim requerendo resposta internacional, coordenada e imediata [2,28]. Posteriormente, em março de 2020, foi decretado pela mesma, estado de Pandemia pela COVID-19, considerando que esta se revelava através de disseminação mundial, ou seja, considerando a existência do surto em vários Países e regiões do mundo.

Em função deste cenário, a OMS decretou que todos os casos suspeitos para COVID-19 necessitam, obrigatoriamente, serem notificados em até 24 horas, por enquadrarem nos critérios para notificação compulsória [3]. Cabe salientar que o dispositivo de notificação representa um importante instrumento de vigilância epidemiológica, ao passo que permite gerar em tempo mais oportuno medidas de prevenção efetivas.

A partir desta nova realidade até o momento de vigência deste estudo, no Estado do Tocantins foram notificados durante o período pandêmico 942.796 para doença do novo Covid-19. Desta totalidade de casos, Palmas assume o papel de maior notificador do agravo

no Estado, registrando o total de 328.884 notificações para Covid-19, sendo 73.325 casos confirmados e 731 óbitos [4,5].

As notificações criadas durante este processo assumem papel primordial neste combate; sendo que o preenchimento oportuno e de qualidade dessas notificações determina um importante instrumento no processo de vigilância, bem como da atuação da rede de Saúde. “O mau preenchimento das fichas de notificação favorece a geração de dados deficientes e não confiáveis, o que contribui para o desconhecimento do processo de saúde-doença” [6].

Esta realidade reflete como as informações trazidas pelos sistemas de notificação precisam traduzir a maior quantidade de informações necessárias/ essenciais para o acompanhamento do agravo. O preenchimento adequado destas fichas permite monitorar a dinâmica da doença e definir suas prioridades de ação e intervenção [7]. “Por meio de sistemas que forneçam informações fidedignas, é possível descrever os aspectos epidemiológicos, além de monitorar e avaliar o desempenho de programas de saúde e gerenciamento de serviços, oferta de serviços assistenciais vinculados a agravos de importância em saúde pública" [8]

Compreende-se que a pandemia do novo coronavírus tornou-se uma ameaça à saúde pública em nível mundial, o que culminou em uma crise sanitária e econômica de grande extensão, exigindo uma reorganização dos processos de trabalho e metodologias para acesso aos dados. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo identificar como ocorreu o preenchimento deste instrumento, procurando analisar a completude e qualidade dos dados do Banco de dados disponibilizados através do NotificaSUS , no Município de Palmas-TO, durante a semana epidemiológica com maior quantitativo de casos confirmados registrados durante a Pandemia.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo[9]. Foram considerados os casos notificados para COVID-19, residentes do território de Palmas-TO, correspondente a quinta semana epidemiológica do ano de 2022 (06/02/2022 A 12/02/2022), tempo este em que os casos de COVID-19 já integram a lista de doenças e agravos de notificação compulsória universal.

A escolha por tal período justifica-se pela semana representar o maior quantitativo de casos de Covid-19 registrados durante o período pandêmico no Município e o interesse dos pesquisadores em compreender como as instituições notificadoras corresponderam a tal. Somado a isto, considera-se a existência de muitas variações de resposta em determinados selecionados, o que acarretou na primeira parte da análise de dados, que a mesma ocorresse de forma manual.

Palmas, capital do Estado do Tocantins, está localizada na região norte do Brasil, a cidade representa o título de capital mais jovem do País, apresentando a segunda melhor taxa de crescimento populacional entre as capitais [10]. Segundo o censo demográfico de 2021 sua população estimada é de 313.349 habitantes e conta com uma rede de saúde disposta de 33 unidades básicas de saúde, 3 unidades públicas de pronto atendimento, Hospitais públicos e privados, laboratórios, farmácias, drogarias entre outras instituições de saúde, sendo todas as citadas durante este trabalho habilitadas para notificarem casos de Covid-19 no Município.

O banco de dados utilizado durante a pesquisa é uma ferramenta particular do Município, o NotificaSUS. O sistema anteriormente, quando construído, foi denominado de DTCAT – Desenvolvimento tecnológico no apoio ao controle dos agravos transmissíveis; e, permanece sendo compartilhado em tempo real com toda a rede. Esse desenvolvimento permitiu o registro e consulta de notificações, consultas ambulatoriais, relatórios, mapas epidemiológicos de pacientes afetados por agravos infectocontagiosos [11].

Foram selecionadas para esta análise, as variáveis com campos chave, campos obrigatórios e campos essenciais da ficha de notificação de Covid-19. Os campos-chave correspondem a identificadores de registro no sistema, campo obrigatório determina a existência/investigação da notificação, o campo essencial registra dados importantes de serem analisados na investigação do agravo [12]

Foram considerados neste estudo as variáveis a seguir:

1. Dados Gerais: Número da Notificação; Agravo; Nome da Unidade; Data da investigação; Data do diagnóstico e Município da Notificação.
2. Notificação Individual: Cartão SUS; CPF; Nome do paciente; Nome da mãe; Data de nascimento; Sexo; Gestante; Raça/Cor e Escolaridade
3. Dados de Residência: Bairro; Logradouro; Zona; Telefone; É profissional de Saúde? e É estudante?
4. Antecedentes Epidemiológicos: Febre; Dificuldade de respirar; Batimento da Asa do Nariz; Tiragem intercostal; Cianose; Saturação O2<95%; Coma; Tosse; Produção de escarro; Congestão nasal ou Conjuntival; Coriza; Dor na garganta; Dificuldade para engolir; diarreia; Náuseas/Vômitos; Cefaleia; Irritabilidade/Confusão; Adinamia (Fraqueza); Exsudado faríngeo; Conjuntivite; Convulsão; Perda do paladar; Perda do olfato; Dor nos olhos; Dor nas costas.
5. Comorbidade/Fatores de Risco: Doença Pulmonar Crônica; Doença Cardiovascular Crônica, incluindo hipertensão; Doença Renal Crônica; Doença Hepática Crônica; Diabetes Mellitus; Imunodeficiência; Infecção pelo HIV; Neoplasia (Tumor Sólido ou Hematológico); Tabagismo; Doença Neurológica Crônica ou neuromuscular; Neoplasias; Tuberculose; Obesidade e Cirurgia Bariátrica.
6. Dados Laboratoriais: Amostra para RT-PCR; Teste Rápido para Covid-19; Sorologia para Covid-19; Tomou vacina? e Dose da vacina.

7. Conclusão: Classificação Final; Critério de Confirmação; Evolução do Caso e Data do Encerramento.

Foram consideradas durante a análise os casos confirmados, suspeitos e descartados, em virtude da variável obrigatória “Classificação final” representar um importante dado para análise do presente estudo.

A completude das variáveis será definida pelo preenchimento dos respectivos campos de informações. Serão consideradas como incompletude os campos, que detém respostas como “Suspeito”, “Não encontrado”, “Zero”, “Inexistente”, “Ignorado”, “Em análise” entre outras variações observadas que remetem ao não preenchimento do campo [12].

A qualidade da completude das variáveis analisadas foi definida de acordo as classificações propostas por Romero DE, Cunha 2006: excelente (incompletude <5%); bom (incompletude de 5% a 10%); regular (incompletude de 10% a 20%); ruim (completude de 20 a 40%); muito ruim (incompletude <50%)[13].

Para estratificação dados e construção das tabelas foi utilizado o programa Microsoft Excel a fim de redimensionar, avaliar e unificar os dados em sua fonte primária, este etapa contou com uma análise manual de todos os registros encontrados, em virtude de algumas variáveis possuírem espaço para livre digitação, fato este que permite que o notificador preencha com informações diversas. A partir dessa etapa, todas as variações de respostas foram redimensionadas em ‘Sim’ para preenchido e ‘Não’ para não preenchido. Na segunda parte da análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Software For Data Science (Stata) para dimensionar a frequência absoluta e percentual da completude e incompletude dos dados obtidos.

No que tange os aspectos éticos, toda a pesquisa foi desenvolvida conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO.

Resultados

A análise das notificações de Covid-19, no período compreendido da semana epidemiológica com maior quantitativo de casos confirmados durante a Pandemia, permitiu identificar a ocorrência de 9.227 casos notificados via sistema NotificaSUS que atendessem aos critérios pré-estabelecidos.

Na tabela 1 foram apresentados o percentual de preenchimento das variáveis relacionadas ao campo: Dados Gerais, Notificação Individual e Dados de Residência. Dentre as 21 variáveis analisadas neste bloco, 15 corresponderam ao critério de qualidade 'Excelente', apresentando nível de incompletude inferior a 5%; uma corresponde ao parâmetro 'Bom' , observado no percentual de incompletude da variável "*Gestante*" (8,1%); uma correspondente a 'Regular' com a variável "*É profissional da saúde*?" (17,80%); três correspondentes a "Ruim" sendo as variáveis '*Escolaridade*' (39,5%), '*Bairro*' (30,10%) e '*Logradouro' (*39,10%); e uma classificado como 'Muito Ruim' com a variável 'Raça/Cor' (76,60%).

Tabela 1 - Completude das variáveis obrigatórias e essenciais (Campo: Dados Gerais, Notificação Individual e Dados de Residência) da Ficha Individual de Notificação de Covid-19 na base de dados do NotificaSUS, no semana epidemiológica com maior número de casos confirmados registrados, Palmas, TO.

Variáveis	Classificação	Preenchimento		Qualidade*
		Completude (%) (n = 9.227)	Incompletude (%) (n = 9.227)	
Dados Gerais				
Nome da Unidade	Campo-Chave	100,00%	0,00%	Excelente
Data da Notificação	Campo-Chave	100,00%	0,00%	Excelente
Data do Diagnóstico	Campo-Chave	100,00%	0,00%	Excelente
Número da Notificação	Campo-Chave	100,00%	0,00%	Excelente
Agravo	Campo-Chave	100,00%	0,00%	Excelente
Município da Notificação	Campo-Chave	100,00%	0,00%	Excelente

Notificação Individual				
Cartão do SUS	Obrigatória	97,80%	2,20%	Excelente
CPF	Obrigatória	96,80%	3,20%	Excelente
Nome do Paciente	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Nome da Mãe	Obrigatória	99,90%	0,10%	Excelente
Data do Nascimento	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Sexo	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Gestante	Obrigatória	91,90%	8,10%	Bom
Raça/Cor	Obrigatória	23,40%	76,60%	Muito Ruim
Escolaridade	Obrigatória	60,50%	39,50%	Ruim
Dados de residência				
Bairro	Obrigatória	69,90%	30,10%	Ruim
Logradouro	Obrigatória	60,90%	39,10%	Ruim
Zona	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Telefone	Obrigatória	95,60%	4,40%	Excelente
E profissional de saúde ?	Obrigatória	82,20%	17,80%	Regular
E estudante ?	Essencial	100,00%	0,00%	Excelente

Fonte: Autores (2022).

Na tabela 2 apresenta-se o percentual de preenchimento das variáveis relacionadas aos Antecedentes Epidemiológicos e Comorbidades/Fatores de risco. Neste bloco, todas as 38 variáveis analisadas corresponderam ao critério de qualidade de preenchimento ‘Excelente’. Cabe salientar que esta variável, diferente de outras dispostas na ficha de notificação, conta com apenas três opções para preenchimento, sendo estes ‘sim’, ‘não’ ou ‘ignorado’.

Embora todas as variáveis dispostas neste bloco correspondam ao critério de obrigatórias e tenham atingido a classificação de preenchimento ‘Excelente” foram observados pequenos índices (> 0,04%) correspondentes ao não preenchimento das mesmas; sendo elas referentes aos Antecedentes Epidemiológicos: “*Coma*’, ‘*Produção de escarr*o’, ‘*Coriza*’ e Comorbidades/Fator de risco: ‘*Doença Pulmonar Crônica*’, ‘*Doença Cardiovascular Crônica, incluindo hipertensão*’, ‘*Doença Hepática Crônica*’, ‘*Neoplasia (Tumor Sólido ou Hematológico)’*, ‘*Neoplasias’ e ‘Tuberculose*’.

Tabela 2 - Completude das variáveis obrigatórias e essenciais (Campo: Antecedentes Epidemiológicos e Comorbidades/Fatores de Risco) da Ficha Individual de Notificação de Covid-19 na base de dados do NotificaSUS, no semana epidemiológica com maior número de casos confirmados registrados, Palmas, TO.

Variáveis	Classificação	Preenchimento		Qualidade*
		Completude (%) (n = 9.227)	Incompletude (%) (n = 9.227)	
Antecedentes Epidemiológicos				
Febre	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Dificuldade de respirar	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Batimento da asa do nariz	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Tiragem intercostal	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Cianose	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Saturação O2<95%	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Coma	Obrigatória	99,98%	0,00%	Excelente
Tosse	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Produção de escarro	Obrigatória	99,99%	0,01%	Excelente
Congestão nasal ou conjutival	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Coriza	Obrigatória	99,99%	0,01%	Excelente
Dor na garganta	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Dificuldade de engolir	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Diarreia	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Náuseas/Vômitos	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Cefaleia	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Irritabilidade/Confusão	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Adinamia	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Exsudado faríngeo	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Conjuntivite	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Convulsão	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Perda do paladar	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Perda do olfato	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Dor nos olhos	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Dor nas costas	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Comorbidade/Fator de risco				
Doença Pulmonar Crônica	Obrigatória	99,96%	0,04%	Excelente
Doença Cardiovascular Crônica, incluindo hipertensão	Obrigatória	99,99%	0,01%	Excelente
Doença Hepática Crônica	Obrigatória	99,97%	0,03%	Excelente
Diabetes Mellitus	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Imunodeficiência	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Infecção pelo HIV	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente

Neoplasia (tumor sólido ou hematologico)	Obrigatória	99,97%	0,03%	Excelente
Tabagismo	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Doença Neurológica Crônica ou Neuromuscular	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Neoplasias	Obrigatória	99,97%	0,03%	Excelente
Tuberculose	Obrigatória	99,99%	0,01%	Excelente
Obesidade	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente
Cirurgia Bariátrica	Obrigatória	100,00%	0,00%	Excelente

Fonte: Autores (2022).

Na tabela 3 foram apresentados o percentual de preenchimento das variáveis relacionadas ao campo: Dados Laboratoriais e Conclusão. O bloco analisado foi o único a não atingir em nenhuma das variáveis o parâmetro de avaliação da completude 'Excelente'. Dentre as nove variáveis analisadas neste bloco, uma correspondeu ao critério de qualidade 'Bom', observado no percentual de incompletude da variável "*Coletou amostra para Teste Rápido*" (9,70%); uma correspondente a 'Regular', através da variável "*Coletou amostra para RT PCR*?" (18,40%); e sete correspondentes a classificação "Ruim", sendo as variáveis '*Coletou amostra para Sorologia*' (21,60%), *'Classificação Final'* (23,4%) 'evolução' (29,2%), '*Tomou Vacina*' (33,3%), *'Critério de Confirmação'* (35,6%), *'Data do Encerramento'* (44,7%) e '*Dose da Vacina*' (46,7%).

Tabela 3 - Completude das variáveis obrigatórias e essenciais (Campo: Dados Laboratoriais e Conclusão) da Ficha Individual de Notificação de Covid-19 na base de dados do NotificaSUS, no semana epidemiológica com maior número de casos confirmados registrados, Palmas, TO.

Variáveis	**Classificação**	**Preenchimento**		**Qualidade***
		Completude (%) (n = 9.227)	**Incompletude (%) (n = 9.227)**	
Dados Laboratoriais				
Coletou amostra para RT PCR	Obrigatória	81,60%	18,40%	Regular
Coletou amostra para Sorologia	Obrigatória	78,40%	21,60%	Ruim

Coletou amostra para Teste Rápido	Obrigatória	90,30%	9,70%	Bom
Tomou Vacina	Obrigatória	66,70%	33,30%	Ruim
Dose	Obrigatória	53,30%	46,70%	Ruim
Conclusão				
Classificação Final	Obrigatória	76,60%	23,40%	Ruim
Critério de confirmação	Essencial	64,40%	35,60%	Ruim
Evolução	Essencial	70,80%	29,20%	Ruim
Data do encerramento	Essencial	53,30%	44,70%	Ruim

Fonte: Autores (2022)

Discussão

São crescentes os estudos que trazem a importância da qualidade de informação nos sistemas de saúde, principalmente no que tange a avaliação destas. O mesmo pode ocorrer, haja visto a relação direta que estas informações estabelecem com o processo de tomadas de decisão, planejamento, gestão e programações de ações de saúde, como a prevenção e promoção em saúde da população [14].

Uma das tendências que analisam essa qualidade corresponde à vertente que avalia os aspectos intrínsecos dispostos na informação. Dentre esses aspectos, a completude é um dos atributos que podem avaliar esta qualidade, sendo essa resultante da inclusão de "todos os dados necessários para responder a uma questão de determinado problema" [15]. O monitoramento destas informações desempenham um importante contributo na identificação de fragilidades e potencialidades produzidas pelos sistemas de informação [15] .

Compreende-se a necessidade de notificações qualificadas que traduzam a realidade da saúde local, servindo de intermédio para as ações de saúde e tomadas de decisão, almejando a atuação da propícia da rede em tempo oportuno."Estudos sobre a qualidade dos registros de notificações compulsórias no Brasil demonstram certa heterogeneidade em relação à qualidade das informações, o que pode interferir na elaboração de estratégias para a melhoria da saúde da população em geral" [8].

Evidenciou-se que muitas variáveis dispostas nesta pesquisa obtiveram o mais elevado grau de preenchimento proposto por Romero e Cunha, sendo classificadas como "Excelente". No Bloco 1, temos os exemplos de grande parte das variáveis dispostas no campo 'Dados Gerais', isso pode ser atribuído primeiramente, ao campo corresponder a variaveis campo-chave, identificadores de registro no sistema, logo sem o preenchimento das mesmas, a notificação não pode ser realizada/investigada [6], como também à inexistência das opções 'ignorado' para seleção de resposta.

Outro campo resultante desta análise foi as 'Notificações gerais', cujo preenchimento de algumas variáveis estabelece relação direta com a plataforma Esus, sendo atrelado o preenchimento destas de forma automática após a inserção do CPF ou Cartão SUS do(a) paciente. Cabe salientar que esse preenchimento dispõe das informações ofertadas pelo Esus, logo a inexistência de alguns pontos existe.

A variável 'gestante' embora componha o cenário de 'Notificações Gerais' representa um campo que precisa de preenchimento em tempo real, conjunta a notificação. Embora tenha atingido o parâmetro 'Bom' na classificação, alcançou 8% no índice de incompletude. Compreende-se que toda a população está suscetível ao risco de infecção pelo SARS-COV 2, no entanto, grupos de risco como este necessitam de um olhar apurado, haja vista que alterações fisiopatológicas da infecção podem inferir implicações importantes no desenvolvimento fetal [16].

A variável 'É profissional da saúde ?' atingiu a classificação 'regular' no preenchimento oportuno das notificações. Compreende-se que essa variável é de suma importância, ao passo que estes profissionais desenvolvem relação direta no atendimento a pessoas que possam estar infectadas[17]. Avaliar se o paciente é profissional de saúde e seu local de atuação, facilita a identificação de possíveis surtos do caso (ocorrência de 2 ou mais casos em espaço/relação compartilhada), auxilia na identificação de condições

organizacionais e ferramentas necessárias, se estão sendo disponibilizadas para realização dos atendimentos, a fim de proporcionar a minimização de risco de infecções cruzadas; bem como facilita a tomada de decisões por parte dos gestores no auxílio a estes profissionais[18].

Em continuidade a análise, a variável "*Escolaridade"* a qualidade foi mensurada em "ruim" representando um elevado índice de 39,5% de incompletude no preenchimento. Este dado diz respeito às características e perfil da população infectada e representa um importante "denunciador" da realidade local. Considera-se que o baixo nível de escolarização e desigualdade social infere diretamente o processo de saúde-doença do paciente em situações pandemicas, tendo em vista que a adoção de algumas medidas preventivas nesta população nem sempre se qualifica como um "Direito", haja vista que o período de isolamento é uma realidade distante em grande parte dos trabalhos informais que aceitam trabalhadores de baixa escolaridade [19] O preenchimento oportuno desta variável permite compreender o impacto da infecção na população e a formulação de políticas públicas que contribuam durante este processo.

Considerado um preditor da saúde de determinada população, tendo forte papel na exposição das iniquidades produzidas historicamente no País [20], o preenchimento da variável "*Raça/Cor*" recebeu a classificação "Muito Ruim". Alguns fatores podem estar atrelados ao não preenchimento desta, como a subjetividade da população quanto a definição de raça atrelado a 'Cor' [21], a falta de reconhecimento do profissional na importância do campo ou mesmo a forma de abordar o tema com o paciente. Para além disso, os dados relativos a esta variável, permitem que a vigilância em saúde identifique as desigualdades existentes no processo saúde-doença e auxilie na formação de políticas públicas que contemplem as especificidades de cada grupo étnico racial considerando o princípio da equidade no SUS [22];

As variáveis '*Bairro*' e '*Logradouro*' foram classificadas com o parâmetro "Ruim", atingindo 30,10% e 39,0% respectivamente. Estas variáveis são fundamentais para o processo

de vigilância epidemiológica e estudos ecológicos [23], ao passo que permitem a identificação dos casos, georreferenciamento, identificações de surto e tomadas de decisões de forma mais oportuna. Além disso, o preenchimento adequado desta variável, possibilita a descentralização do cuidado às unidades de saúde de referência do paciente.

As variáveis "*Vacina*" e "*Dose da vacina*" também atingiram o parâmetro 'Ruim' na qualidade de preenchimento, correspondendo a 33,30% e 46,70% no grau de incompletude. Este dado reflete diretamente nas ações de vigilância epidemiológica ao passo que dificulta a compreensão do acesso e adesão da população à vacina [24] e a correlação entre sinais e sintomas entre pacientes infectados e suas respectivas doses. Este fato pode ser refletido pela baixa importância atribuída pelos profissionais de saúde no preenchimento desta variável [25], a não adesão em virtude da preocupação atrelada aos riscos da vacina, seletividade vacinal [24,25], disseminação de fake news entre outros.

Quanto às variáveis correspondentes a '*Conclusão*' dos casos de Covid-19 todas foram classificadas com qualificação 'Ruim', atingindo indicadores entre 23,40% a 44,70%. Compreende-se que a atualização oportuna dessas variáveis em tempo hábil permite um conhecimento mais fidedigno dos casos confirmados e descartados de um agravo, o que consequentemente otimiza a adoção de medidas de controle em tempo oportuno, principalmente no que tange a existência de vírus novos [26]. Para além, a não integralidade desses dados, dificulta a migração de dados dos sistemas municipais para sistemas nacionais que tratam o agravo/doença.

O índice de variáveis classificadas entre 'regular', 'ruim' e 'muito ruim' dispostas na pesquisa, podem assumir uma gama de motivações como a falta de motivação ou tempo do profissional; ausência de profissionais suficientes; a alta demanda da atenção básica e instituições afins; profissionais não capacitados; e a não compreensão da importância do preenchimento das notificações [27].

Conclusão

Nesta pesquisa sobre a avaliação da qualidade dos dados nas fichas de notificação de Covid-19 obtidas pelo banco de dados do NotificaSUS é notório que os sistemas de informação contribuem diretamente no processo de vigilância epidemiológica de doenças e agravos, no entanto, ainda são muitas as lacunas que precisam ser analisadas e melhoradas a fim de contribuir neste processo.

O preenchimento das notificações de casos COVID-19 pode impactar direta ou indiretamente a otimização do processo de trabalho na rede, o fluxo de trabalho das unidades básicas de saúde e sentinelas, o acompanhamento dos pacientes suspeitos/confirmados e sua rede de contato, a identificação de possíveis surtos, a vigilância epidemiológica do Município, desta forma faz-se primordial o monitoramento das mesmas e qualificação contínua das equipes de saúde.

Compreender o procedimento e as lacunas existentes no mesmo permite que a gestão e demais instituições envolvidas, alinhem as fragilidades existentes de forma a aperfeiçoar o processo de trabalho e vigilância, permitindo que desta forma a rede atue em consonância, não só com agravos relacionados a COVID-19 mas com todos os que exigem notificação para tal, repercutindo diretamente na rede de saúde da população.

Cabe salientar que a análise da completude dos dados, permitem aos gestores, tomadas de decisões orientadas por evidências para desenvolver ações de melhoria na qualidade dos cuidados ofertados à população; auxilia na formação de novos notificadores diante dos agravos expostos na rede de saúde; contemplando não apenas as instituições envolvidas, como também a comunidade. Oportuniza a identificação do comportamento da rede frente a situações pandêmicas; fortalece a criação de ações direcionadas ao serviço;

contribui com o processo de vigilância do Município; reforça o papel dos indicadores no combate à pandemia e como este influencia na tomada de decisões.

Colaboradores

I. X. Rodrigues contribuiu com a concepção do estudo, coleta e processamento de dados, análise, redação e revisão crítica do texto. L. R. do Nascimento contribuiu com a concepção do estudo, e revisão crítica do texto. L.H.A. Gratão contribuiu com a análise, processamento de dados e revisão crítica do texto.

Agradecimento

À Rede de Vigilância Epidemiológica, em especial a Coordenação Técnica de Agravos Imunopreveníveis, pela oportunidade de adentrar ao cenário e vivenciar o registro e análise de dados e capacitação dos profissionais e instituições notificadoras.

Financiamento

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP).

Referências

1. LANA, Raquel Martins et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

2. OPAS, Folha informativa sobre a COVID-19: Histórico da Pandemia de COVID-19. Disponível em: <Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org) >

3. Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA nº. 05/2020 DA OBRIGATORIEDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE TODOS OS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID-19 PELOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS À SAÚDE. Disponível em: <Nota Técnica 07_06_2020 Notificações compulsórias COVID-19 _1_ (saude.go.gov.br) >

4. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim Epidemiológico: Notificações para Covid-19.** Nº 739. 29 mai 2022. Palmas, 2022.

5. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo coronavírus (covid-19).** Nº 678. 18 fev 2022. Palmas, 2022.

6. MARQUES, Carla Adriana; SIQUEIRA, Marluce Mechelli de; PORTUGAL, Flávia Batista. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 891-900, 2020.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica : emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 131 p. : il.

8. Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Lima PVC, Rodrigues MTP. Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. Cad Saúde Colet, 2020;28(4):477-487. https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040139

9. HULLEY, S.B, ; ET. AL. **Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológic.** 3d, Porto Alegre: Artmed; 2008

10. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** Palmas. 2022. Disponível em: <ibge.gov.br>

11. PALMAS, TO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior RDQA 3º QUADRIMESTRE de 201, 2016. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/media/doc/arquivoservico/RQDA_-_3%C2%BA_Quadrimestre.pdf>.

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN: Relatórios – Manual de operações. Brasília: MS; 2015.

13. ROMERO, Dalia E.; CUNHA, Cynthia Braga da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 673-681, 2006.

14. LIMA, Claudia Risso de Araujo et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, p. 2095-2109, 2009.
15. Correia, Lourani Oliveira dos Santos, Padilha, Bruna Merten e Vasconcelos, Sandra Mary Lima. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 11 [Acessado 07 outubro 2022], pp. 4467-4478. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013.

16. de AlbuquerqueL. P., Leite MonteA. V., & Sousa de AraújoR. M. (2020). Implicações da COVID-19 para pacientes gestantes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *12*(10), e4632. https://doi.org/10.25248/reas.e4632.2020

17. Ribeiro, Adalgisa Peixoto et al. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]. 2020, v. 45 [Acessado 03 Janeiro 2023], e25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>. Epub 12 Ago 2020. ISSN 2317-6369. https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920.

18. Sant'Ana, Geisa et al. Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2020, v. 33 [Acessado 02 Janeiro 2023], eAPE20200107. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0107>. Epub 28 Ago 2020. ISSN 1982-0194. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0107.

19. DA SILVA, Vergas Vitória Andrade. A covid-19 enquanto questão social: classe, escolaridade e cor da pandemia no Pará. **Holos**, v. 1, p. 1-14, 2021.

20. POLIDORO, Maurício; CUNDA, Bruna Vargas; DE OLIVEIRA, Daniel Canavese. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 195-206, 2020.

21. ASSIS, Vanessa Costa; DO AMARAL, Maria da Penha Henriques; DE MENDONÇA, Alessandra Esther. Análise da qualidade das notificações de dengue informadas no sistema de informação de agravos de notificação, na epidemia de 2010, em uma cidade pólo da zona da mata do estado de Minas Gerais. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2014.

22. BRAZ, Rui Moreira et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 554-562, 2013.

23. MARQUES, Carla Adriana; SIQUEIRA, Marluce Mechelli de; PORTUGAL, Flávia Batista. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 891-900, 2020.

24. Pacheco, Flávia Caselli et al. Análise do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação no Brasil, 2014 a 2016. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 42 [Acessado 19 Janeiro 2023] , e12. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.12>. Epub 07 Jun 2018. ISSN 1680-5348. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.12.

25. BARROS, Eliana Nogueira Castro de; SILVA, Eliete Maria. Vigilância epidemiológica do sarampo e da rubéola no município de Campinas (SP), Brasil: confiabilidade dos dados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, p. 172-178, 2006.

26. Maciel, E. L., Jabor, P. M., Goncalves Jr, E., Siqueira, P. C., Prado, T. N. do ., & Zandonade, E.. (2021). Estudo da qualidade dos Dados do Painel COVID-19 para

crianças, adolescente e jovens, Espírito Santo – Brasil, 2020. Escola Anna Nery, 25(Esc. Anna Nery, 2021 25(spe)). https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0509

27. ASSIS, Vanessa Costa; DO AMARAL, Maria da Penha Henriques; DE MENDONÇA, Alessandra Esther. Análise da qualidade das notificações de dengue informadas no sistema de informação de agravos de notificação, na epidemia de 2010, em uma cidade pólo da zona da mata do estado de Minas Gerais. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2014

28. OPAS, Folha informativa sobre a COVID-19: Histórico da Pandemia de COVID-19. Disponível em: <Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org) >

29. Belasco, Angélica Gonçalves Silva e Fonseca, Cassiane Dezoti daCoronavirus 2020. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2020, v. 73, n. 2 [Acessado 11 Março 2022] , e2020n2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>. Epub 27 Mar 2020. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201.

30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Monitoramento do período sazonal da febre amarela no Brasil 2017/2018: informe 10 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 jan 25]. 13 p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/25/af-informe-febre-amarela-10-25jan18.pdf

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Perfil do Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho no município de Palmas – TO: uma análise descritiva

Profile of work-related mental disorder in the city of Palmas – TO: a descriptive analysis

José Bernardes da Silva Filho[1], Betânia Moreira Cangussu Fonseca[2], Tiago Veloso Neves[3]

[1] Especialista. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

E-mail: bernardesufjf@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5933-5193

[2] Mestre. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1273-0794

[3] Mestre. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

E-mail: nevestv@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9706-5980

RESUMO

O objetivo deste estudo é conhecer o perfil dos casos de transtorno mental relacionado ao Trabalho no município de Palmas, por meio dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período entre 2009 e 2021. Trata-se de pesquisa quantitativa e descritiva, onde analisou-se as variáveis relativas às características sociodemográficas e campos relacionados à ocupação, diagnóstico e evolução clínica por meio do programa Tabwin. Os dados foram armazenados em planilhas de Microsoft Excel e Jamovi Versão 2.2.5, filtrados e descritos conforme os objetivos da pesquisa. A maior ocorrência dos casos foi em profissionais do sexo feminino, de 35 a 49 anos, com ensino superior completo e raça/cor parda. A ocupação mais notificada foi a de professor e o vínculo empregatício de servidor público estatutário. O diagnóstico mais frequente foi o de transtorno depressivo e a grande maioria foi afastada do trabalho para tratamento de saúde. Os dados revelam o grau de adoecimento e a necessidade de abordagens abrangentes e integradas para lidar com os desafios apresentados.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde do Trabalhador. Saúde Mental. Notificação de doenças. Sistema Único de Saúde. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

The objective of this study is to understand the profile of Work-Related Mental Disorder in the municipality of Palmas, through the cases reported in the Notifiable Diseases Information System, in the period between 2009 and 2021. This is a quantitative and descriptive research, which analyzed variables related to sociodemographic characteristics and fields related to occupation, diagnosis and clinical evolution were analyzed using the Tabwin program. The data were stored in Microsoft Excel and Jamovi Version 2.2.5 spreadsheets, filtered and described according to the research objectives. The highest occurrence of cases was in female professionals, aged 35 to 49, with completed higher education and mixed race/color. The most reported occupation was teacher and statutory public servant employment. The most frequent diagnosis was depressive disorder and the vast majority were taken off work for health treatment. The data reveals the degree of illness and the need for comprehensive and integrated approaches to deal with the challenges presented.

Keywords: Occupational Health Surveillance. Mental health. Disease notification. Unified Health System. Mental Disorders.

1. INTRODUÇÃO

Dejours (2004) define o trabalho a partir de um olhar clínico, considerando a criatividade, a inventividade, o direcionamento da motivação, do pensamento, dos sentimentos para fazê-lo. Acredita que o trabalho engloba dentre outras questões, a relação do sujeito com a sua atividade para executar a demanda solicitada e seus esforços e resultados atingidos durante esse processo.

A relação do ser humano com o trabalho, ao longo da história, se tornou modificadora dos determinantes dos processos de saúde-doença. Este, mudou e vem mudando muito, podendo-se observar em muitos ambientes exigência de produtividade dos trabalhadores e sobrecarga em diversas áreas, jornadas de trabalho exaustivas, atividades monótonas, conflitos hierárquicos, pressão por metas, assédio moral, dentre outros condicionantes que, combinados com características individuais do sujeito, podem levar o trabalhador para o sofrimento e adoecimento mental/físico (Souza, 2014).

Seligmann-Silva et al. (2010) destaca que, embora o trabalho seja necessário para o ser humano e um direito que promova a qualidade de vida, existe, na contemporaneidade, a precarização e a violação de direitos dos trabalhadores, levando-os ao adoecimento. A autora ressalta o seguinte paradoxo moderno: embora a tecnologia tenha transformado e facilitado a produção no trabalho, os próprios trabalhadores, do ponto de vista de saúde e bem-estar, não obtiveram tantos avanços.

Para Dejours (1992), o trabalho pode significar prazer e crescimento pessoal para o sujeito, como também um elemento causador de adoecimento físico e mental. As condições físicas do ambiente de trabalho e os materiais e substâncias manipuladas impactam na saúde do indivíduo, assim como as relações interpessoais e a dinâmica hierárquica das organizações disfuncionais, que podem levar ao sofrimento e transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu, a partir de 2004, a notificação compulsória do Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho em redes de serviço sentinela específica (Portaria GM/MS 777). Buscou-se, através dessa portaria, criar a obrigatoriedade da notificação, tendo como consequência a possibilidade de obter dados epidemiológicos para vigilância e controle desse agravo, bem como suas características na população acometida (Brito, 2012).

Segundo a ficha do SINAN de 2005 até 2019, TMRT eram definidos como:

> Aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional (BRASIL, 2005)

Observa-se uma ampliação da definição de caso deste agravo, a partir de 2019 para:

> Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravo de transtornos mentais..., os quais tenham como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, seja resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos. (Brasil, 2019)

Essa definição orienta a investigação do nexo causal e notificação no SUS e também a investigação epidemiológica do Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (TMRT).

A nível local, a SEMUS Palmas definiu a notificação compulsória de doenças e agravos a saúde do trabalhador em rede sentinela através da portaria nº 507, de 04 de julho de 2008, incluindo o TMRT. Desde então, tem atuado com oferta de apoio matricial e educação permanente para as equipes das unidades sentinela, no intuito de identificação, notificação e acompanhamento destes casos.

Até o ano de 2014 esse serviço foi ofertado pelo CEREST Regional de Palmas, entretanto após a desabilitação do mesmo (Resolução CMS nº 14, de 23 de julho de 2014, Resolução C, de 11 setembro de 2014 e Portaria GM/MS nº 1.052, de 23 de julho 2015), a retaguarda técnica especializada para apoio às unidades sentinela passou a ser desenvolvida de maneira mais tímida pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador de Palmas. Em dezembro de 2020 ocorreu a habilitação do CEREST Municipal de Palmas (Portaria GM/MS nº 3.926, de 31 de dezembro de 2020), e a retomada destas ações pela equipe deste Centro de Referência.

A Portaria GM/MS nº 1339/1999 que instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho traz subsídios que contribuem com a investigação do nexo causal entre o transtorno mental e o trabalho. Esta foi atualizada no ano de 2020 e a nova versão foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS nº 643 de 02 de setembro de 2020).

Apesar dos embasamentos legais demonstrando que o TMRT é um agravo que pode incapacitar o trabalhador, observa-se que o nexo causal e a notificação desse agravo é baixa. No Brasil, de 2006 a 2017, 8.474 casos de TMRT foram registrados no SINAN. Predominaram registros na faixa de 30-49 anos, de pessoas de cor branca, sexo feminino, com nível médio de escolaridade, que trabalhavam em serviços, e administração, com vínculos formais. No grupo dos homens, trabalhadores do ramo da indústria são os mais notificados (Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador, 2019).

Estudos nacionais foram realizados com o objetivo de descrever casos notificados de TMRT, como o de Cordeiro et. al (2016) e Silva et. al (2021). Ambos encontraram a maior parte das notificações entre trabalhadores do setor de Serviços e Comércio.

Em Palmas, o CEREST municipal tem atuado conforme as atribuições definidas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria Nº 1.823/2012), buscando implementá-la em seu território de abrangência. Desempenha as funções de suporte técnico, apoio matricial e retaguarda técnica especializada para as ações e serviços da rede SUS em sua área de abrangência (BRASIL, 2012).

Em Palmas, a baixa percepção dos profissionais de saúde sobre a notificação dos TMRT em unidades sentinela aponta para a subnotificação desse agravo (Leopoldino et. Al 2013). Em contrapartida, o estudo de Borges & Fonseca (2020), que buscou, com dados da junta médica do município, traçar o perfil de afastamento para tratamento de saúde dos trabalhadores da Atenção Primária a Saúde de Palmas identificou alto índice de afastamento por transtorno mental.

Apesar dos esforços, um desafio que interfere diretamente na notificação de casos de TMRT é a dificuldade dos profissionais de saúde em estabelecer o nexo causal entre o adoecimento mental e o trabalho. Segundo Paparelli et al. (2010) muitos profissionais acreditam que as causas para um TMRT devem ser investigadas exclusivamente nos aspectos da personalidade e história de vida do indivíduo, indo na direção da culpabilização do sujeito pelo seu adoecimento, opondo-se aos diversos estudos que corroboram a relação trabalho e adoecimento.

Diante da complexidade e gravidade do TMRT e da importância da vigilância em saúde do trabalhador, o objetivo deste estudo é conhecer o perfil do Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho no município de Palmas, através dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período entre 2009 e 2021 a fim de contribuir com informações que favoreçam um melhor planejamento das intervenções em tempo oportuno.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza aplicada, quantitativa e descritiva. O objeto de estudo são as notificações de TMRT registradas no SINAN de Palmas no período entre 2009-2021. A coleta dos dados foi realizada nos anos de 2022 (novembro e dezembro) e 2023 (janeiro a fevereiro). Foram excluídas as fichas sem qualificação ou com campos ignorados. As variáveis do estudo foram: Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação, situação no mercado de trabalho, afastamento do local de trabalho, diagnóstico, evolução do caso, idade, atividade econômica. Os dados foram extraídos do SINAN por meio do programa Tabwin e armazenados em planilhas de Microsoft Excel. Por meio de tabelas os seguintes dados foram filtrados e descritos de acordo com os objetivos da pesquisa: características sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade e raça); campos relacionados a ocupação; diagnóstico do TMRT e evolução clínica. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas e intervalo de confiança de 95% da frequência relativa. Todas as análises foram realizadas por meio dos softwares Microsoft Excel e Jamovi Versão 2.2.5.Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (CEP-FESP), em 2020, por meio do Parecer Nº 4.677.414.

3. RESULTADOS

Entre os anos de 2009 e 2021, 68 casos de transtorno mental relacionado ao trabalho foram notificados no SINAN em Palmas – TO, o que configura 0,87 % dos casos de notificações em geral do sistema nesse período (7792 casos notificados no total). A primeira notificação foi feita em 2009. A partir deste ano, todos os outros tiveram casos notificados, exceto em 2017. Entre os anos de 2010 e 2011, observa-se crescimento das notificações, oscilando até 2013, onde ocorre uma diminuição, até o ano de 2020, quando acontece um aumento dos números, conforme o gráfico 1:

Gráfico 1: Notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao trabalho entre 2009 e 2021.

Observa-se uma diferença da distribuição da frequência de notificação entre pessoas do sexo feminino e masculino, tendo as primeiras maior número (73,53%) (conforme quadro 1). Quanto à faixa etária e escolaridade, a maioria tinha entre 35 e 49 anos (44,12%), e possuía ensino médio completo (20,59%) e superior completo (38,24%). Com relação à raça/cor da pele, a maioria das notificações foi de pessoas pardas (48,53%).

A ocupação com maior número de notificações foi a de professor (22,06%), seguida de profissionais da segurança (8,82).

O servidor público estatutário foi a categoria com mais notificações (36,76%), seguido do empregado registrado (25%) conforme podemos observar no quadro 1:

Quadro 1: Perfil Sociodemográfico dos casos notificados, dados ocupacionais, situação no mercado de trabalho. N=68. f: Frequência Absoluta. %: Porcentagem.

Dados sociodemográficos	Variáveis	F	%
Sexo	Feminino	50	73,53
	Masculino	18	26,47
Escolaridade	Ignorado/branco	13	19,12

	1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	3	4,41
	4ª série completa do EF	1	1,47
	5ª a 8ª série incompleta do EF	2	2,94
	Ensino Fundamental Completo	1	1,47
	Ensino Médio Incompleto	1	1,47
	Ensino Médio Completo	14	20,59
	Educação Superior Incompleta	7	10,29
	Educação Superior Completa	26	38,24
Faixa Etária	15-19	1	1,47
	20-34	29	42,65
	35-49	30	44,12
	50-64	7	10,29
Raça/cor da pele	Ignorado/branco	7	10,29
	Branca	21	30,88
	Preta	4	5,88
	Amarela	3	4,41
	Parda	33	48,53
Dados ocupacionais	Variáveis	F	%
Ocupação	Trabalhadores do comércio	5	7,35
	Técnico de Enfermagem	4	5,88
	Profissionais da segurança	6	8,82
	Profissionais da saúde	5	7,35
	Profissionais da pedagogia	2	2,94
	Professor	15	22,06
	Outros	22	32,35
	Motorista	2	2,94
	Empregado doméstico	3	4,41
	Bancário	3	4,41
Situação no Mercado de Trabalho	Variáveis	F	%
	Ignorado/Branco	7	10,29
	Empregado Registrado	17	25
	Autônomo	1	1,47
	Servidor Público Estatutário	25	36,76
	Serv. Púb. Celetista	11	16,18
	Desempregado	2	2,94
	Trabalho temporário	2	2,94
	Outros	3	4,41

Os diagnósticos com mais frequência nas notificações foram Episódios e Transtornos Depressivos (29,03%), Transtornos Ansiosos (17,74%) e Transtornos Relacionados ao stress, traumas e esgotamento (16,12%).

A grande maioria da amostra analisada foi afastada do trabalho (57,35%), e teve como evolução a cura (11,76%) como podemos observar no quadro 2:

Quadro 2: Diagnósticos e Dados Clínicos. N: 62. f: Frequência Absoluta. %: Porcentagem.

Dados Clínicos	Variáveis	F	%
Diagnósticos	Episódios e Transtornos depressivos	18	29,03
	Transtornos Ansiosos	11	17,74
	Transtornos relacionados ao stress, traumas e esgotamento	10	16,12
	Outros	23	37,09
Dados relacionados à evolução dos casos	Variáveis	F	%
Afastamento do trabalho	Ignorado/Branco	8	11,76
	Sim	39	57,35
	Não	21	30,88
Evolução	Ignorado/Branco	18	26,47
	Cura	8	11,76
	Cura não confirmada	1	1,47
	Incapacidade Temporária	36	52,94
	Incapacidade Permanente Parcial	4	5,88
	Outra	1	1,47

4. DISCUSSÃO

É importante destacar que a primeira portaria que dispõe sobre a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em redes de serviço sentinela, no SUS, foi publicada em 2004 (Portaria GM/MS 777). Em 2008, foi publicada a portaria de notificações das unidades sentinela de Palmas - TO, e intensas capacitações foram realizadas pelo CEREST às equipes de saúde, promovendo aumento das notificações.

Logo, as oscilações de notificações entre os anos de 2009-2021 (Gráfico 1), tem relação com a implantação dessas portarias e a execução dos serviços de educação permanente e apoio matricial ofertado pelo CEREST.

A falta de notificações de TMRT no ano de 2017 é explicada pela desabilitação do CEREST regional de Palmas em 2014 (Resolução CIB 212/2014), e criação de um núcleo de saúde do trabalhador (com redução da equipe) e também pela nova organização no ano de 2017 do trabalho da vigilância na secretaria de saúde do município, onde as áreas técnicas foram reorganizadas para um formato de divisão territorial, não existindo assim um setor específico para o apoio matricial e educação permanente em saúde do trabalhador (Portaria Nº 518/2016). O formato setorial por agravos foi retomado no ano seguinte, quando o núcleo de saúde do trabalhador retomou as atividades habituais e em dezembro de 2020 o CEREST municipal de Palmas foi habilitado.

O baixo número de notificações de 2009, e de 2016 a 2018, pode ser indicado por conta da falta de qualificação do serviço e dos profissionais envolvidos na atribuição de notificar, como destaca o estudo de Leopoldino e Santos (2013), onde os autores identificam que a capacitação e qualificação continuada foram consideradas pelos profissionais da vigilância do município de Palmas - TO como auxiliares para o desenvolvimento do trabalho.

Gazzoni et al. (2023), destaca a dificuldade dos profissionais de saúde, dos estabelecimentos e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de realizar o nexo causal entre trabalho e transtorno mental - prejudicando a realização das notificações. O resultado de sua pesquisa mostra a subutilização da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em notificações de TMRT no Brasil, pela Previdência Social, entre 2009 e 2016, em mais da metade das notificações. A CAT é um documento oficial do INSS, utilizado para registrar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais dos trabalhadores formais regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que garante os direitos do trabalhador em conformidade com a legislação vigente.

Conforme observa-se no gráfico 1, a maior taxa de notificação no SINAN, foi no ano de 2020, e têm como principal causa a pandemia de Covid - 19, que se iniciou em 2019, e trouxe mudanças para o mundo do trabalho, como o home office. Os dados são semelhantes quando comparados ao cenário epidemiológico nacional. Com essas transformações, com o isolamento social e as incertezas quanto ao cenário de saúde, culminou-se, em 2019, no ano com mais notificações de TMRT no Brasil, 7.337 casos, segundo a plataforma DATASUS (LIMA et al., 2023).

O maior número de notificações de TMRT em mulheres, observados no quadro 1, pode ser explicado pelas diferenças concretas vividas pelos papéis de gênero na sociedade, que se relacionam com o adoecimento mental. A dupla jornada feminina, que é a conciliação entre trabalho e cuidados domésticos e dos filhos, pode provocar o maior surgimento de enfermidades físicas e mentais (CARLOTTO et al., 2011).

Quanto à faixa etária, os dados diferenciam-se de outros estudos que apontam maior taxa de casos em trabalhadores entre 30 e 39 anos e com ensino médio completo (Sousa et al., 2020). Já com relação a cor da pele, estes mesmos resultados foram encontrados em outra pesquisa realizada no total de casos notificados em todo o estado da Bahia (CORDEIRO et al., 2016).

Com relação a ocupação dos casos notificados (quadro 02), professores aparecem como os mais notificados. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) classifica a profissão docente como uma das mais estressantes, por conta do desgaste físico e psicológico causado pelo ofício (OIT, 1981). Em uma revisão sistemática, autores constataram que os professores do ensino fundamental e médio são os que vivenciam mais conflitos em sala de aula e sobrecarga de trabalho. Além disso, o índice de diagnósticos de *burnout* são frequentes nestas categorias. Já os professores de nível superior lidam, principalmente, com a demanda por produtividade intelectual (Diehl & Marin, 2016).

Outra categoria profissional notificada foi o técnico de enfermagem. Esta ocupação, assim como a do professor, coloca o sujeito em contato muito próximo com o outro, exercendo o cuidado. Nesta última, em questão, tarefas repetitivas e fisicamente exaustivas são comuns, causando doenças ocupacionais, lesões e estresse, além do enfrentamento direto com a dor e sofrimento vivida pelos pacientes. Segundo um estudo descritivo sobre o afastamento de trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital no Piauí, episódios depressivos foram o maior número de diagnósticos que causaram afastamento, com predominância do sexo feminino (Oliveira et al., 2019).

Os episódios e transtornos depressivos (29,03%) e os transtornos ansiosos (17,74%) foram os diagnósticos com maior número de notificações. O mesmo resultado encontra-se em outros estudos a nível nacional e estadual. Sá et al. (2023), verificou que os principais motivos de afastamento pelo INSS em todo o Brasil, de 2006 a 2021, entre os transtornos mentais e do comportamento, foram os episódios depressivos (CID F43).

Segundo Razzouk (2016), a depressão, no mundo inteiro, possui alta prevalência e morbidade. E, no Brasil, é a principal causa de absenteísmo e presenteísmo no trabalho, ficando em terceiro lugar como causa de afastamento do trabalho.

Oliveira et al. (2015), em seu estudo com dados do estado do Tocantins, relata que “episódios depressivos” e “outros transtornos ansiosos” foram os principais motivos de afastamento do trabalho de servidores públicos federais do estado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a análise dos casos notificados de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) revela uma série de tendências e desafios significativos. A implementação das portarias e a capacitação das equipes de saúde desempenharam um papel crucial no aumento das notificações ao longo dos anos, destacando a importância da formação contínua para os profissionais envolvidos na notificação.

A redução das notificações em 2017, devido à desabilitação do CEREST regional e mudanças na organização do trabalho na secretaria de saúde, ressalta a influência da estrutura organizacional na eficácia das notificações. Além disso, a falta de qualificação dos profissionais responsáveis pela notificação também se mostrou um fator limitante nos primeiros anos do estudo.

Em resumo, os dados apresentados destacam a importância da vigilância e notificação de TMRT no contexto de saúde do trabalhador. Eles também apontam para a necessidade de abordagens mais abrangentes e integradas para lidar com os desafios relacionados à saúde mental no local de trabalho, incluindo a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis e estratégias de prevenção eficazes.

REFERÊNCIAS

Bahia, Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho. Organizado por Suerda Fortaleza de Souza. Salvador: DIVAST, 2014. 60 p. il. (Caderno de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador).

Borges, Dórkas Pereira; Fonseca, Betânia Moreira Cangussu. "Perfil do Afastamento por doenças e agravos de profissionais da atenção primária à saúde de Palmas – TO: análise de 2015". In: DODERO, Soraya Rodrigues; MACIEL, Erika da Silva; QUARESMA, Fernando Rodrigues Peixoto (org.). Plano Integrado de Residências em Saúde – PIRS: A experiência de Palmas – Tocantins. Volume 1. p. 139-154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.339, de novembro de 1999. [Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta portaria]. Saúde Legis: Sistema de Legislação da Saúde. Ementa elaborada pela CDI/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Saúde legis: sistema de legislação da saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). "Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde". Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS, 2001. 508 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114). ISBN 85-334-0353-4.

BRASIL. Portaria n.º 1052, de 23 de julho de 2015. "Estabelece a dedução de recursos do bloco de atenção de Média e Alta complexidade disponibilizados ao município de Palmas". Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2015.

BRITO, Carla de Oliveira et al. "Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil no período de 2006 a 2012". 2014.

CANGUSSU, Betânia Moreira. "A categoria território como ferramenta estratégica no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma experiência participativa na região sul do município de Palmas Tocantins". 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CARLOTTO, Mary S. et al. "Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero". Cad saúde colet, v. 19, n. 2, p. 172-8, 2011.

Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. (2019). "Boletim Epidemiológico Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, 2006–2017, 13(9), 1-5.

CIB – TO. "Resolução CIB – TO nº. 212/2014: dispõe sobre a desabilitação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional de Palmas e cria o Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador em Palmas – TO".

Comissão Intergestores Bipartite/CIB - TO. "Resolução - CIB número 212/2014, de 11 de setembro de 2014". Governo do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde.

Conselho Municipal de Saúde de Palmas – TO. "Resolução n.º 14/2014: Aprovar a desabilitação do CEREST Regional de Palmas e a Habilitação do CEREST municipal de Palmas".

Conselho Nacional de Saúde. "Resolução CNS Nº 643/2020: Dispõe sobre a aprovação da versão atualizada da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT)".

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro et al. "Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012". Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 363-372, 2016.

DA FONSECA, João José Saraiva. "Apostila de metodologia da pesquisa científica". João José Saraiva da Fonseca, 2002.

DE SOUZA LIMA, Maria Clara Monteiro. "Prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil: uma comparação pré e pós-pandêmica". Perspectivas em Medicina Legal e Perícias Médicas, v. 8, n. 1, p. e230306-e230306, 2023.

Dejours C. "A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho". 5 ed. São Paulo: Cortez Oboré; 1992.

DEJOURS, Christophe. "Subjetividade, trabalho e ação". Production, v. 14, p. 27-34, 2004.

DIEHL, Liciane; MARIN, Angela Helena. "Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura". Estudos Interdisciplinares em Psicologia, v. 7, n. 2, p. 64-85, 2016.

DOS SANTOS SÁ, Brunna Victória; GOMES, Rebeca Soares; DANTAS, Rosa Amélia Andrade. "INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO NO INSS: UMA ANÁLISE TEMPORAL". Perspectivas em Medicina Legal e Perícias Médicas, v. 8, n. 1, 2023.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. "As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado". Revista brasileira de saúde ocupacional, v. 35, p. 229-248, 2010.

GAZZONI, Maria Vitória et al. "ACIDENTES DE TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL". RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 4, n. 4, p. e442919-e442919, 2023.

LEOPOLDINO, Jaciela Margarida; DOS SANTOS, Marta Azevedo. "Percepção dos profissionais de saúde sobre a notificação dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho". Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/BrazilianJournalof Mental Health, v. 5, n. 11, p. 44-66, 2013.

Ministério da Saúde (BR). "Portaria nº 1.052, de 23 de julho de 2015. Estabelece a dedução de recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade disponibilizados ao Município de Palmas, Estado do Tocantins". Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).

Ministério da Saúde (BR). "Portaria nº 777, 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS". Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 abr 29; Seção 1:37.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº. 777/GM, de 28 de abril de 2004. "Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do

trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde-SUS". Diário Oficial da União, 2004.

Ministério da Saúde do Brasil. "Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Doenças relacionadas ao trabalho, capítulo 10, pág 161 – 191". Brasília, DF – Brasil. Saúde do Trabalhador.

OLIVEIRA, Danielle Machado et al. "Afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de enfermagem". Revista Cuidarte, v. 10, n. 2, 2019.

OLIVEIRA, Luanne Alves; BALDAÇARA, Leonardo Rodrigo; MAIA, Maria Zoreide Brito. "Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins". Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 40, p. 156-169, 2015.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). "Empleo y condiciones de trabajodelpersonal docente". Genebra: OIT, 1981.

PALMAS, Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. "Portaria nº 507, de 04 de julho de 2008 – Institui a estrutura de rede sentinela de notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no município de Palmas". Publicação em placar, Palmas, Jul., 2008.

PALMAS. Portaria 507 de 04 de Julho de 2008. Diário Oficial de Palmas – TO, 2008.

PALMAS. Portaria inst nº 518/SEMUS/Gab, de 14 de junho de 2016. Diário Oficial do Município de Palmas. Nº 1.533 - Terça-feira, 28 de junho de 2016, p.12-14.

PAPARELLI, Renata; SATO, Leny; OLIVEIRA, Fábio de. "A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde". Revista brasileira de saúde ocupacional, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011.

Portal SINAN, Ministério da Saúde, BRASIL. 2022. [http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_TranstornosMentais.pdf] Acessado em 22/02/2022.

Portaria nº GM/MS Nº 3.926, de 31 de dezembro de 2020. [https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-3-926/]. Acessado em 22/02/2022.

RAZZOUK, Denise. "Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?". Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 845-848, 2016.

SILVA, Fabiana Caetano Martins et al. "PERFIL DESCRITIVO DE NOTIFICAÇÕES DE TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO". Trabalho (En) Cena, v. 6, p. e021009-e021009, 2021.

MONITORAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 NA REGIÃO NORTE DE PALMAS-TO: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

MONITORING OF CONFIRMED CASES OF COVID-19 IN THE NORTHERN REGION OF PALMAS-TO: ASSESSMENT OF THE LEVEL OF SATISFACTION OF HEALTH PROFESSIONALS

Resumo: A Pandemia do covid-19 no Brasil exigiu a reorganização das redes do SUS, destacando-se, a Vigilância em saúde (VS) e a Atenção Primária em Saúde (APS). Esta pesquisa tem como objetivo, avaliar o nível de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde que realizaram o monitoramento dos casos confirmados de covid-19. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada após aprovação do CEP na plataforma Brasil e se deu por meio de um questionário tipo *Likert.* A análise ocorreu por meio das somatórias e das médias dos resultados coletados. Como resultados destaca-se que 42% da amostra se mostraram muito satisfeita, e 33% se mostrou satisfeita com os aspectos relacionados à integração da VS com a APS, na vigilância do monitoramento dos casos de covid-19. Assim, vale-se dizer que a maioria dos participantes se mostrou satisfeitos. Os resultados obtidos permitiram identificar o nível de satisfação destes profissionais, mostrando que melhorar o nível de satisfação exige comprometimento da gestão, e contribui para a promoção da qualidade de vida e da satisfação no ambiente laboral dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Integração dos Serviços de Saúde, covid-19, Atenção primária, Vigilância em saúde, Satisfação no trabalho.

Abstract: The covid-19 pandemic in Brazil required the reorganization of the SUS networks, especially health surveillance (HS) and primary health care (PHC). This research aims to evaluate the level of job satisfaction of health professionals who performed monitoring of confirmed cases of covid-19 This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Data collection was performed after approval of the CEP in the Brazil platform and through a Likert-type questionnaire prepared by Google forms. Data analysis was done by means of the sums and averages of the results collected. As results stand out that 42% of the sample were very satisfied, and 33% were satisfied with the aspects related to the integration of the VS with the PHC, in the monitoring surveillance of the cases of covid-19. Thus, it is worth saying that most participants were satisfied. The results obtained allowed the identification of the level of satisfaction of these professionals, showing that improving the level of satisfaction requires management commitment, and contributes to the promotion of quality of life and satisfaction in the work environment of health professionals.

Keywords: Health Services Integration, covid-19, Primary Care, Health Surveillance, Job Satisfaction

Introdução

No último mês do ano de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou na cidade de Wuhan, província de Hubei, uma nova cepa de coronavírus em humanos, que se espalhou rapidamente, fazendo com que a OMS declarasse cenário pandêmico no mundo (OPAS, 2020). A rápida disseminação da covid-19 despertou a necessidade dos países em articular intervenções de cunho globais (NETO, 2020).

Por meio da Portaria nº 188, de 03 fevereiro de 2020, o Brasil declarou situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da covid-19 (BRASIL, 2020). No estado do Tocantins a situação de emergência em razão da pandemia da covid-19, foi oficializada por meio do decreto nº 6.070, de 18 de março de 2020 (DOE, 2020). Posteriormente, Palmas declarou situação de emergência em saúde pública através da Portaria nº 1.856, de 14 de março de 2020, que dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo covid-19 (PALMAS, 2020).

O Brasil conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (BRASIL, 2020), e que teve sua rede reorganizada para dar aporte aos brasileiros na pandemia do covid-19. Destarte, destacam-se dois componentes do SUS que foram fundamentais no aporte à saúde da população exposta a~~o~~ covid-19: a Vigilância em saúde (VS) e a Atenção Primária à Saúde (APS) (PRADO, 2021).

A VS observa e analisa a situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde (BRASIL, 2010). A APS, que segundo a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, se caracteriza como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção e trata-se também da principal porta de entrada do SUS, se mostrou essencial para detectar, acompanhar, monitorar e tratar casos positivos de covid-19 (BRASIL, 2017).Uma estratégia adotada pela VS junto com o Ministério da Saúde (MS) foi a elaboração de um guia orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, onde continha diretrizes e orientações de como os sistemas deveriam se organizar no cenário pandêmico (BRASIL, 2020).

Diante deste panorama, o município de Palmas-TO, através da secretaria municipal de saúde, seguiu as recomendações preconizadas pelo MS e implementou nas Unidades de Saúde da Família (USF) ações e intervenções para oferecer um atendimento integral ao paciente com covid-19, bem como casos suspeitos.

Um estudo realizado por TEIXEIRA (2020) aponta a importância da integração entre APS e VS na vigilância dos casos de covid-19, uma vez que este, apesar de suas limitações, apresenta-se bem estruturado, atuando de modo capilarizado em todos os municípios do país. Assim, a VS juntamente com o Centro de Operação Emergenciais (COE) de Palmas, que é uma estrutura organizacional que tem como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos,para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos, na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento de emergências em saúde pública, criou um projeto intitulado “Integração da APS e VS no monitoramento dos casos de covid-19”, que consistia na realização de ações de educação e vigilância sobre os casos, visando estabelecer entre esses setores, uma comunicação fluida, acarretando na correta organização de acordo com o cenário em questão, e apoiando todo o processo de monitoramento dos casos confirmados.

Nessa perspectiva, esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o nível de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde que realizaram o monitoramento dos casos confirmados de covid-19, visando identificar se houve integração entre a VS e a APS em sua condução.

A palavra satisfação provém do latim *satisfactione* que significa ato ou efeito de satisfazer-se, contentamento, alegria (Dicionário online de Português, 2022). Satisfação, segundo Hespanhol (2008) também é vista como a avaliação que uma pessoa faz, sobre o nível de realização dos seus valores, preferências, necessidades, e expectativas, estando ligado também ao fato de sentir que aquilo que se recebe está de acordo com aquilo que esperava obter.

Em 1912, apareceram os primeiros estudos sobre satisfação no trabalho, onde o seu conceito ligava-se intimamente à questão da fadiga e do salário, e suas respectivas interferências na produtividade (CURA, 199). A satisfação no âmbito de trabalho apresenta implicações também na vida pessoal, causando impactos na sua saúde,

qualidade de vida e bem-estar, e na eficácia e eficiência de produtividade e também vem sendo um dos fenômenos mais estudados na área de comportamento organizacional (FERREIRA, 2015).

Atualmente, em Palmas existem 34 USF's que são divididas em 8 territórios de saúde: Kanela, Krahô, Apinajé, Karajá, Xambioá, Javaé, Xerente, Pankararu e distribuídas em três regiões: Sul, Central e Norte (PALMAS, 2018). Todas elas realizaram atividades de monitoramento dos casos confirmados de covid-19, de forma contínua, dinâmica e oportuna, a fim de oferecer o apoio necessário ao paciente. Para a coleta, foi escolhida a região norte de Palmas-TO (PALMAS, 2007) que é composta por 8 USF's: 307 norte, 508 norte, 503 norte, 403 norte, 405 norte, 406 norte, 409 norte e 603 norte (TOCANTINS, 2017). Com destaque para a USF 503 Norte, que funcionou como unidade sentinela para atendimentos assistenciais e realizações de testes para detecção da covid-19.

A integração entre a VS e a APS é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias (ALMEIDA, 2018). Portanto, avaliar o nível de satisfação no trabalho dos profissionais, a partir do processo de trabalho, é de extrema importância para a compreensão de como a APS e a VS estão integradas e como está a qualidade da oferta dos serviços de saúde no SUS.

Este artigo tem como objetivo avaliar o nível de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde que realizaram o monitoramento dos casos confirmados de covid-19 nas USF's da região norte de Palmas-TO.

A justificativa da produção do artigo, está no fato de que com o passar dos tempos, os níveis de satisfação no trabalho têm sofrido declinações. Frente a isso, há um número significativo de estudos que contemplam essa temática, e em especial os que dizem respeito à satisfação no trabalho na APS (SORATO, 2020). No âmbito da saúde, existe a Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019, onde estabelece que todos os níveis e órgãos dos Serviços Nacional de Saúde (SNS) estão sujeitos a avaliação

permanente, baseada num sistema completo e integrado com informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa (BRASIL, 2019).

A importância da satisfação numa organização está bem fundamentada. Com funcionários satisfeitos, qualquer organização tem vantagens potencialmente acrescidas, dado que, de maneira geral, atrai os melhores, reduz a rotatividade do pessoal, aumenta a produtividade, reduzem os custos, melhora a imagem perante a comunidade e ganha competitividade. Já uma pessoa insatisfeita não maximiza o seu potencial para o êxito coletivo (FERREIRA, 2015).

O que motivou a pesquisa a ser realizada nas USF's da região norte, foi o fato da pesquisadora ter integrado o projeto "Integração da APS e VS no monitoramento dos casos de COVID-19" como uma das apoiadoras com as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e monitoramento do processo de trabalho executado nas USF´s da região norte de Palmas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, que para Dalfovo (2008), caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas, para formular hipóteses sobre os fenômenos e situações que se quer estudar.

A pesquisa foi realizada na região norte de Palmas-TO, abrangendo 8 usf, sendo elas:307 norte, 508 norte, 503 norte, 403 norte, 405 norte, 406 norte, 409 norte e 603 norte, entre o período de setembro a dezembro/2022.

A amostra selecionada para a coleta é composta por 36 profissionais que participaram das atividades propostas para a integração da VS e APS .Estas atividades consistem em treinamentos *in locus e online*, reuniões de alinhamento com as equipes, momentos de discussão para feedback, bem como o fornecimento de materiais educativos de apoio.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, sendo elas a 1º etapa, onde se realizou busca ativa dos profissionais do monitoramento da covid-19 nas USF´s, fazendo o

levantamento dos contatos telefônicos para estabelecer uma comunicação via *Whatsapp*, que é um aplicativo de troca de mensagens e comunicação em áudio e vídeo pela internet, disponível para *smartphones Android* e *IOS*. A 2º etapa consistiu no envio de um link também via *whatsapp*, que continha uma breve explicação da pesquisa, o TCLE para leitura e consentimento, juntamente com o questionário elaborado pelo *google forms*, que é uma plataforma que permite aplicar questionários *online*.

O projeto de pesquisa (PP) foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) via e-mail, no endereço capp.fesp@gmail.com para análise. Também foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do CEP de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos, com parecer aprovado (CAAE 60045722.5.0000.9187).

Os participantes da pesquisa concordaram com o campo "Li " e concordaram em participar da pesquisa" no fim da página do TCLE para dar consentimento e preenchimento das respostas se deu de forma anônima, para resguardar a integridade e a preservação dos dados

Os dados obtidos foram analisados, através da observação e exploração das respostas provindas dos questionários preservando a integridade de todas as respostas. Para analisar os resultados coletados por uma escala *Likert*, atribui-se valores para cada um dos itens, e respectivamente, em seguida se obtém a média dos valores totais avaliados (Aguiar, 2011).

Na avaliação do questionário, foram somadas as pontuações de todas as respostas, obtendo-se assim o resultado em valores para cada questionário aplicado aos participantes, tendo o peso máximo de 60 pontos, onde se entende que : 1-15 Insatisfeito; 16-30 Pouco satisfeito; 31-45 Satisfeito; e 46-60 Muito satisfeito.

Resultados e Discussão

Os resultados desta pesquisa caracterizam o nível de satisfação no trabalho destes profissionais em relação à sua vivência da integração da APS com a VS no acompanhamento dos casos positivos da covid-19. Os dados aqui expressos fundamentam-se na extração estatísticas das respostas recebidas, geradas e analisadas pela plataforma *google forms*.

Foram identificados 36 profissionais que fizeram parte do monitoramento da covid-19. Do total da amostra de 36 profissionais, 31,56% aceitaram participar e responderam ao questionário, correspondendo a 12 participantes, e 63,16% não aceitou participar, correspondendo a 24 pessoas. Para análise dos questionários, foram somadas, individualmente, as pontuações das 15 perguntas contidas, atribuindo assim a ele, uma nota final. Com a obtenção da nota, os questionários foram classificados em grupos como mostra a tabela abaixo.

Tabela – 1 Classificação de grupos por pontuação

PONTUAÇÕES	**GRUPOS**
1-15	Insatisfeito
16-30	Pouco satisfeito
31-45	Satisfeito
46-60	Muito satisfeito
TOTAL	4

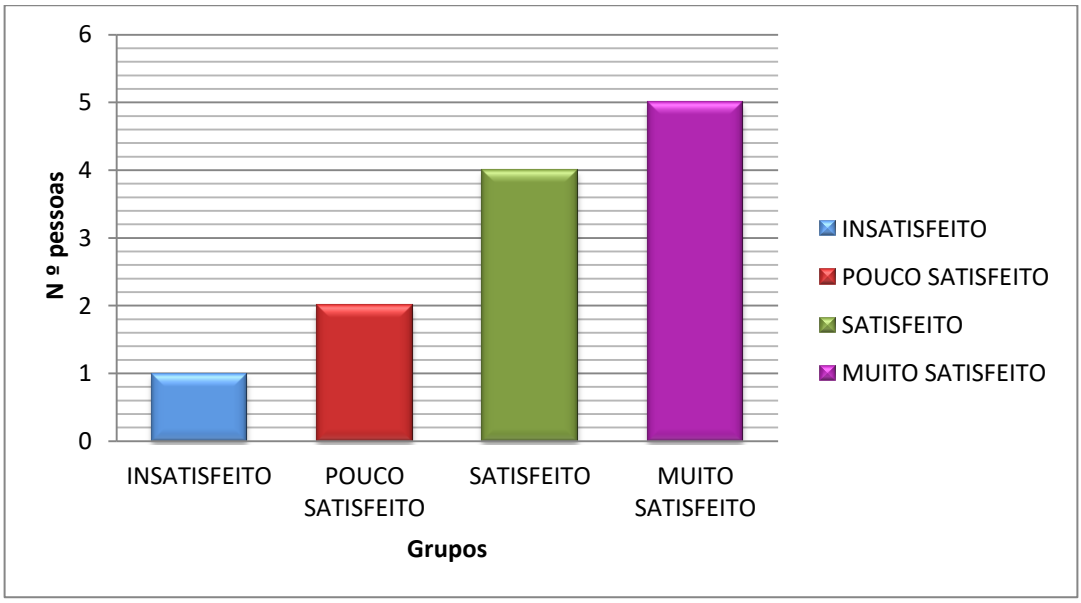
Fonte: A autora, 2023.

Observa-se que a equipe que constitui o monitoramento, era uma equipe multidisciplinar, contendo Enfermeiros, Dentistas, psicólogos, farmacêuticos, agentes de saúde, dentre algumas outras categorias. O que configura que a equipe que realizava o monitoramento, realizava um trabalho multiprofissional, corroborando para a integralidade da assistência ao paciente e colaborando para oferecer uma assistência que compreenda todas as necessidades de saúde do mesmo indivíduo. Destarte, para que a equipe consiga trabalhar de forma harmônica, é necessário que se cumpra alguns itens como, interação e comunicação entre os membros da equipe; presença de objetivos em comum; responsabilidade compartilhada e promoção da inovação no

trabalho. Itens esses que se buscou realizar através das capacitações realizadas pela VS, para as equipes de monitoramento da APS (DA SILVA *et al,* 2021).

Outro dado obtido pela análise das pontuações dos questionários foi a quantificação dos questionários por grupos conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 1- Distribuição dos questionários por grupo



Fonte: A autora, 2023.

Na análise dos dados apresentados no gráfico 1, podemos observar que 5 das 12 pessoas se mostraram muito satisfeitas, 4 se mostraram satisfeitas, 2 pouco satisfeitas, e 1 insatisfeito com os aspectos referentes à comunicação, treinamentos e visitas, relacionadas a integração da VS e da APS no monitoramento dos casos da covid-19, realizados nas USF Monitorar o nível de satisfação dos profissionais que trabalham no monitoramento é importante para que se entenda se está havendo uma integração entre a APS com VS no combate a pandemia da cidade de Palmas-TO.

A satisfação profissional tem sido bastante estudada para entender os sentimentos do profissional em relação ao trabalho. O nível de satisfação profissional se correlaciona com a natureza do trabalho, e nas suas expectativas individuais sobre o ambiente em que está inserido. Conhecer o nível de satisfação dos profissionais em saúde, que varia entre satisfação extrema à insatisfação extrema, colabora para que

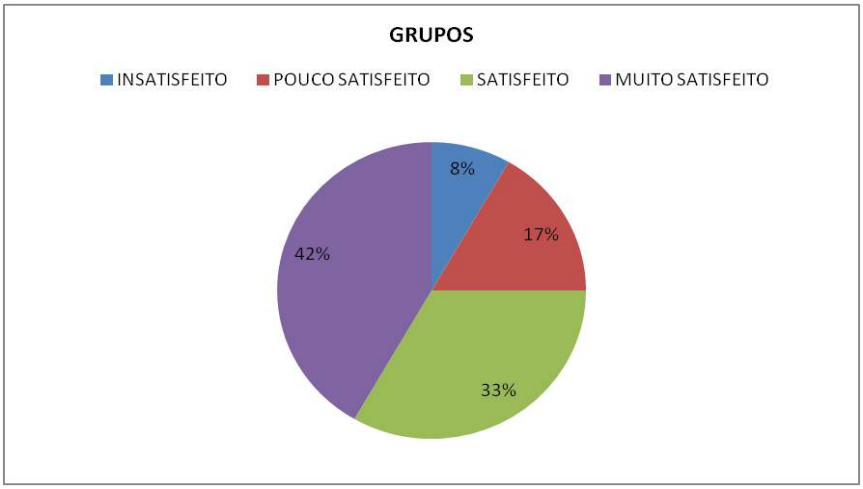
os gestores desenvolvam estratégias para a manter ou promover um maior nível de satisfação bem estar dos profissionais (SOUSA *et al*, 2022).

Um estudo realizado por Garcia (2021), relata que os níveis altos de satisfação com o trabalho colaboram para diminuir o estresse laboral, a carga psíquica e tem como resultado a proteção da saúde mental do profissional. Já o nível de insatisfação contribui para a baixa estima, perda de interesse, irritabilidade, perda de energia vital e mau humor, bem comportamentos nocivos à saúde, resultando em exaustão física e mental. O autor ainda destaca que a insatisfação pode influenciar sobre o atendimento oferecido aos usuários, resultando em um atendimento com perda de qualidade.

A literatura vem mostrando que as organizações estão cada vez mais interessadas na valorização das pessoas, bem como suas competências e talentos. Ainda destaca-se que há diversos fatores que contribuem para o nível de satisfação dos funcionários, como: condições de infraestrutura, relação produtividade e remuneração; relação chefe-funcionário, capacitação técnica, relação interpessoal entre os funcionários, entre outros, comprovando assim que a satisfação do profissional se tornou ponto fundamental para o bom desempenho das atividades realizadas na organização (CHAVES, 2011).

Os dados representados no gráfico 2, demonstram as extrações dos dados transformados em porcentagem dos números distribuídos por grau de satisfação.

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos grupos de nível de satisfação



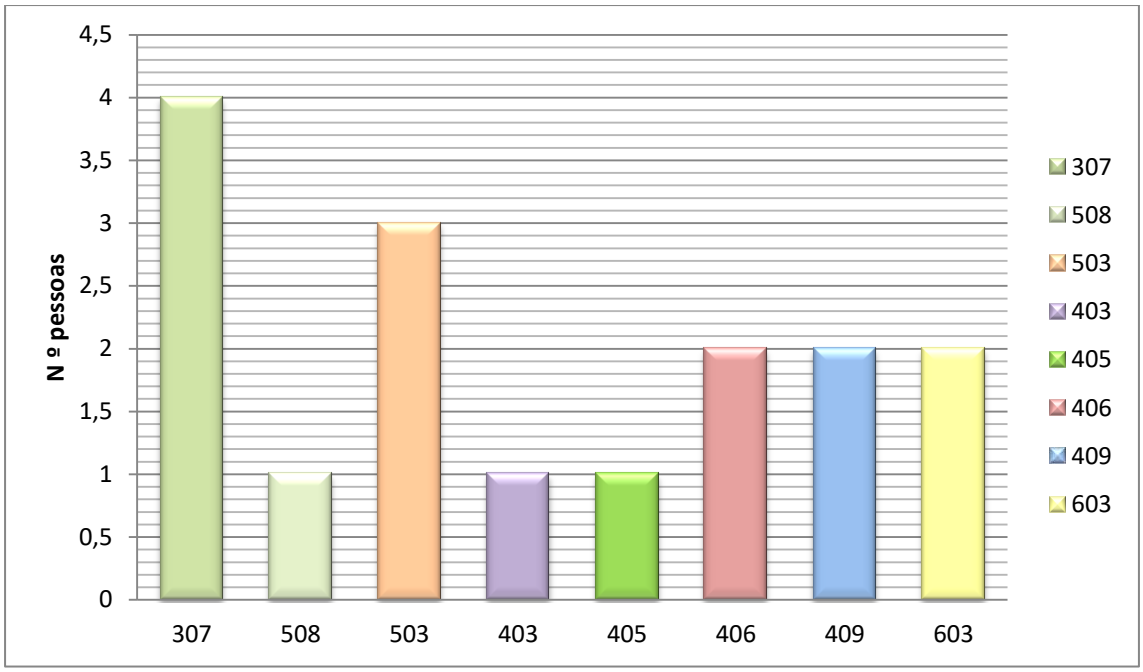
Fonte:A autora,2023

De acordo com esses dados, pode-se destacar que 42% da amostra se mostraram muito satisfeita, e 33% se mostrou satisfeita com os aspectos relacionados à comunicação, capacitação e integração da VS com a APS, na vigilância do monitoramento dos casos de COVID-19, uma vez que sua aparição se deu de forma repentina e se configurou como uma doença que não tinha protocolos estabelecidos, foi um desafio tanto para APS, como para VS, onde foi preciso trabalhar para estabelecer uma comunicação fluida e apoio de forma bilateral para o enfrentamento, combate, prevenção e tratamento desta doença.

Assim, vale-se dizer que com esses resultados, as maiorias dos participantes se mostraram satisfeitos com a maneira que se deu a Integração da VS e APS no quesito do monitoramento da COVID-19. Ainda que com algumas falhas e melhorias a se fazer, A boa interação entre os gestores e os profissionais foram fundamentais para o bom andamento do estabelecimento do atendimento a COVID-19, onde buscava-se sempre atender a demanda e as queixas relatadas pelos profissionais, para adequar os protocolos a realidade da comunidade e buscando ofertar qualificação profissional, elevando assim o grau de satisfação da equipe ao realizar o seu trabalho, pautado na lógica que integração em saúde, se baseia no trabalho coletivo, pactuado e integrado por diversos atores da área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde,incluindo-se os gestores (TORRES, 2018).

Entender o nível de satisfação da interação da VS com a APS em um cenário pandêmico é de extrema importância, pois pode servir de base para possíveis futuros desafios, pois entender a interação do clima organizacional, dentro do qual as pessoas de uma executam seu trabalho, contribui para a qualidade dos processos e vivências. Outro ponto importante que foi possível observar foi que alguns profissionais atuavam em mais de uma unidade de saúde no monitoramento, como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3- Distribuição de profissionais por unidade de Saúde.



Fonte: A autora, 2023.

Esse ponto foi bastante importante para que as informações de qualificações profissionais promovidas pela VS fossem repassadas para os demais profissionais que também atuavam na equipe e muitas vezes não podiam comparecer aos treinamentos. A atuação da equipe multidisciplinar se torna uma ponte de apoio para que esses profissionais ofereçam um cuidado competente e de alta qualidade para os pacientes (DE SOUZA, 2021). A interação dos profissionais em mais de uma unidade de saúde, colaboram para um olhar e cuidados à saúde mais abrangente e detalhada, uma vez que conta com olhares diversificados, resultando em um cuidado integral, discussões e trocas de conhecimento sobre um caso, entre as equipes.

Considerações finais

Os resultados obtidos por meio desta pesquisa, permitiram identificar o nível de satisfação dos profissionais de saúde que realizaram o monitoramento dos casos confirmados de covid-19, na região norte de Palmas-TO, que por sua vez se mostrou positiva e com um bom índice de satisfação por partes dos profissionais. A observação

dos dados trouxe em questão a interação da APS e VS, que se mostrou fundamental no processo de organização da APS frente a pandemia da COVID19, onde tal desafio colocou em teste a capacidade adaptativa e interativa da APS e VS.

Melhorar o nível de satisfação dos profissionais que atuam na saúde, exige comprometimento da gestão e incentivo para que os profissionais explorem suas potencialidades e diminuam fragilidades no meio organizacional em que está inserido, contribuindo assim para a promoção da qualidade de vida e da satisfação no ambiente laboral dos profissionais de saúde.

Frente a isto, destaca-se que o estudo da satisfação no ambiente de trabalho ganha cada vez mais visibilidade nos espaços científicos, uma vez que esta se categoriza como uma variável que afeta qualquer indivíduo em qualquer momento e ajuda compreender melhor a forma que a satisfação profissional está presente no ser humano, tornando-se imprescindível para relacionar a diferentes fatores que afetam a vida dos indivíduos e alimentam sua perspectivas de felicidade, bem estar e satisfação profissional.

Referências

AGUIAR, Bernardo; CORREIA, Walter; CAMPOS, Fábio. Uso da escala likert na análise de jogos. **Salvador: SBC-Proceedings of SBGames Anais**, v. 7, p. 2, 2011.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.

ANDRADE, M.G. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9º ed. São Paulo: Atlas, 2009.

BRASIL, Ministério da saúde: **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Disponívelem:https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-fun ciona. Acesso em 06/03/2022.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**; Ministério da Saúde; Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020.** Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html. Acesso em 06/03/2022.

BRASIL, Lei n.º 95/2019, **Lei de Bases da Saúde;** Diário da República n.º 169/2019; Série I páginas 55 - 66 de 2019-09-04,

CONASS, CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde** 4º edição.BRASÍLIA ,MAIO DE 2020.

CURA, M.L.A.D.; RODRIGUES, A.R.F. **Satisfação profissional do enfermeiro**. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 21-28, Outubro,1999. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1388/1419Acesso em 06/03/2022

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia**.Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista interdisciplinar científica aplicada, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008. Disponível em :https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17591/11376. Acesso em 21/03/2022

DA SILVA, Itacely Marinho et al. Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo. **Research, Society and Development,** v. 10, 2021.

DE SOUSA, Eliana Patrícia Martins; LUCAS, Pedro Ricardo Martins Bernardes. A qualidade dos cuidados de enfermagem no ambiente de prática de enfermagem: revisão scoping. **Global Academic Nursing Journal**, v. 3, n. 3, p. e267-e267, 2022.

DECRETO Nº 6.070, de 18 de março de 2020. Declara Situação de Emergência no Tocantins em razão da pandemia da covid-19.

Débora Ribeiro ; **Dicionário online de português;** Janeiro de 2022.

FERREIRA, Vera Lúcia Salvador et al. **Satisfação dos profissionais de saúde em meio hospitalar público, privado e parceria público-privada**, 2015.

GARCIA, Gracielle Pereira Aires; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Satisfação, estresse e esgotamento profissional de enfermeiros gestores e assistencialistas da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

HESPANHOL, Alberto Augusto Oliveira Pinto. Satisfação dos profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 24, n. 6, p. 665-70, 2008.

MOURA, Sandra Cristina Mendo. ***Satisfação dos profissionais de enfermagem***. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, 2012.

NETO Ximenes; FRANCISCO Rosemiro Guimarães et al. **Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da covid-19 na Atenção Primária à Saúde**. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 11, n. 1.ESP, ago. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em:<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3682>. Acesso em: 07/03/2022.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Histórico da pandemia.** Disponível em https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19, Acesso em 06/03/2022.

PALMAS, **lei complementar nº 155**, arts. 182 e 183, de 28 de dezembro de 2007; PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017; **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**,**Ministério da Saúde/gabinete do ministro** Edição: 183 | Seção: 1 | Página: 68 Publicado em: 22/09/2017.

PRADO, Nilia Maria de Brito Lima, et al. "Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da covid-19: contribuições para o debate." ***Ciência & Saúde Coletiva*** 26; 2021.

SEMUS. Secretária Municipal de Saúde de Palmas/TO. **Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela COVID-19.** Versão 7.0 - 05 de maio de 2020. Disponível em:https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/documents/VdWLJg9T5xEEO3bwFfLJW3zzZY 7tttEwKooK560Z.pdf. Acesso em: 05/04/2021.

SEMUS. Secretária Municipal de Saúde de Palmas/TO. **Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde: territórios, unidades de saúde e áreas de abrangências das equipes ESF, NASF E ECR,** atualizado em 12/04/2018.

SORATTO, Jacks et al. Satisfação dos profissionais da Estratégia saúde da família no Brasil: um estudo qualitativo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

TOCANTINS, **Unidades básicas de saúde Palmas;** Secretaria de estado da saúde. Edição nº 07; 2017.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al*. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020494, 2020.

ZANELLA, Andreia; SEIDEL, Enio Júnior; LOPES, Luis Felipe Dias. **Validação de questionário de satisfação usando análise fatoria**. Rev Ingepro, v. 2, p. 102-12. 2010.

LEVANTAMENTO E ANÁLISE DAS AÇÕES REALIZADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PALMAS, TOCANTINS NA FISCALIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR

SURVEY AND ANALYSIS OF ACTIONS CARRIED OUT BY THE SANITARY SURVEILLANCE OF PALMAS, TOCANTINS IN THE SUPERVISION OF ELECTRONIC DEVICES FOR SMOKING

Resumo:
Durante o ano de 2020, o tabagismo foi responsável por 161.853 mortes no Brasil, equivale a 443 mortes ao dia, 13% do total das mortes da população brasileira por ano (INCA, 2021). Apesar da diminuição do consumo do cigarro convencional, vieram novos produtos advindos do tabaco, como o cigarro eletrônico, que veem conquistando jovens adultos. Embora a ANVISA proíba a comercialização, importação e propaganda e mesmo possuindo a composição desconhecida, esses produtos são adquiridos de forma ilícita. A pesquisa é de natureza quantitativa descritiva e foi feita por meio de um questionário semiestruturado utilizando a escala Likert aplicado aos 42 fiscais da vigilância sanitária de Palmas-TO e teve o objetivo concluído que foi conhecer e avaliar as ações de fiscalização quanto a estrutura, processo e resultados realizadas no cumprimento a RDC n° 46/2009 e pudermos concluir que a visa está bem estruturada nesses aspectos.

Palavras-chave: Cigarro eletrônico. Ações de prevenção. Fiscalização sanitária.

Abstract:
During the year 2020, smoking was responsible for 161,853 deaths in Brazil, equivalent to 443 deaths per day, 13% of the total deaths of the Brazilian population per year (INCA, 2021). Despite the decrease in conventional cigarette consumption, new tobacco products have emerged, such as electronic cigarettes, which have been conquering young adults. Although ANVISA prohibits the sale, importation and advertising and even has an unknown composition, these products are acquired illegally. The research is of a descriptive quantitative nature and was carried out through a semi-structured questionnaire using the Likert scale applied to the 42 health surveillance inspectors in Palmas-TO and had the concluded objective which was to know and evaluate the inspection actions in terms of structure, process and results achieved in compliance with RDC n°46/2009 and we can conclude that the visa is well structured in these aspects.

Keywords: Electronic cigarette. Prevention actions. Sanitary surveillance.

Introdução

No decorrer dos anos, a indústria do tabaco lançou no mercado novos produtos fumígenos para serem comercializados. Como exemplo, em 2003 foi desenvolvido pelo chinês Hon Lik, um novo item eletrônico, o Electronic Nicotine Delivery Systems (Ends), e-cigarretes, e-ciggy, ecigar, são os chamados “cigarros eletrônicos “. Trata- se de um sistema de entrega de nicotina que passa por um processo de remoção de impurezas. Existem vários sabores, e ao serem aquecidos liberam o vapor líquido similar a fumaça do cigarro. Existem os DEF (dispositivos eletrônicos para fumar) que não possuem nicotina, porém contém outras substâncias e a maioria não possuem um padrão de

controle. Os usuários desses produtos, não se consideram fumantes e sim vaporizadores (vapers) (INCA, 2016). A Lei nº 12.546/2011 regulamentada em 2014, proíbe fumar cigarros, charutos, cachimbos, narguilés e outros produtos derivados do tabaco, inclusive os DEFs, em locais de uso coletivo, públicos ou privados, de todo o país (INCA, 2022).

Subsistem três gerações de modelo dos cigarros eletrônicos. A primeira geração é composta por produtos descartáveis e não recarregáveis, com formato muito semelhante ao cigarro regular, contém uma luz de led que imita o cigarro durante a tragada. São comercializados com ou sem nicotina. A segunda geração, é recarregável e os cartuchos podem ser substituídos por alguns semelhantes a uma caneta que permitem a regulagem (INCA, 2016).

Os DEF estão na terceira geração e são recarregáveis. Os vapores gerados a partir dos líquidos, contém solventes, nicotina, água, aromatizantes e outros aditivos. Os solventes mais populares usados em e-liquids são a glicerina, o propilenoglicol e alguns glicerol. A glicerina e propilenoglicol decompõem-se em altas temperaturas, gerando o formaldeído, o acetaldeído, a acroleína e a acetona, que são substâncias citotóxicas, carcinogênicas, irritantes, causadoras do enfisema pulmonar e de dermatite (INCA, 2016).

A tragada do cigarro eletrônico é maior em comparação aos cigarros manufaturados, 4,3 segundos contra 2,4 segundos. As partículas da fumaça dos cigarros regulares e dos cigarros eletrônicos alcançam as estruturas mais profundas dos pulmões, caindo na circulação sistêmica. Sendo assim, a exposição, baixa ou por períodos pequenos, às partículas finas e ultrafinas, tanto da corrente primária quanto da corrente secundária da fumaça e do vapor do tabaco, podem contribuir para processos inflamatórios pulmonares e sistêmicos e aumentar o risco de doença cardiovascular e respiratórias podendo causar a morte (INCA,2016).

Todos os produtos advindos do tabaco são prejudiciais e não existe um nível seguro para a exposição (WHO, 2021). Eles têm sido promovidos por seus fabricantes como sendo inócuos e auxiliar na cessação ao tabagismo. Entretanto, alguns estudos apontam que há evidências sobre os riscos decorrentes de sua utilização, e alguns desses problemas ainda seriam desconhecidos à curto, médio e longo prazo. Os riscos descritos vão desde danos pulmonares, cardíacos, cerebrais, circulatórios, dependência

pela nicotina até a iniciação de jovens ao tabagismo, além da normalização do ato de fumar que contravém em relação as políticas públicas de combate ao tabagismo em diversos países (INCA, 2016).

A organização mundial da saúde (OMS) adotou em 2003 e passou a vigorar no ano de 2005, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) que foi aderida por vários países, inclusive o Brasil. Considerada um marco para a saúde pública o tratado prevê um conjunto de medidas para reduzir o consumo e exposição da fumaça do tabaco, afim de proteger as gerações das consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo tabagismo e a adoção de políticas públicas para eliminar todas as formas de comércio ilícito de produtos de tabaco (ANVISA, 2022)

No Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é responsável por estabelecer normas, regulamentos e executar as atividades de controle sanitário e fiscalização. A vigilância sanitária faz parte do campo de atuação do sistema único de saúde e consiste em um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir os riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL,1990).

A comercialização, importação e propaganda de todos os tipos de dispositivos eletrônicos para fumar são proibidas no Brasil, por meio da Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa: RDC nº 46, de 28 de agosto de 2009. Essa decisão se baseou no princípio da precaução, devido à inexistência de dados científicos que comprovassem as alegações atribuídas a esses produtos. O descumprimento acarreta infrações à legislação sanitária, ficando o infrator, sujeito às sanções prevista na Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977 (ANVISA, 2009) e às previstas no Código Sanitário de Palmas-TO instituído pela Lei Municipal 1840 de 29 de dezembro de 2011, que reforça as ações da vigilância sanitária no controle e fiscalização com intuito de diminuir ou prevenir os riscos à saúde bem como intervir nos problemas sanitários (PALMAS, 2011).

As ações de fiscalização podem ser através de denúncias, queixas técnicas e de programas de monitoramento das medidas de controle visando eliminar, reduzir ou atenuar os eventuais riscos sanitários. Entre as ações de fiscalização, estão a apreensão, o recolhimento, a proibição e a suspensão de armazenamento,

comercialização, distribuição, fabricação, importação, propaganda e/ou uso do produto ou serviço. (ANVISA,2022)

Os DEF, representam uma ameaça a saúde pública por conterem substâncias desconhecidas ou não alegadas. No Brasil é um produto proibido e com a composição desconhecida, por isso é tão relevante para a redução de risco o fortalecimento de ações de controle, monitoramento e fiscalização de produtos e serviços.

Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) realizado no ano de 2020, em âmbito nacional apontaram que em Palmas-TO a prevalência de fumantes foi de 5,3% sendo 9% no sexo masculino e uma das menores frequências de fumantes do Brasil no sexo feminino de 2,1%. Para os fumantes passivos em domicílio, o percentual foi 6,9%, sendo no sexo masculino 6,8% e no sexo feminino 6,9%, já no trabalho foi 5,2% sendo no sexo masculino 8,4% e no sexo feminino 2,3%. Em todas as capitais, a frequência de fumantes tendeu a ser menor entre os adultos jovens antes dos 25 anos de idade e 65 anos e mais.

A frequência do hábito de fumar diminuiu com o aumento da escolaridade e foi particularmente alta entre homens com até oito anos de estudo. Apesar de Palmas-TO atualmente ter um dos menores índices de fumantes dentre as capitais do estado brasileiro, o uso de tabaco é prejudicial para a saúde e é um fator de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis e evitáveis.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) é feita em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com o apoio do Ministério da Educação (MEC). É realizada por amostragem, utilizando o cadastro das escolas públicas e privadas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. O objetivo da pesquisa é o monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde em escolares do Brasil (MS, 2021). Os dados da pesquisa “Pense” têm mostrado o aumento do uso de outros tipos de dispositivos para fumar principalmente entre jovens menores de 18 anos, diante disso é de extrema importância levantar dados de fiscalização no comércio, propaganda e venda ilícitas dos cigarros eletrônicos, e as estratégias de saúde, visando a diminuição da morbimortalidade (INCA, 2021).

O INCA, 2018, alerta que se não forem implementadas ações de proibição de

aditivos, combate ao mercado ilegal e fiscalização da legislação em ambientes livres com intuito de desestimular o uso e reduzir a prevalência, irá comprometer o avanço do controle do tabagismo no Brasil.

Uma intervenção é de qualidade quando incorpora o conhecimento científico e a experiência prática que envolve relações interpessoais positivas, gerando, ao mesmo tempo, benefícios a um custo socialmente suportável com o mínimo de riscos. Portanto, na medida que há domínio científico- tecnológico sobre o tema, objeto ou produto exposto ao comércio para consumo humano, as ações regulatórias tomam volume com respaldo específico de proteção, prevenção.

Donabedian (1980,1990,2003) propôs para a avaliação a tríade: estrutura, processos e resultados como modelo simplificado e reduzido da realidade, inspirado na teoria sistêmica, a partir do qual as informações poderiam ser obtidas para avaliação da qualidade do cuidado da assistência da saúde, podendo ser vista como um conceito abrangente e complexo, formado por sete pilares: 1. Eficácia (produzirem melhorias na saúde e no bem-estar visando condições mais favoráveis) 2. Efetividade (melhorias na saúde utilizando os recursos disponíveis) 3. Eficiência (melhor tratamento ao menor custo) 4. Otimização (o equilíbrio mais vantajoso de custos e benefícios;) 5. Aceitabilidade (expectativas do paciente e de seus familiares em relação aos cuidados recebidos) 6. Legitimidade (visão que a sociedade tem a respeito da organização) 7. Equidade (distribuição do cuidado e dos benefícios de forma imparcial.)

Este trabalho teve como objetivo conhecer as ações e estratégias de fiscalização da Vigilância Sanitária de Palmas (VISA) Tocantins, no comércio de dispositivos eletrônicos para fumar devido a relevância para saúde pública, visto que, são produtos desconhecidos e proibidos de circularem no comércio brasileiro.

Metodologia

A coleta de dados ocorreu com avaliação e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), com Parecer n° 5.657.119, conforme determinado pela Resolução nº. 466/2012 do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi descritiva de natureza quantitativa realizada no período de outubro a novembro de 2022, aplicada para os 42 fiscais atuantes na fiscalização de dispositivos eletrônicos para fumar dos setores da vigilância sanitária de Palmas-TO, distribuídos em 3 gerências; Gerências de Produtos e Serviços de Saúde, Gerência de Produtos e Serviços de Interesse a Saúde e Gerência de Serviços de Alimentação. A VISA conta com 1 fiscal na equipe do Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária (NEVS).

Dentre as coordenações citadas, a de Produtos e Serviços de Interesse a Saúde é responsável pela fiscalização de produtos fumígenos, porém nas operações integradas todos os fiscais participam de ações no cumprimento da RDC n° 46/2009. Por isso os questionários foram oferecidos a todos os 42 fiscais.

Para Gil (2008), a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. A coleta de dados geralmente é feita nestes estudos, por questionários ou entrevistas que apresentam variáveis distintas e relevantes para a pesquisa. (DALFOVO et al., 2008).

Este estudo, utilizou os critérios segundo Donabedian (1980,1990,2003) para avaliação de estrutura, processos e resultados como padrão para medir a qualidade das ações realizadas, sendo estrutura definida pelos processos de trabalho que incluiu planejamento das ações, logística de transporte e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. O processo foi estabelecido de acordo com a estratégias de gestão, produtos, legislações sobre fiscalização, implementação da RDC n° 46/2009 no mesmo ano da sua publicação, educação ou fiscalização durante licenciamento e denúncias advindas da população. Os resultados é um produto final da assistência prestada, inclui os produtos apreendidos a representatividade das vendas no comércio e se são aplicadas infrações.

A qualidade das práticas em vigilância sanitária pode corresponder ao uso adequado do conhecimento técnico no controle de riscos à saúde. Essa dimensão da qualidade tem sido adjetivada e denominada de qualidade técnico-científica (VUORI, 1982).

O convite para participar da pesquisa foi de forma online por meio do aplicativo eletrônico de conversa - Whatsapp de forma individual para os fiscais da vigilância sanitária de Palmas-TO com a apresentação dos objetivos da pesquisa. Para os que desejaram participar, foi enviado via Whatsapp o termo de aceite e assinatura do TCLE

(Termo de consentimento livre e esclarecido) juntamente com o link do questionário composto por onze perguntas que foi aplicada pelo Google forms. Os fiscais que estavam de licença ou de férias, não entraram nos critérios de inclusão da pesquisa.

Foram feitas duas tentativas de abordagem com os fiscais, os que não responderam entraram como perda.

As respostas ao questionário foram escolhidas de acordo com a escala Likert, sendo as opções:

1. Discordo fortemente
2. Discordo
3. Neutro
4. Concordo
5. Concordo plenamente

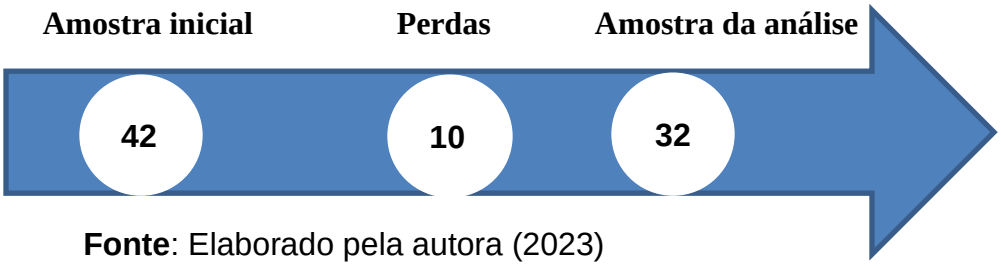
O indivíduo que concordou plenamente com todas as afirmações, a pontuação total foi 5, se ele “concordou” com as afirmações foram 4 pontos, para “Neutro” 3 pontos, o que “discordou” 2 pontos e “discordou fortemente” 1 ponto.

A avaliação foi feita de acordo com a porcentagem de respostas em cada item, por critérios de estrutura, processo e resultados, para não haver discrepância visto que a média poderia distorcer os resultados e a interpretação.

Avaliado por meio deste questionário a qualidade técnico-científica correspondente à incorporação do conhecimento científico vigente pela prática cotidiana a partir do que determina a RDC n° 46/2009

Discussão e resultados

A amostra inicial foi composta por 42 fiscais da vigilância sanitária tiveram 32 respostas e os outros 10 fizeram parte dos critérios de exclusão por não estarem em atividade de fiscalização no momento da pesquisa por conta de férias ou licença. Os fiscais responsáveis pela fiscalização dos fumígenos compõem a gerência de produtos e interesse a saúde, as outras gerências são parceiras e os fiscais são capacitados para atuarem no recolhimento em eventuais fiscalizações que por acaso for encontrado.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

As alternativas foram divididas pela qualidade das ações realizadas quanto a estrutura, processo e resultados.

Estrutura	Sim (%)	Não (%)	Neutro (%)
Existe um planejamento das ações	96,9	3,1	0
Possui mão de obra qualificada	50,0	31,3	18,7
Existem disponibilidade de transporte	59,4	12,5	28,1

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Processo	Sim (%)	Não (%)	Neutro (%)
São apreendidos produto proibidos	90,7	0,0	9,3
Existem estratégias de gestão	65,6	3,1	31,3
Denúncias são feitas pela população	71,9	6,2	21,9
É feito durante o licenciamento ações de fiscalização ou educação	78,1	12,5	9,4
Implementação da RDC n° 46/2009 no mesmo ano da publicação	21,9	40,6	37,5

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

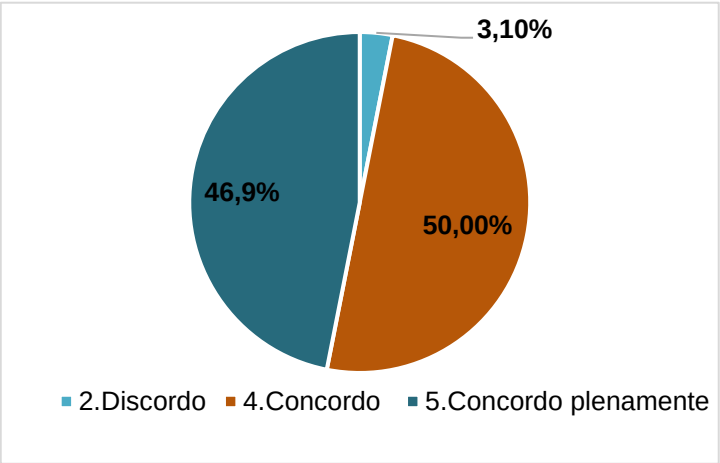
Resultados	Sim (%)	Não (%)	Neutro (%)
É feita a retirada dos produtos	93,8	0,0	6,3
As infrações são lavradas de acordo com as leis	84,4	0,0	15,6
É representativo a quantidade de produtos apreendidos no comércio	53,2	18,8	12,5

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Critérios de estrutura:

Em relação aos critérios de estrutura do processo de trabalho, tivemos as seguintes respostas de acordo com cada pergunta:

1.Existe um plano ou meta de ações no Plano de Ação (PA) para serem cumpridas relativa aos dispositivos eletrônicos de fumar.



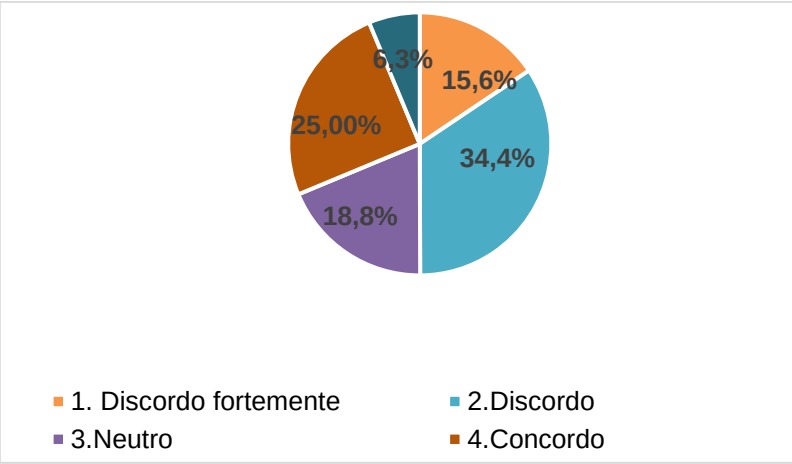
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Pontuação das variáveis segundo a escala likert de 1 a 5 pontos:

Discordo	1 resposta: 1 ponto
Concordo	16 respostas: 64 pontos
Concordo plenamente	15 respostas:75 pontos

O plano de ação da visa é uma ferramenta essencial e importante para planejamento, nele estão descritas todas as ações e atividades que a vigilância sanitária pretende realizar durante um ano, devendo ser monitorada e avaliada (ANVISA,2007). Nessa alternativa, podemos avaliar que 96,9% dos entrevistados reconhecem que consta no plano de ação as metas sobre os dispositivos eletrônicos e somente 3,10% discorda dessa informação.

2.A principal dificuldade encontrada na fiscalização e apreensão desses produtos foi a falta de capacitação dos profissionais.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

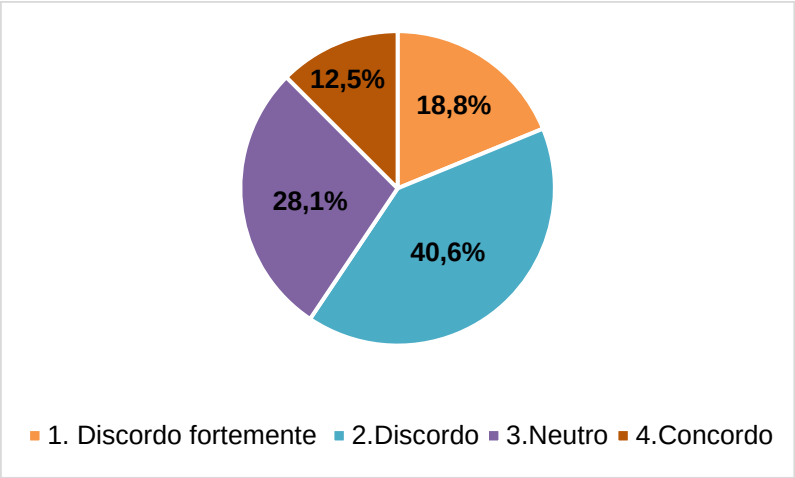
Pontuação de acordo com a escala Likert:

Discordo	11 respostas: 22 pontos
Discordo fortemente	5 respostas: 5 pontos
Neutro	6 respostas: 18 pontos
Concordo	8 respostas: 32 pontos
Concordo plenamente	2 respostas: 10 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

É importante um planejamento e padronização das ações através de um monitoramento embasado na capacitação dos agentes fiscais para a identificação dos riscos sanitários e danos à saúde, visando a proteção e promoção da saúde (BRASIL, 2007). Além disso, traz melhorias na produtividade, o aperfeiçoamento da equipe para a execuções das ações (CABRAL et al., 2021). Nesse quesito, podemos perceber que 50% não apontam a falta de capacitação como o problema estrutural, 31,3% concordam que existe falta de capacitação e 18,8% são neutros.

3.A principal dificuldade encontrada na fiscalização e apreensão desses produtos foi a falta de carro disponível para as ações.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Escala de pontuação segundo Likert:

Discordo	13 respostas: 26 pontos
Discordo fortemente	6 respostas: 6 pontos
Neutro	9 respostas: 27 pontos
Concordo	4 respostas: 7 pontos

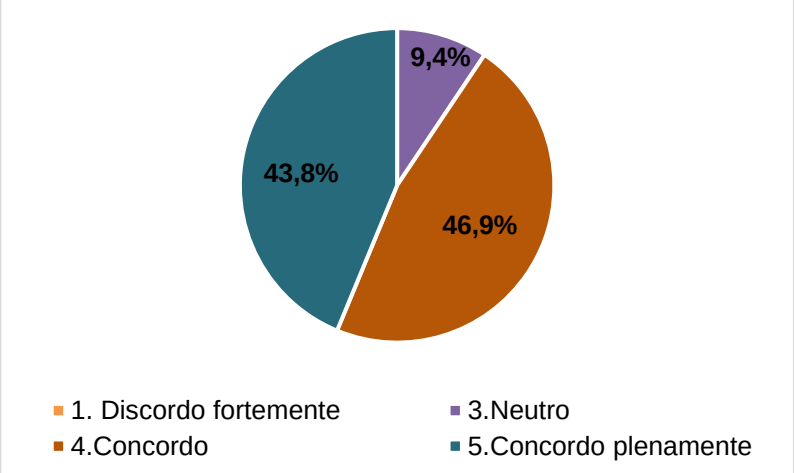
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

As atividades da vigilância sanitária são melhor executadas quando existe a disponibilidade de veículos com intuito de facilitar serviço dos profissionais (CABRAL et al, 2021). Nesse sentido a maioria dos entrevistados, 59,4% não acham que falta de carro para as ações,12,5% acham que falta carro e 28,1% são neutros.

Critérios de processo:

De acordo com a RDC n° 46/2009 é proibida a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, como os e-cigarretes, e-ciggy, ecigar, entre outros. Responda as afirmativas abaixo:

4.Nas fiscalizações são apreendidos esses produtos.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Escala de pontuação segundo Likert:

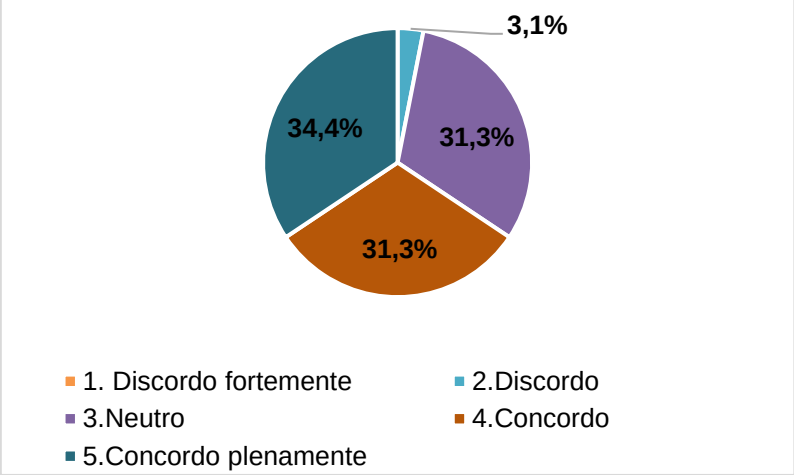
Concordo	15 respostas: 60 pontos
Concordo plenamente	14 respostas: 70 pontos
Neutro	3 respostas: 12 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

As intervenções são essenciais para evitar que as irregularidades sanitárias gerem riscos à saúde. (SOUZA; STEIN, 2008). De acordo com a análise ninguém apontou que os produtos não são apreendidos.

A pesquisa tende a revelar que os fiscais estão atentos aos produtos mesmo sendo separadas por coordenação independente da ordem de serviço segundo 90,7% e apenas 9,4% são neutros.

5.Existem outros tipos de estratégias: operações especiais e demandas dos órgãos de controle.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

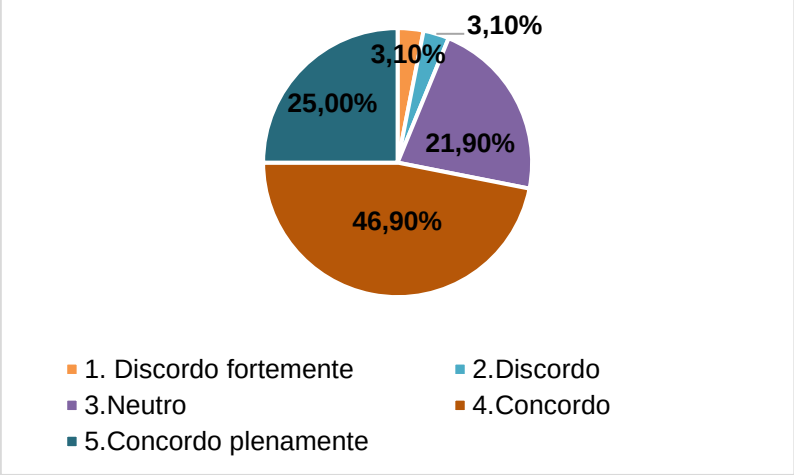
Pontuação segundo a escala likert:

Discordo	1 resposta: 1 ponto
Neutro	10 respostas: 30 pontos
Concordo	10 respostas: 40 pontos
Concordo plenamente	11 respostas: 55 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A qualidade da gestão dos serviços do SUS pode ser aprimorada por meio do uso adequado das ferramentas que a vigilância sanitária possui (SOUZA; STEIN,2008). Na análise, 65,7 % dos entrevistados apontam que existem outros tipos de estratégias e somente um fiscal 3,1% não identifica outras estratégias e 31,3% se mostraram imparciais.

6. Existem demandas relacionadas a denúncias feitas via ouvidoria advindas da população.



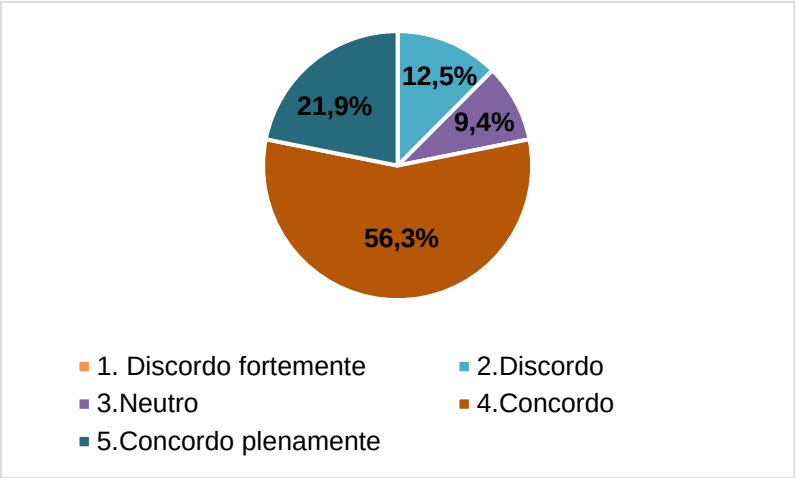
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Discordo fortemente	1 resposta: 1 ponto
Discordo	1 resposta: 1 ponto
Neutro	7 respostas: 21 pontos
Concordo	15 respostas: 60 pontos
Concordo plenamente	8 respostas: 40 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A população reconhece a importância da fiscalização destes produtos proibidos no comércio através da realização das denúncias e ouvidoria, pois 71,9% das respostas declararam receber as denúncias, sendo 21,9% imparciais e apenas 6,2% não concordam que são feitas denúncias pela população.

7.Durante o licenciamento são feitas ações de fiscalização ou educação voltadas para esses produtos.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

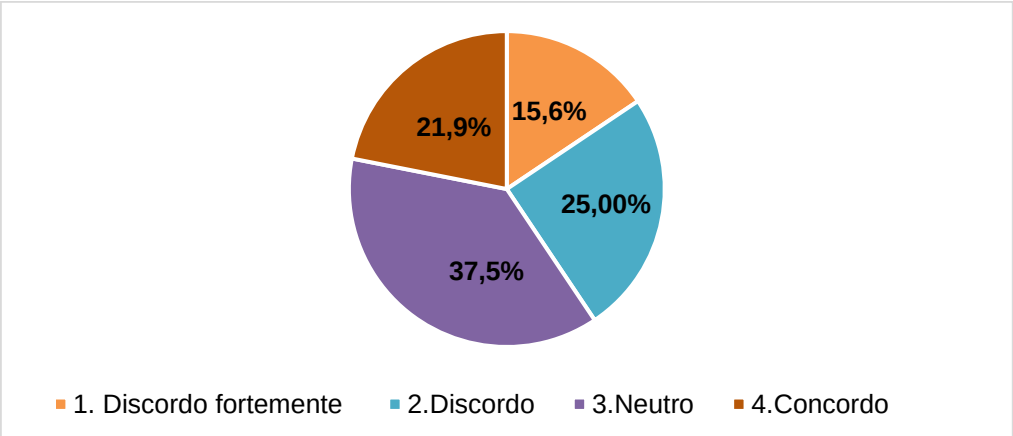
Pontuação segundo a escala likert:

Discordo fortemente	4 respostas: 8 pontos
Neutro	3 respostas: 9 pontos
Concordo	18 respostas: 72 pontos
Concordo plenamente	7 respostas: 35 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Podemos perceber que 78,2% dos fiscais apontaram que são realizadas durante as ações de licenciamento, atividades de fiscalização e educação sobre os produtos fumígenos, 9,4% são imparciais e 12,5% discordam que são feitas. Cabral et al (2021), cita um estudo feito em Minas Gerais em que a maioria das ações da vigilância sanitária abrange as inspeções sanitárias que podem ser realizadas para licenciamento inicial e renovação anual.

8. As ações de fiscalização sobre a RDC ºn 46 de 2009 foram implantadas no mesmo ano da sua publicação em 2009.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Pontuação de acordo com a escala likert:

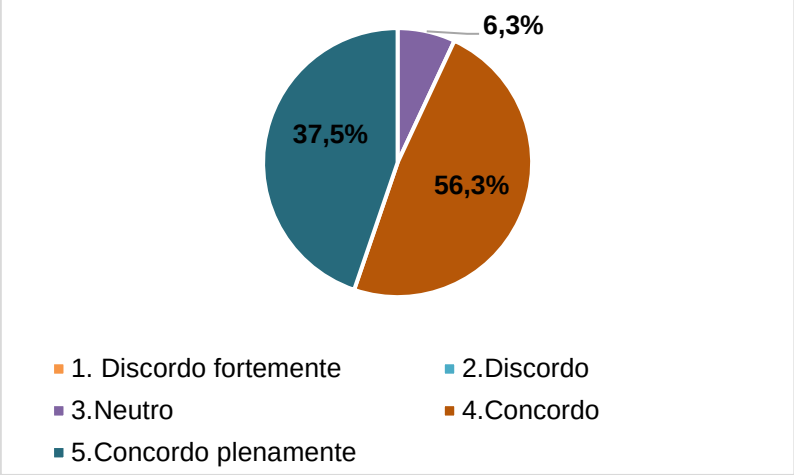
Discordo fortemente	1 resposta: 1 ponto
Discordo	8 respostas: 16 pontos
Neutro	12 respostas: 36 pontos
Concordo	7 respostas: 28 pontos

40,6% das respostas demonstraram que não foi no mesmo ano da publicação que iniciaram as ações de fiscalização. E o grande número de pessoas que responderam neutro (37,5%) podemos inferir que não se lembram ou não tem conhecimento de quando iniciaram estas ações e 21,9% concordam.

Este resultado pode ser justificado pelas outras legislações que foram publicadas após 2009, e que corroboraram para toda organização estrutural da execução da política no município.

Critérios dos resultados:

9. É feita a retirada dos produtos proibidos durante fiscalização para o cumprimento da RDC nº 46/2009.



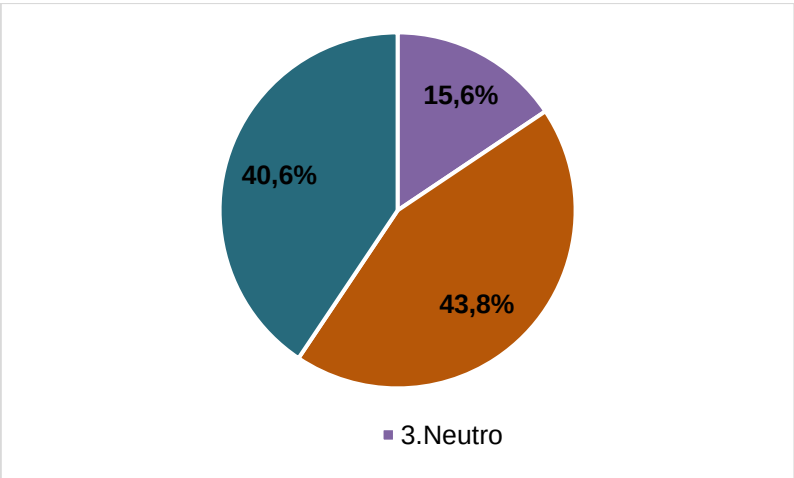
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Neutro	2 respostas: 6 pontos
Concordo	18 respostas: 72 pontos
Concordo plenamente	12 respostas:60 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Não houve nenhuma resposta negando a retirada dos produtos no cumprimento a RDC nº 46/2009, 93,8 % alegam que é feita a retirada. As respostas neutras 6,3%, novamente podem ser de fiscais que não desenvolvem essas atividades na rotina.

10. As infrações lavradas estão de acordo com as previstas nas leis 6.437/77 e lei municipal nº 1840/11 de Palmas-TO.



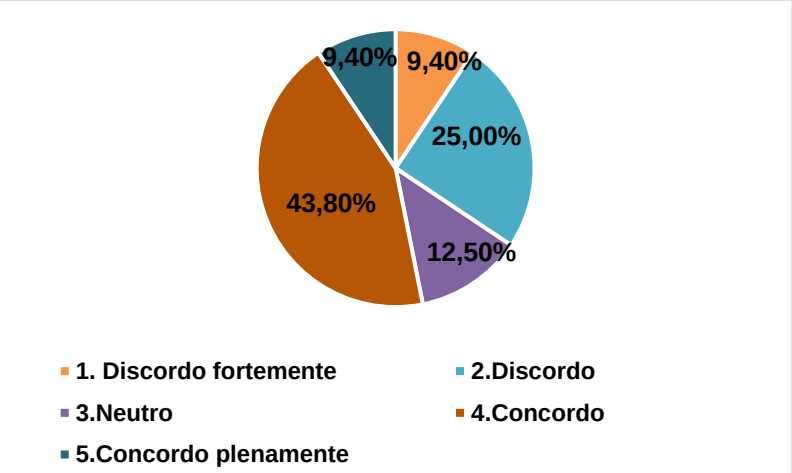
Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Neutro	5 respostas: 15 pontos
Concordo	14 respostas: 56 pontos
Concordo plenamente	13 respostas:65 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

De acordo com a leis nº 1840/11 e 6.437/77 constituem infrações sanitárias construir, instalar ou fazer funcionar produtos para a saúde e demais produtos e serviços que interessem à saúde pública, sem registro, licença sanitária, autorização do órgão sanitário competente ou contrariando as normas legais pertinentes, ficando sujeitos a advertência, apreensão de produtos, cancelamento de licença sanitária e/ou multa. Quanto as infrações lavradas, 84,4% afirmam estarem de acordo com as leis e 15,6% são neutros nesse quesito.

11. A quantidade de produtos apreendidos é representativa diante do número de comércios identificados com venda no município.



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Discordo fortemente	3 respostas: 3 pontos
Discordo	8 respostas: 16 pontos
Neutro	4 respostas: 12 pontos
Concordo	14 respostas: 56 pontos
Concordo plenamente	3 respostas:15 pontos

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Em relação ao comércio dos produtos apreendidos ser representativo no

município, 53,2% concordam, 18,8% discordam e 12,5% são neutros.

Considerações finais

Com os resultados desta pesquisa podemos realizar uma análise positiva no quesito organização da estrutura do processo de trabalho, os profissionais realizam planejamento das ações, a equipe é capacitada e existe meios de transporte para a realização das ações. Outro ponto positivo é o critério dos processos, podemos perceber que existe uma apreensão dos produtos proibidos. É ofertado um canal de comunicação e através dele, a população realiza denúncias, bem como, a equipe possui estratégias de gestão e durante o processo de licenciamento são feitas ações de fiscalização e educação. Em relação as ações não serem realizadas no mesmo ano da RDC nº 46/2009 publicações de acordo com 40,6% não foi no mesmo ano da publicação que iniciaram as ações de fiscalização e 21,9% concordam que foram no mesmo ano e o grande número de pessoas que responderam neutro (37,5%) podemos inferir que não se lembram ou não tem conhecimento de quando iniciaram estas ações. Este resultado pode ser justificado, sem prejuízo às ações de 2009 a se considerar pelas outras legislações que foram publicadas após 2009, e que corroboraram para toda organização estrutural da execução da política no município.

No critério resultados percebemos que os fiscais seguem as leis para aplicar as infrações, realizam a retirada dos produtos proibidos e estes são representativos da venda no comércio. Cabe destacar que, por se tratar de uma pesquisa descritiva quantitativa, na qual não houve confronto com os indicadores de desempenho, a interferência que tivemos foi nas respostas neutras, podemos concluir que as pessoas não se lembram ou não tem conhecimento acerca do assunto e parte dos fiscais atuam em outras gerências e/ou apenas auxiliam a área responsável que é de Gerência de Produtos e Serviços de Interesse a Saúde.

A pesquisa foi descritiva de natureza quantitativa o que levou a identificar as estratégias de trabalho aplicadas no comércio de dispositivos eletrônicos para fumar e analisar a qualidade das ações realizadas quanto a estrutura, processo e ações realizadas pela vigilância sanitária do município de Palmas-TO, servindo de auxílio para a rede de saúde nos seus aspectos de atenção à saúde, gestão em serviço, vigilância de

produtos e serviços e em estratégias de educação aos fiscais da vigilância sanitária e os gestores em tomadas de decisões orientadas por evidências sobre produtos derivados do tabaco, implementando serviços com intuito de coibir o comércio e minimizar os riscos aos quais expõem a população quando fazem uso destes dispositivos eletrônicos.

Referências

ANVISA- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007.Plano diretor da vigilância sanitária-PDVS.Guia de orientações para a elaboração do plano de ação em vigilância sanitária.Planejamento, programação, pactuação e monitoramento das ações de visa. Versao1.1. DisponÍvel em http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33856/2054354/Guia+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+a+Elabora%C3%A7%C3%A3o+do+Plano+de+A%C3%A7%C3%A3o+em+Vigil%C3%A2ncia+Sanit%C3%A1ria/c245201a-0ae1-461e-800f-5fa179b3eeae?version=1.1. Acesso em 18 de dez 2022.

ANVISA- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA,2009 Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 46, de 28 de agosto de 2009. Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro
eletrônico. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0046_28_08_2009.html. Acesso em 12 de jan 2022.

ANVISA- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA,2022. Fiscalização sanitária: entenda as ações realizadas pela Anvisa. Disponível em:https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/fiscalizacao-sanitaria-entenda-as-acoes-realizadas-pela-anvisa. Acesso em 17 de dez 2022.

ANVISA-AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2022. O que é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco? Disponível emhttps://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/convencao-quadro. Acesso em 17 de dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar-pense-1. Acesso em 15 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria Nº 1.052, DE 8 DE MAIO DE 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html. Acesso em 15 de dez 2022

BRASIL,1990**.** LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 16 de dez 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília, 2021, p 32-35. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatório-vigitel-2020-original.pdf. Acesso em 15 de fev 2022.

CABRAL, L. K., MELO, W. E., & RODRIGUES, R. M. 2021. Perfil da estrutura, equipe e trabalho da Vigilância Sanitária na VI Região de Saúde de Pernambuco. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia, 9(2), 162-169. Disponível em https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570569642020

DALFOVO, et al. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008. Disponível em:https://www.academia.edu/7479379/Metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teoricopghZ5wYtENqIOEx8215IUrYE6UxyKquRtYu2Ox4yfy9GoQfDnBg62b6ueeaM036hTeU44AF24SGS~BpD32kTjwgJZK35KLXFGkuN1m9xAbj1Ak2zvGTt2WobaygSMb2NGRA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em 28 fev 2022.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. v. 1: the definition of quality and approaches to its assessment. A. Donabedian. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3-31. Acesso em 03 de maio 2022.

DONABEDIAN, A. “The seven pillars of quality.” Arch. Pathol Lab Med, 114, p. 1115-1118, 1990. Acesso em 03 de maio 2022.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003.Acesso em 03 de maio 2022.

GIL, ANTÔNIO CARLOS. Como elaborar projetos de pesquisa.5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.Acesso em 03 de maio.2022.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina, 2016. Disponível em https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cigarros-eletronicos-oque-sabemos.pdf. Acesso em 26 de fev 2022.

INCA- INSTITUTO NACIONALDE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Cigarro eletrônico, 2018. Disponível em:https://controlecancer.bvs.br/wpcontent/uploads/2018/04/PNCT-BVS.pdf. Acesso em 28 de fev.2022.

INCA- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. MORTALIDADE NO BRASIL, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/mortalidade-brasil. Acesso em 15 de abril 2022.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Dados e números da prevalência do tabagismo. Set 2021.Disponível em: https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo. Acesso em 28 de fev 2022.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JÓSE ALENCAR GOMES DA SILVA. AMBIENTES LIVRE DE TABACO, 2022. Disponível em:https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional/ambientes-livres-de-tabaco.Acesso em 18 de dez 2022

PALMAS, TO. LEI Nº 1840, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui o código sanitáriodo município de Palmas e dá outras providências. Disponível em https://leismunicipais.com.br/a/to/p/palmas/lei-ordinaria/2011/184/1840/lei-ordinaria-n-1840-2011-institui-o-codigo-sanitario-do-municipio-de-palmas-e-da-outras-providencias. Acesso em 28 de fev 2022.

WHO - World Health Organization. Tobacco. Julho,2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Acesso em 15 de fev. 2022.

VUORI, HV. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1982. Acesso em 03 de maio.2022

SOUZA JS, STEIN AT. Vigilância sanitária de uma cidade metropolitana do sul do Brasil: implantação da gestão plena e efetividade das ações. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008;13(2):2225-38. Disponível em https://www.scielo.br/j/csc/a/RTCXQqb9Q8WCZ7LRykjTmjz/

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS DECORRENTES DE COVID-19 EM PALMAS-TO NO ANO 2021

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF DEATHS RESULTING FROM COVID-19 IN PALMAS/TO IN THE YEAR 2021

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MUERTES POR COVID-19 EN PALMAS/TO EN EL AÑO 2021

Lúcia Helena Fernandes Quintella*
Fernanda Maria Fernandes *
Pedro Paulo dos Santos Oliveira*

Resumo

O SARS-CoV-2 surgiu na cidade de Wuhan, China, no fim de 2019. O vírus é transmitido rapidamente entre humanos, tem a possibilidade de evoluir com doença respiratória aguda e grave. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde decretou o surto como pandemia, e o novo vírus chamou atenção por sua alta transmissibilidade, características intrínsecas e impacto social. Palmas teve seu primeiro caso registrado em março de 2020, sendo o primeiro óbito no mês seguinte. Logo, o presente estudo tem por objetivo realizar o delineamento das características epidemiológicas que envolvem a mortalidade pela Covid-19 no município de Palmas/TO, Brasil, no ano de 2021. Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Os dados foram analisados a partir das Declarações de Óbito do Município de Palmas/TO. Foram analisadas 7 variáveis, de um total de 477 óbitos e o sexo mais acometido foi o masculino, na faixa etária entre 60 e 69 anos, da cor parda. Assim, os cuidados frente à Covid-19 nesses indivíduos devem ser mais intensos acerca de orientações de prevenção, e criação de protocolos que garantam menor risco de contaminação para esse grupo. Além disso, o reforço da importância da vacinação, como estratégia para diminuição dos níveis de mortalidade.

Descritores: Coronavírus; Mortalidade; Perfil epidemiológico.

Introdução

Palmas, a capital mais nova do Brasil, foi planejada. Sua promulgação ocorreu em 05 de outubro de 1989 pela Constituição estadual, que a definiu como a capital do Estado do Tocantins. A pedra fundamental de construção da cidade foi lançada em 20 de maio de 1989[1]. A partir de 1997, Palmas teve o seu sistema de saúde organizado, com um processo intenso de reorganização dos serviços, cujo propósito da gestão da época era investir na municipalização da saúde[2]. Em 2016, por meio do relatório detalhado do quadrimestre anterior, foi implementado o NotificaSUS (previamente conhecido como DTCAT) como ferramenta complementar para acompanhamento de agravos[3]. Com o surgimento da Covid-19, o sistema foi também utilizado para notificar os novos casos do agravo.

Em dezembro de 2019, com a emergência de saúde pública imposta pela epidemia do SARS-CoV-2, em Wuhan, na China, e diante do risco de rápida disseminação para outros países, instituiu-se alerta internacional para possível pandemia, fato declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020[4,5]. O vírus SARS-CoV-2 é transmitido rapidamente entre humanos, tem a possibilidade de evoluir com doença respiratória aguda e grave[6,7,8], diferenciando-se pela capacidade de disseminação a partir de casos assintomáticos [4,9].

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo, com primeiro óbito em 12 de março de 2020, no mesmo local[6,7]. Em 18 de março do mesmo ano, foi publicado o Decreto nº 1.859, que declarou situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispunha sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo Coronavírus (Covid-19). Neste, ficou definida a divulgação de informações epidemiológicas, pelo boletim disponibilizado através do site da Prefeitura de Palmas. A capital do Tocantins teve seu primeiro caso registrado em Boletim Epidemiológico no dia 19 de março de 2020, a partir daí o referido boletim passou a ser diário, tendo o primeiro óbito publicado no Boletim nº 27, no dia 15 de abril de 2020[10].

A vigilância dos vírus respiratórios apresenta grande relevância para a saúde pública do Brasil devido ao potencial epidêmico e pandêmico que alguns vírus podem apresentar, sendo uma estratégia fundamental para o monitoramento e controle de novos agentes etiológicos [4,11]. Na fase inicial da pandemia, devido às características do agravo, o perfil dos pacientes internados que evoluíam à óbito estava associado, em diversos estudos, com maior prevalência entre idosos do sexo masculino e com comorbidades preexistentes[7,12,13,14].

As comorbidades são o conjunto de doenças que um indivíduo apresenta em determinado momento. A problemática maior é que seus portadores podem não saber que

possuem a doença, visto que podem viver muitos anos sem apresentar sintomas (paciente assintomático)[15]. Qualquer pessoa, de qualquer idade, pode ter diversas comorbidades, mas pelo tempo de vida acabam sendo mais comuns nos idosos[16].

Considerando o atual cenário de índices altos de morbimortalidade dos grupos então considerados como "de risco" quando acometidos pela infecção pelo novo coronavírus, é imprescindível entender o papel desses fatores como modificadores do curso natural da doença ou como agravantes associados a pior evolução clínica e óbito, tendo em vista a necessidade de superar os desafios deste processo. Nesse sentido, a presente pesquisa objetiva delinear as características epidemiológicas que envolvem a mortalidade por Covid-19 no Município de Palmas/TO-Brasil.

Segundo Paixão[17], o perfil de óbitos pode mudar conforme as diversas variáveis ambientais e regionais. Até o final do ano de 2020, em estudos publicados em Pernambuco e Bahia, a prevalência de casos que evoluíram a óbito foram em idosos do sexo masculino com comorbidades[11, 17].

O presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de óbitos confirmados para Covid-19 no Município de Palmas, no estado do Tocantins, no ano de 2021, quanto às características demográficas, clínicas e epidemiológicas. Através dessa análise, pretende-se definir se a capital do Tocantins segue o mesmo perfil identificado em estudos anteriores, além de identificar as populações mais vulneráveis e os fatores de risco prevalentes para o agravamento e posterior óbito, buscando favorecer a definição de protocolos para tomada de decisão com vistas ao melhor controle da doença.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo[18]. A amostra foi constituída por pessoas residentes em Palmas (TO), que vieram a óbito em decorrência da Covid-19 ou que tiveram a doença mencionada na Declaração de Óbito (DO). Sendo assim, a Coordenação dos Óbitos disponibilizou o acesso à planilha de dados referentes aos óbitos pelo agravo, que já haviam sido investigadas pela Área Técnica dos Agravos Imunopreviníveis, e confirmadas como óbitos por Covid-19. Essa planilha foi preenchida com base nos dados das Declarações de Óbito (DO) do Município, no ano de 2021, com vistas a produção de um perfil epidemiológico.

Foram considerados para a pesquisa, pacientes residentes em Palmas-TO, que tinham menção à Covid-19 na DO, com óbito confirmado no período de janeiro de 2021 até dezembro de 2021. Foram excluídos pacientes moradores de outros municípios, que eram

casos sem confirmação de Covid-19 ou sem menção dela na DO e casos de óbitos confirmados posteriores a dezembro de 2021. As variáveis utilizadas foram: idade, sexo, raça/cor da pele, comorbidades, área de moradia e tipo de óbito (hospitalar ou domiciliar).

Os dados referentes aos óbitos ocorridos no periodo de 1º de janeiro de 2021 a 31 de dezembro 2021 foram solicitados à área técnica, posteriormente organizados de forma que foram contempladas as seguintes variáveis: região geográfica de moradia (Norte, Sul ou Central), sexo (masculino ou feminino), faixa etária (≤10, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 ou ≥90 ou anos de idade), comorbidade (se sim, qual), óbito por COVID-19 (sim ou não) e local do óbito (setor saúde, domicílio, via pública ou outro). Para este estudo, considerou-se o registro da doença COVID-19 como causa básica confirmada ou suspeita de coronavírus segundo o registro na planilha de óbitos da área técnica.

O local do óbito registrado como hospital, outros serviços de saúde, posto de saúde, ambulância ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foram agrupados como "local de saúde", outro local, local ignorado ou "via pública" foram agrupados como "outro", "domicílio" será mantido individualizado.

Os dados coletados foram tabulados através do programa Excel, no qual usou-se filtros para melhor análise dos dados. Além disso, esses dados foram utilizados para geração de gráficos que facilitam a visualização do perfil criado através do presente estudo. Dentro de cada filtro, foram utilizados intervalos ou valores fixos para facilitar a análise.

O projeto de pesquisa (PP) foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). Após apreciação e aprovação, o PP foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do CEP/FESP, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos[19]. No dia 18/08/2022 o projeto foi aprovado sob o CAAE 60931422.2.0000.9187, no parecer nº 5.589.897.

Resultados

Após aprovação da comissão de ética, a área técnica dos óbitos compartilhou a planilha de controle de óbitos do Município. Depois da aplicação dos filtros e divisão de variáveis, foi possível observar que entre 1º de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2021, foram registrados 477 óbitos de pacientes residentes do município de Palmas.

O primeiro óbito por Covid-19 registrado em 2021 ocorreu no dia 13/01/2021. No mês de janeiro, foram 24 óbitos registrados no município. Em março, houve um aumento de 6 vezes nesse número, com o ápice do número de óbitos, atingindo 151 casos confirmados

como óbito por Covid-19. A partir do mês seguinte, o número de óbitos foi diminuindo e nos três últimos meses, se manteve abaixo de 10 casos em cada mês. Na tabela 1, é possível observar a distribuição de óbitos de acordo com as variáveis escolhidas, além das porcentagens em relação ao total de casos (n=477).

Tabela 1

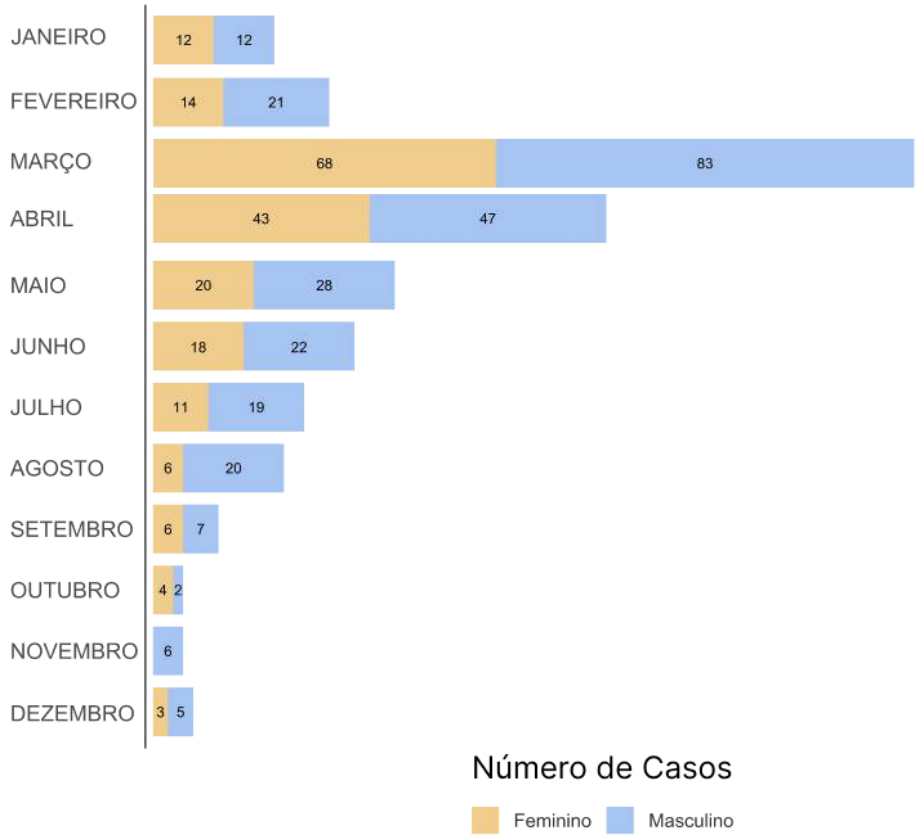
Frequência Absoluta de casos de acordo com a variaveis

Variável	**n**	%	**Variável**	**n**	%
Idade, anos			**Raça/ Cor da Pele**		
≤10 anos	2	0,42	Amarelo	6	1,26
11 a 19 anos	1	0,21	Branco	162	34
20 a 29 anos	5	1	Pardo	222	46,5
30 a 39 anos	30	6,3	Preto	47	9,84
40 a 49 anos	55	11,53	Ignorado	40	8,4
50 a 59 anos	83	17,4	**Local de Óbito**		
60 a 69 anos	123	25,8	Domiciliar	6	1,26
70 a 79 anos	92	19,3	Hospitalar	471	98,74
80 a 89 anos	65	13,62	**Região de Moradia**		
≥ 90 anos	21	4,42	Norte	29	6
Sexo			Centro	48	10
Masculino	272	57,03	Sul	57	12
Feminino	205	42,97	Não Informado	343	72
Comorbidades			**Óbito por Covid-19**		
Sim	287	60,2	Sim	477	100
Não	190	39,8	Não	0	0

Fonte: Autores(2022)

O mês com maior número de óbitos registrados foi março, representando 31,66% (n=151) das declarações de óbitos. Os meses com menor número de óbitos foram Outubro e Novembro, ambos com 1,26% (n=6) cada. No gráfico abaixo, pode-se observar a frequência absoluta de óbitos por Covid-19 ao longo dos meses em Palmas, em relação ao sexo.

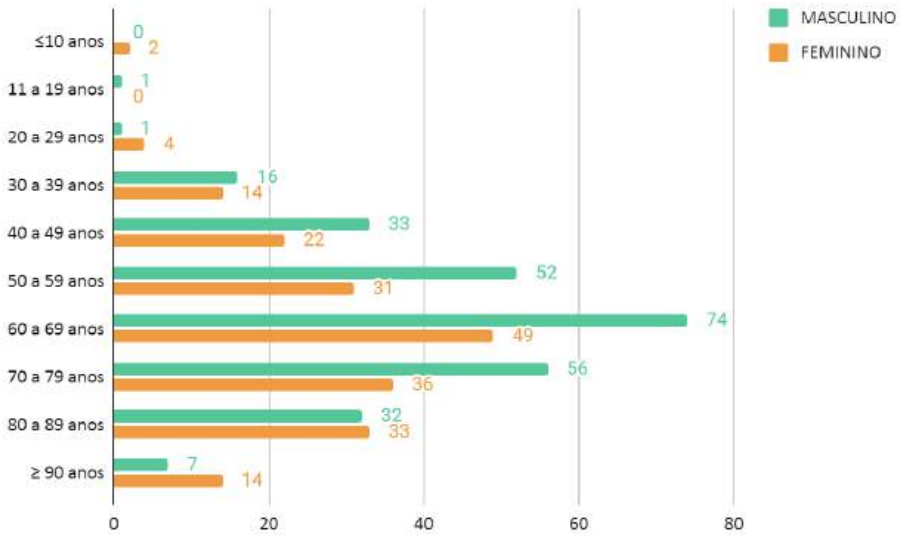
Figura 1: Distribuição de Óbitos por Covid-19 no ano de 2021 por mês em relação ao sexo.



Fonte: Autores (2022)

Do total de óbitos, 57,03% (n=272) foram do sexo masculino e 42,97% (n=205) do sexo feminino. A faixa etária mais afetada foi a de 60 a 69 anos, com 25,80% (n=123) dos óbitos. Dentro desta faixa etária, 60,1% (n=74) do sexo masculino e 39,9% (n=49) do sexo feminino.

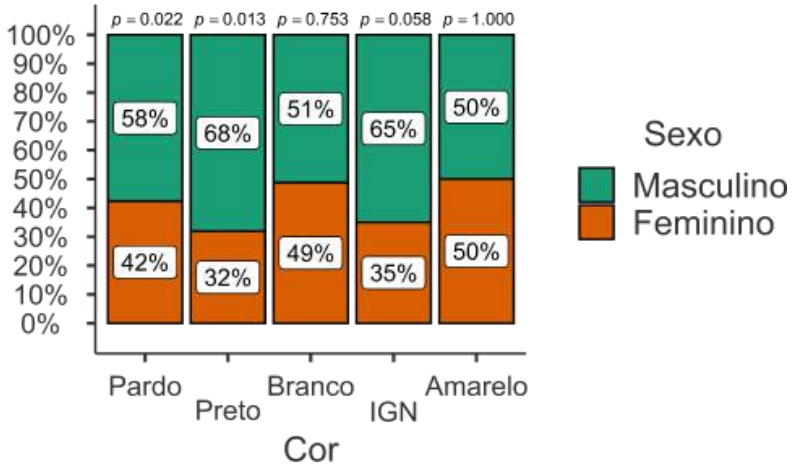
Figura 2: Distribuição de casos por faixa etária e sexo



Fonte: Autores (2022)

Dentre as variáveis de raça/cor da pele, a frequência de casos que evoluíram à óbito foi maior na população parda, representando 46,5% (n=222) deles, como é possível observar na Tabela 1. Observa-se que quatro das cinco variáveis apresentam o maior número de casos em pacientes do sexo masculino, como é possível observar na figura 3. Quanto às variáveis de comorbidades, 60,2% (n=287) apresentavam uma ou mais comorbidades, sendo as mais comuns as doenças cardíacas 22,30% (n=64) e doenças cardíacas associadas à diabetes mellitus 13,94% (n=40). Além disso, 98,74% (n=471) dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar.

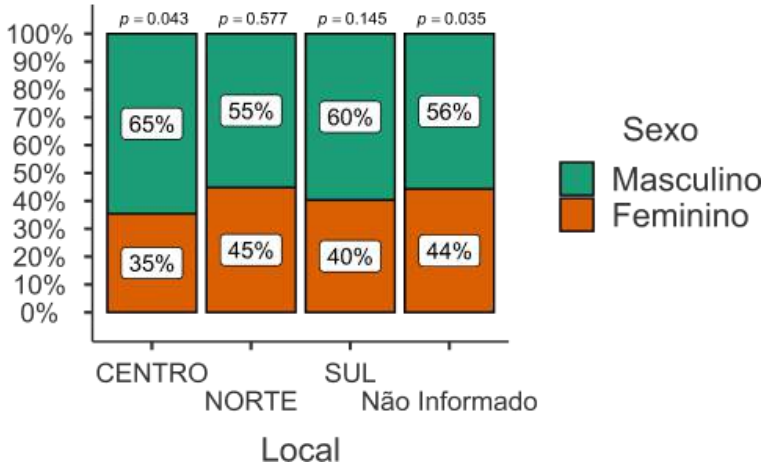
Figura 3: Óbitos distribuídos por Raça/ Cor da Pele e Sexo



Fonte: Autores(2022)

Por fim, quanto à distribuição geográfica dos casos, apenas 28% (n=134) das Declarações de óbito tinham o campo "endereço" preenchido corretamente, dessa forma, em 79%(n=343) dos casos, o campo foi preenchido como "ignorado". Conforme definido na metodologia, as áreas de moradia foram divididas entre "Norte", "Central" e "Sul", a distribuição de casos por localidade pode ser observada abaixo.

Figura 4: Distribuição de óbitos por sexo na área de moradia.



Fonte: Autores(2022)

Discussão

Estudos anteriores indicam que certas variáveis apresentam maior risco de óbito por Covid-19. Entre os fatores, destacam-se o sexo masculino, a faixa etária acima de 60 anos, e a existência de comorbidades.

Quanto ao sexo o presente estudo apresentou maior numero de óbitos em pacientes do sexo masculino. Em artigos anteriormente publicados, um possível motivo para isso é a resposta imunológica nos diferentes sexos. Takahashi[20] constatou que os pacientes do sexo masculino apresentam aumento de citocinas inflamatórias (IL-8, IL-18, CCL5). Ademais, foi verificado que durante a doença os homens têm uma menor ativação do número de células T. Complementarmente, estudos apontam que elevados níveis de marcadores sanguíneos, como as citocinas inflamatórias, estão diretamente relacionados a piores desfechos nos casos de Covid-19[21].

Lima[22], demonstra que outros fatores da maior incidência masculina ao óbito referem-se às questões comportamentais, como o isolamento social, no qual o sexo masculino apresenta maior probabilidade de exposição ao risco e negligência da quarentena. Além disso, no Brasil, a taxa de tabagistas, que é um fator de risco, é maior entre os homens do que entre as mulheres[23]. Outro fator que tem impacto direto na taxa de mortalidade dos homens infectados pelo vírus é o subdiagnóstico de doenças prévias, como diabetes e hipertensão, além das cardiopatias, que são, de fato, mais prevalentes em homens[24]. Porto[25] traz que a menor incidência de morte no sexo feminino pode estar relacionada ao estrogênio, que pode estimular melhor a imunidade além de responder melhor a vacinas. Fatores relacionados a essa incidência ainda são estudados e poderão ser melhor descritos futuramente.

Este estudo apresentou maior frequência de óbitos entre pessoas com comorbidade prévia. A presença de comorbidade em pacientes com Covid-19 já representa um fator de risco, e correlacionam-se com piores prognósticos[26]. Ademais, a presença de uma comorbidade aumenta a chance de óbito em cerca de 9 vezes, em comparação aos pacientes sem comorbidades[27]. Dentre as comorbidades, o óbito por Covid-19 atinge, principalmente, pacientes com Doenças Cardiovasculares, isso está de acordo com outros estudos previamente publicados. Durante o ano de 2020, estudos na China evidenciaram que a taxa geral de mortalidade por Covid-19 é de 2,3%, porém, atinge 10,5% em pacientes com Doença Cardiovascular (DCV) subjacente. No Brasil, Oliveira[28] identificou um maior risco de desfecho desfavorável e/ou óbito para os indivíduos que eram cardiopatas, em estudo realizado no Mato Grosso.

Entre os indivíduos com idade acima de 60 anos, é comum a presença de doenças cardíacas, doenças pulmonares crônicas, doenças renais crônicas, diabetes mellitus (principalmente se não estiver bem controlada), doenças hepáticas crônicas e obesidade. Pode haver também um quadro de imunossupressão. Este ocorre naturalmente devido ao processo de envelhecimento, além de poder ser causado por medicamentos como quimioterápicos[29,30]. As comorbidades crônicas como, por exemplo, a diabetes mellitus e a obesidade, mantêm o paciente em um estado inflamatório crônico, ou seja, tornando-o suscetível a outros quadros inflamatórios/infecciosos com resposta exagerada, como o que ocorre na Covid-19[29,31,32].

Com relação a idade, este estudo analisou a prevalência de óbitos em pacientes na faixa etária entre 60 e 69 anos. Diversos estudos buscam entender a correlação entre os óbitos por Covid-19 e a idade mais avançada dos pacientes. Em análise da relação entre comorbidades e população de risco para a infecção pelo vírus, Nunes[33] observou que indivíduos com idade superior a 50 anos analisados apresentavam pelo menos uma comorbidade, o que justifica essa população compor o grupo de risco para Covid-19. O perfil etário de óbitos por Covid-19 encontrado na presente análise entra em concordância com o perfil analisado na China[34] e no México[35], que demonstram maior índice de risco de óbito para pacientes com Covid-19 de idade superior a 60 anos.

Porto[25], mostrou maior mortalidade entre os indivíduos de cor branca. O Ministério da Saúde inicialmente divulgou os dados por sexo e idade, mas passou a divulgar por raça/cor da pele. Cerca de 64% das mortes por Covid-19 são de indivíduos de cor branca. O presente estudo divergiu dessa informação, tendo maior número de óbitos entre pardos. Não há hipótese sobre essa informação, seriam necessárias análises mais aprofundadas para uma conclusão.

Durante o desenvolvimento deste estudo, verificou-se que das 477 declarações de óbitos, apenas 134 tinham o campo "endereço" preenchido, isso dificultou a análise e criação do mapa de pontos de distribuição de óbitos na capital do Tocantins, e evidenciou uma fragilidade na completude de informações no banco de dados de óbitos.

Conclusão

Conclui-se com este estudo, que os indivíduos que estão em maior risco de evoluir para óbito após infecção por Covid-19, são de idade mais elevada e portadores de comorbidades, principalmente doenças cardiacas, além de serem majoritariamente do sexo masculino. Logo, os cuidados frente à Covid-19 nesses indivíduos devem ser mais intensos acerca de orientações de prevenção, e criação de protocolos que garantam menor risco de

contaminação para esse grupo. Além disso, o reforço da importância da vacinação, como estratégia para diminuição dos níveis de mortalidade.

Colaboradores

L. H. F. QUINTELLA contribuiu com a concepção do estudo, coleta e processamento de dados, análise, redação e revisão crítica do texto. F. M. C. FERNANDES contribuiu com a orientação da concepção do estudo, e revisão crítica do texto. P. P. S. Oliveira contribuiu com a coorientação da análise, processamento de dados e revisão crítica do texto.

Agradecimento

À Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (Supavs), em especial a Coordenação Técnica de Agravos Imunopreveníveis, pela oportunidade de vivência no cenário de prática e aprofundamento no exercício da vigilância em saúde. À Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, por todo o suporte durante o período de aprendizado.

Financiamento

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP).

Referências

1. TEIXEIRA, L. F. C. A Formação de Palmas. Dossiê Cidades Planejadas na Hinterlândia. Revista UFG; Junho 2009 (p. 91-99)

2. BARROS, Fabiane Santos. A atenção básica de saúde em Palmas-TO no contexto histórico normativo do sistema único de saúde. 2020. 89f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, Palmas, 2020.

3. PALMAS, TO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior RDQA 3º QUADRIMESTRE DE 2016, 2016. Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/media/doc/arquivoservico/RQDA_-_3%C2%BA_Quadrimestre.pdf

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas. COVID-19. Brasília (DF); 2020.

5. RAFAEL RMR, NETO M, CARVALHO MMB, DAVID HMSL, ACIOLI S, FARIA MGA. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? Rev enferm UERJ. 2020.

6. CRODA JHR, GARCIA LPG. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. Epidemiol Serv Saude. 2020;29(1):e2020002.

7. NIQUINI RP, LANA RM, PACHECO AG, CRUZ OG, COELHO FC, CARVALHO LM, et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. Cad Saúde Pública. 2020;36(7):e00149420

8. CHIH-CHENG L, TZU-PING S, WEN-CHIEN K, HUNG-JEN T, PO-REN H. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. Int J Antimicrob Agents. 2020;55(3):105924.

9. MUNSTER VJ, KOOPMANS M, VAN DOREMALEN N, VAN RIEL D, WIT E. A novel coronavirus emerging in china – key questions for impact assessment. N Engl J Med. 2020;382:692-4.

10. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo coronavírus (covid-19). Nº 27. 15 abril 2020. Palmas, 2020.

11. SILVA APSC, MAIA LTS, SOUZA WV. Síndrome Respiratória Aguda Grave em Pernambuco: comparativo dos padrões antes e durante a pandemia de COVID-19. Cien Saude Colet. 2020:25(Supl. 2):4141-50.

12. RICHARDSON S, HIRSCH JS, NARASIMHAN M, CRAWFORD JM, MCGINN T, DAVIDSON KW. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA. 2020;323(20):2052-9.

13. PATHANGEY, G., FADADU, P. P., HOSPODAR, A. R., & Abbas, A. E. Angiotensin-converting enzyme 2 and COVID-19: patients, comorbidities, and therapies. *American journal of physiology. Lung cellular and molecular physiology*, *320*(3), L301–L330. 2020. https://doi.org/10.1152/ajplung.00259.2020

14. ANGHEBEM, Mauren Isfer; REGO, Fabiane Gomes de Moraes; PICHETH, Geraldo. COVID-19 e Diabetes: a relação entre duas pandemias distintas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, [S.L.], v. 52, n. 2, p. 1-3, 2020. Mensal. Revista Brasileira de Analises Clinicas. http://dx.doi.org/10.21877/2448-3877.20200001.

15. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. J Infect. 2020;80(6):E14-8. http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005 PMid:32171866.

16. Confortin SC, Schneider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. Epidemiol Serv Saude. 2017 jun;26(2):305-17. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000200008 PMid:28492772.

17. PAIXÃO, E. N. et al. Perfil epidemiológico de óbitos por Covid-19 em Vitória da Conquista, Bahia Brasil. Research, Society and Development, v. 10, n. 16, e454101623832, 2021.

18. HULLEY, S.B, ; ET. AL. **Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica.** 3d, Porto Alegre: Artmed; 2008

19. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Seção 1, Pg 59. Brasília, 2021. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf Acesso em 20 de março de 2022.

20. Takahashi, T., Ellingson, M. K., Wong, P., Israelow, B., Lucas, C., Klein, J., Silva, J., Mao, T., Oh, J. E., Tokuyama, M., Lu, P., Venkataraman, A., Park, A., Liu, F., Meir, A., Sun, J., Wang, E. Y., Casanovas-Massana, A., Wyllie, A. L., … Iwasaki, A. (2020). Sex differences in immune responses that underlie COVID-19 disease outcomes. Nature, 588(7837), 315–320.

21. Mallah, S. I., Ghorab, O. K., Al-Salmi, S., Abdellatif, O. S., Tharmaratnam, T., Iskandar, M. A., Sefen, J. A. N., Sidhu, P., Atallah, B., El-Lababidi, R., & Al-Qahtani, M. (2021). COVID-19: breaking down a global health crisis. Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials, 20(1), 35.

22. Lima, D. L. F., Dias, A. A., Rabelo, R. S., Cruz, I. D. da, Costa, S. C., Nigri, F. M. N., & Neri, J. R. (2020). COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. Ciência & Saúde Coletiva, 25(5), 1575–1586.

23. Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Dados e números da prevalência do tabagismo, 2019: Ministério da Saúde. https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politicanacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo

24. Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Hoffmann, J. F., Moura, L. D., Malta, D. C., & Carvalho, R. M. S. V. D. (2009). Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Revista de Saúde Pública, 43, 74-82.

25. Porto, E. F., Domingues, A. L., Souza, A. C. de, Miranda, M. K. V., Froes, M. B. da C., & Pasqualinoto, S. R. V. (2021). Mortalidade por Covid-19 no Brasil: perfil sociodemográfico das primeiras semanas. Research, Society and Development, 10(1), e34210111588.

26. Souza, A. S. R., Amorim, M. M. R., Melo, A. S. de O., Delgado, A. M., Florêncio, A. C. M. C. da C., Oliveira, T. V. de, Lira, L. C. S., Sales, L. M. dos S., Souza, G. A., Melo, B. C. P. de, Morais, Í., & Katz, L. (2021). Errata: General aspects of the

COVID-19 pandemic. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 21(suppl 2), 565–565.

27. Galvão, M. H. R., & Roncalli, A. G. (2021). Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. Revista brasileira de epidemiologia [Brazilian journal of epidemiology], 23, e200106

28. Oliveira FRA, Cunha TB, Silva JH, Atanaka M, Nascimento VF, Terças-Trettel ACP. Comorbidades em matogrossenses hospitalizados com COVID-19 em 2020. Rev Sustinere. 2021; 9(2):582-602.

29. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q et al. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: A systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis. 2020;2020(94):91-5. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017 PMid:32173574.

30. Centers for Disease Control and Prevention. Increased Risk of Hospitalization or Death Age Increases Risk for Severe Illness. [Internet] CDC; 2021. Disponível em https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html

31. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics (NCHS). Weekly Updates by select demographic and geographic characteristics. Provisional Death Counts for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). CDC; 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm

32. Centers for Disease Control and Prevention. Increased Risk of Hospitalization or Death Age Increases Risk for Severe Illness. CDC; 2021. Disponível em https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html

33. Nunes, B. P., Souza, A. S. S. de, Nogueira, J., Andrade, F. B. de, Thumé, E., Teixeira, D. S. da C., Lima-Costa, M. F., Facchini, L. A., & Batista, S. R. (2020). Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. Cadernos de Saúde Pública, 36(12). https://doi.org/10.1590/0102-311x00129620

34. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the chinese center for disease control and prevention. JAMA. 2020 Apr 7;323(13):1239-42. doi: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.2648.

35. Bello-Chavolla, O. Y., González-Díaz, A., Antonio-Villa, N. E., Fermín-Martínez, C. A., Márquez-Salinas, A., Vargas-Vázquez, A., Bahena-López, J. P., García-Peña, C., Aguilar-Salinas, C. A., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2021). Unequal impact of structural health determinants and comorbidity on COVID-19 severity and lethality in older Mexican adults: Considerations beyond chronological aging. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 76(3), e52–e59.

ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO EM PALMAS, TO: UMA ANÁLISE DOS TRATAMENTOS DE PÓS-EXPOSIÇÃO EM 2019 A 2021

SANTOS, L. S; SANTOS, I. G.
Bióloga Sanitarista e Agente de Vigilância em Saúde lucivania.sousamb@gmail.com;
Biólogo Sanitarista icaro.gbio@gmail.com

RESUMO

A raiva é causada por um vírus infeccioso agudo acometendo mamíferos, inclusive o homem, com letalidade de quase 100%. A prevenção à doença segue as recomendações institucionais de saúde. No Brasil, a vigilância acontece pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, por meio do Atendimento Antirrábico Humano - AARH, preenchidas quando uma pessoa sofre agressão por animais transmissores do vírus, sendo registrado mais de 600 mil notificações. Em Palmas - TO, a incidência atingiu 2.524,355/100.000 hab., de 2016 e 2020. O trabalho teve como objetivo analisar o tratamento indicado de pós-exposição nas Unidades Pronto Atendimento, entre 2019 e 2021, em Palmas - TO. O estudo foi quantitativo observacional, descritivo e exploratório, do tipo transversal, com a exportação dos dados no SINAN. A adoção do protocolo utilizou-se o teste Qui-quadrado, sob significância de P = 0,05. Das 4.063 fichas analisadas, o ano de 2019 notificou 35,37% das agressões e a UPA norte atendeu 52,7% destas. A maioria das agressões foram em pessoas do sexo masculino (53,0%); a faixa etária de 0-9 anos (20,5%); animal agressor cão (78,0%); e estes eram sadios (63%) e observáveis (85%). Por mordedura (96,3%) e o ferimento profundo (52,1%); e único (53,2%); o local da agressão foi mãos/pés (44,49%); a observação + vacina foi a conduta mais indicada (55,7%); e os animais foram classificados como sadios após investigação (68,3%). Aplicou-se 11.105 doses de vacina e 6.945 ml de soro ou imunoglobulina antirrábica. Quanto à conduta, 60,5% atenderam ao protocolo e 52,3% foram consideradas adequadas. Mesmo atendendo ao protocolo, é oportuno investir na qualificação do serviço, bem como adequar os campos de notificação do sistema Notifica-SUS para facilitar seu preenchimento.

Palavras-chave: Prevenção & controle; epidemiologia; transmissão.

HUMAN ANTI-RABICS CARE IN PALMAS, TO: AN ANALYSIS OF POST-EXPOSURE TREATMENTS IN 2019 TO 2021

ABSTRACT

Rabies is an acute viral infectious disease that affects mammals, including humans, with a lethality rate close to 100%. In Brazil, epidemiological surveillance is conducted through the Notifiable Diseases Information System (SINAN), using Human Anti-Rabies Care (AARH) reporting forms completed after exposure to potentially rabid animals. This study aimed to analyze post-exposure treatments performed at Emergency Care Units in Palmas, Tocantins, between 2019 and 2021. A quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted using data extracted from SINAN. The Chi-square test was applied to evaluate adherence to the national prophylaxis protocol ($p \leq 0.05$). A total of 4,063 records were analyzed. In 2019, 35.37% of notifications were reported, and the North Emergency Unit accounted for 52.7% of attendances. Most aggressions involved males (53.0%), particularly children aged 0–9 years (20.5%). Dogs were the main aggressor animals (78.0%), with 63% classified as healthy at the time of notification. Bites represented the predominant exposure (96.3%), mainly deep (52.1%) and single wounds (53.2%), affecting hands and feet (44.49%). The most frequently prescribed treatment was observation plus vaccination (55.7%). Overall, 11,105 vaccine doses and 6,945 ml of rabies serum or immunoglobulin were administered. Protocol adherence reached 60.5%, while 52.3% of treatments were considered fully adequate. Although most cases followed national guidelines, discrepancies in treatment indication highlight the need for continuous professional training and improvements in notification system records to optimize resource use and ensure patient safety.

Keywords: Prevention & control; epidemiology; transmission.

INTRODUÇÃO

A raiva é uma doença infecciosa viral aguda, que acomete os mamíferos, inclusive o homem, e caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda com letalidade de aproximadamente 100%. É causada pelo vírus do gênero *Lyssavirus*, da família Rabhdoviridae. O vírus atinge, especificamente, o sistema nervoso central e sua transmissão ocorre pela saliva por meio da lambedura, arranhadura, e principalmente, pela mordedura de animais infectados pelo vírus. Dentre os animais pode-se destacar os cães e gatos em áreas urbanas, os animais silvestres, os animais de produção ou de criação em áreas rurais, e em especial, os morcegos hematófagos (BATISTA et al, 2007; KOTAIT et al, 2009; BRASIL, 2021a).

Os conhecimentos sobre a história natural da raiva e sua forma de transmissão pouco mudaram em 2000 anos (BABBONI et al, 2011), já que a doença causou mais de 60.000 mil mortes humanas no mundo, com a transmissão pela espécie canina (HAMPSON et al., 2015). Dentre estes, 95% dos casos ocorreram nos continentes Asiático e Africano, segundo as informações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018).

No Brasil, os casos de raiva humana têm registrado uma redução nos últimos 30 anos. Isso se deve às campanhas de vacinação em massa por meio do Programa Nacional de Prevenção da Raiva, criado em 1973, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). No país, o ciclo urbano da doença tem o cão e o gato como as principais fontes de infecção. Já Mantovan (2020) relata que o Brasil possui uma das maiores populações estimadas de cães do mundo, cerca de 30 a 50 milhões.

Ainda no Brasil, em relação à transmissão para humanos, entre os anos de 2010 e 2021 foram confirmadas diferentes espécies agressoras, dentre elas, nove foram por cães e quatro por felinos (BRASIL, 2022). Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que foram notificados dois casos de raiva humana no Brasil em 2020, ocorrendo um no município de Angra dos Reis – RJ pela variante de morcego, e outro no município de Catolé da Rocha, na Paraíba por agressão de raposa (BRASIL, 2021a). Já em 2021, foi registrado um caso no município de Chapadinha, do Maranhão de uma criança agredida por uma raposa infectada com variante do canídeo silvestres (*Cerdocyon thous*) (BRASIL, 2022).

No Estado do Tocantins, o último caso de raiva humana ocorreu em 2017, com óbito de uma criança de 5 anos, transmitida por meio da agressão por morcego hematófago e confirmada a variante 3 (BRASIL, 2021ª). Entre 2013 e 2015 foram confirmados 54 casos de raiva em herbívoros domésticos e três em morcegos (MENEZES, 2017).

A doença faz parte da lista de Doenças Tropicais Negligenciadas da Organização Mundial de Saúde relatando mais de 15 milhões de profilaxias pós-exposição (WHO, 2013). No Brasil, a prevenção da raiva e a vigilância do agravo baseia-se no esquema profilático antirrábico de pré-exposição ou após exposição ao vírus e é de Notificação Compulsória, garantidos no anexo V na Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, podendo receber somente vacina ou a vacina mais a imunoglobulina antirrábica segundo os critérios contidos no Guia de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2021b).

Desta forma, o MS tem disponibilizado de forma pública documentos para o controle da doença no ciclo urbano, a prevenção da raiva humana e o protocolo de profilaxia para os casos de agressões por animais, este considerando sempre o tipo de exposição pelas características do contato com o animal e a espécie animal agressora, estando vigente até o ano de 2021 a Nota Informativa nº 26-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS (BRASIL, 2017). A partir disso, a conduta do tratamento envolve desde a observação do animal até a prescrição de vacina antirrábica humana com ou sem a imunoglobulina antirrábica, podendo esta imunoglobulina ser heteróloga (conhecida como soro) ou a imunoglobulina homóloga (conhecida como imunoglobulina) (BRASIL, 2021b). Em março de 2022, o protocolo de profilaxia foi atualizado, trazendo alterações nos esquemas de profilaxia da raiva frente à redução de insumos disponíveis (soro e vacinas) e às mudanças no perfil epidemiológico da raiva no Brasil, informado pela Nota Técnica nº 8/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS (BRASIL, 2022a).

Em Palmas, além das Unidades de Saúde da Família, a capital contava com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) até 2021, sendo uma na região sul e uma na região norte da capital para atendimentos à comunidade. Dentre os serviços oferecidos, recebem pacientes que sofreram agressões por animais mamíferos, no qual é realizado uma avaliação do acidente e/ou a necessidade da prescrição de imunobiológico, nos casos de pós-exposição. O paciente é notificado por meio do sistema Notifica-SUS, ferramenta utilizada em âmbito municipal até serem digitadas, qualificadas e enviadas para a base nacional do Sistema de Informações e Notificações e Agravos – SINAN, na Ficha de Notificação Individual do Atendimento Antirrábico, CID W64.

De acordo o Boletim Epidemiológico dos Agravos Transmitidos por Vetores e Zoonoses disponível pela Secretária Municipal de Saúde de Palmas, em Palmas obteve-se uma taxa de incidência por 100.000 habitantes de 2.524,355, entre os anos de 2016 a 2020. E somente em 2018 essa taxa foi superior aos demais anos, com 557,30 de incidência (PALMAS, 2020).

Diante desse cenário, tornou-se fundamental avaliar as condutas profiláticas adotadas no Atendimento Antirrábico Humano no município tendo como objetivo analisar o tratamento indicado de pós-exposição realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento da região norte e sul de Palmas, entre os anos de 2019 e 2021, baseado na Nota Informativa nº 26-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS vigente nos respectivos anos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo observacional, descritivo e exploratório, do tipo transversal. Utilizou-se a ficha de notificação compulsória do Atendimento Antirrábico Humano – AARH dos tratamentos realizados nas duas Unidades de Pronto Atendimento de Palmas/TO, entre os anos de 2019 e 2021. Palmas é o município mais jovem do Brasil, sendo fundado em 20 de maio de 1989, localizado na região central do Brasil nas coordenadas geográficas 10°12’ 46” de latitude Sul, 48°21’ 37” de longitude Oeste (SEPLAN, 2012). Detém uma área territorial de 2.227.329 km^2 com população estimada 313.349 de habitantes, em 2021 (IBGE,2021).

Para as análises foram consideradas as fichas de notificação individual de pós-exposição de Atendimento Antirrábico Humano, independente dos campos de interesses estarem preenchidos e apenas aquelas que foram notificadas nas UPAs Norte e Sul de Palmas. Foram desconsideradas as notificações habilitadas para Palmas como “Fluxo de retorno” de outros municípios; Notificações das Unidades de Saúde da Família; Notificações de pré-exposição e as possíveis notificações com duplicidade, caso constatado.

Utilizou-se o Sistema de Informação e Notificação de Agravos – SINAN para coleta de dados por meio do Programa do TabWin32 versão 4.1 para tabulação e à utilização do programa do Excel 2017 para organização das seguintes variáveis: 1- Dados Gerais; 2- Notificação Individual;3- Tipo de exposição ao vírus; 4- Ferimento/Tipo de ferimento; 5- Localização; 6- Espécie do animal agressor; 7-Data da exposição;8- Antecedentes de tratamento antirrábico; 9- Condição do animal; 10-Tratamento indicado; 11- Condição final do animal; 12- Se houve interrupção do tratamento com o motivo da interrupção; 13-Interrupção da unidade de saúde e o tratamento atual indicado; 14- Número de doses e a condição final do animal; 15- Soro + vacina e a condição final do animal.

As fichas de notificações do AARH foram avaliadas conforme as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde contidos no Guia de Vigilância em Saúde 2021, e por meio da Nota Informativa nº 26-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS para as notificações do AARH de pós-exposição ao vírus rábico (BRASIL, 2017).

Para avaliar a adoção do protocolo pelas UPAs Norte e Sul, empregou-se o método de teste do Qui-quadrado, bem como a aplicação das simulações de Monte Carlo e a implicação da inexistência de graus de liberdade na análise, em função das aleatorizações, utilizando a função *chisq.test*, no software R (R Team 2023), sob um nível de significância de $P = 0,05$.

Foram analisados a adequação do tratamento considerando dois parâmetros: 1) a conduta prescrita,

onde foram considerados o tipo de exposição, a situação clínica do animal mamífero de área urbana, se mamíferos silvestres ou animais mamíferos domésticos de produção ou interesse econômico; 2) o tratamento realizado, onde serão consideradas a profilaxia administrada ou a dispensa do tratamento de acordo com o tipo de exposição, a situação clínica do animal de área urbana ou não no momento da agressão e a condição final do animal agressor após período de investigação (ANDRADE, 2021). Desta forma será possível classificar os tratamentos como “adequada”, quando houver indicação conforme o protocolo de profilaxia; Classificação “inadequada” quando o tratamento indicado for além do preconizado pelo MS; e “Casos em Alerta”, quando o tratamento indicado for insuficiente, de acordo com a Norma Informativa do MS.

O trabalho foi aprovado sob o protocolo 5.590.853 pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa, da Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP, bem como aprovado pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE, sob o número 60002022.4.0000.9187.

RESULTADOS

Das 4.414 notificações de Atendimento Antirrábico Humano dos anos estudados, 4.063 foram consideradas no critério de inclusão desse trabalho para as análises das fichas de pós-exposição, sendo que 7,95% (351) restantes foram referentes aos critérios de exclusão como o “Fluxo de retorno de outros estados” com 0,15% (7), dos “Fluxo de retorno de outros municípios” com 1,22% (54), de “Outras unidades notificadoras” de Palmas com 6,13% (271) e de 0,49% (20) identificadas para o tratamento de pré-exposição.

A média registrada foi de 1.354 casos ao ano e de coeficiente de 1,40 casos a cada 100 habitantes. Em relação a distribuição das notificações de AARH por ano e por unidade notificadora, foram identificadas 35,37% (1.437) em 2019, 30% (1.219) em 2020 e de 34,63% (1.407) em 2021 (Figura 1).

De modo geral, a UPA norte notificou 52,7% (2.140) atendimentos antirrábicos, enquanto a UPA sul registrou 47,3% (1.923).

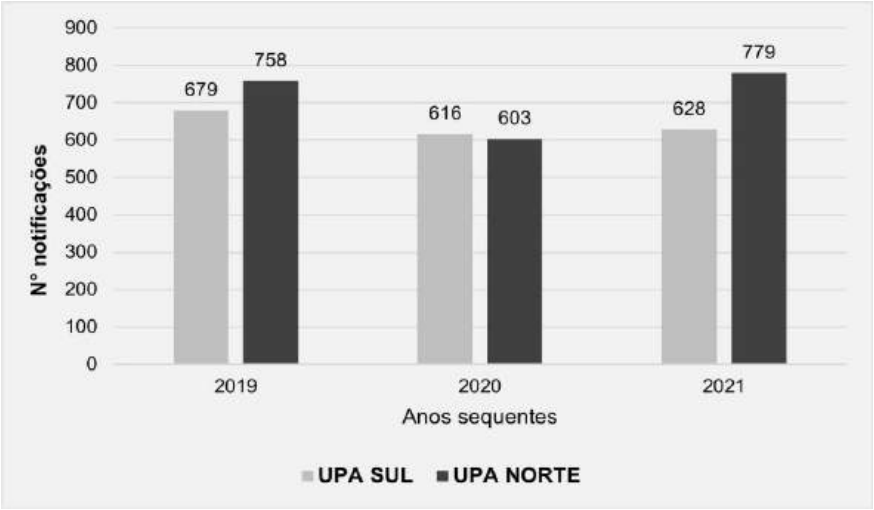


Figura 1: Número de notificações de AARH, por Unidade de Pronto Atendimento em Palmas, de 2019 a 2021.

No que tange à distribuição por sexo e faixa etária (Figura 2), percebeu-se que os pacientes do sexo masculino sofreram mais agressões (53,0%). E a faixa etária mais acometida no geral foi de 0-9 anos de idade, com 20,5% (833) dos casos, seguida respectivamente de 20 - 29 anos com 17,45% (709) e 10-19 anos com 16,34% (664).

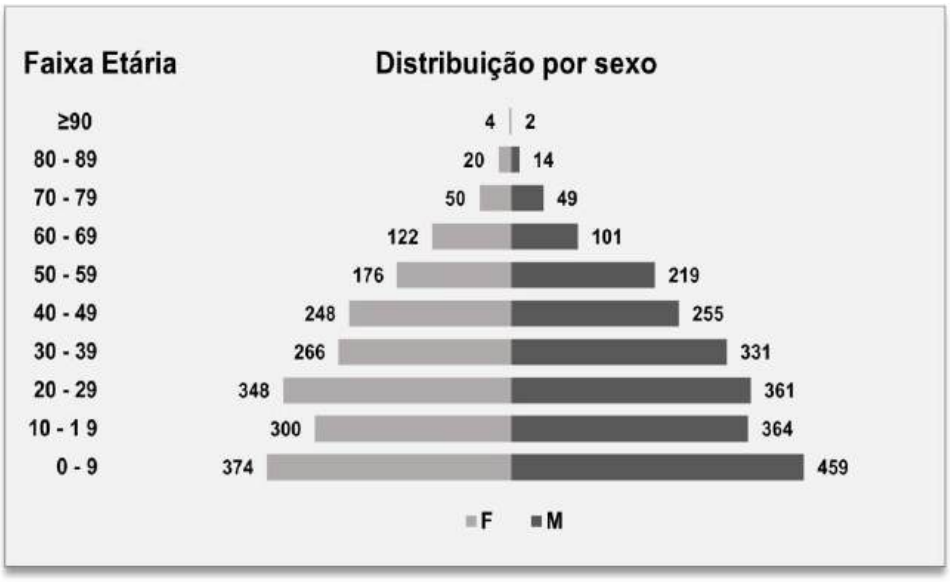


Figura 2: Distribuição da faixa etária e do sexo dos pacientes notificados para AARH, Palmas -TO, entre 2019 e 2021.

Sobre as agressões por tipo de animal, a espécie canina foi predominante com 78% (3.169), sendo 69,6% (2.206) deles na condição sadios e 24,4% (772) suspeitos, considerando a condição clínica do animal no momento da agressão. Entretanto, observou-se que dos cães suspeitos, 7,0% (222) eram observáveis e 17,4% (550) não observáveis. E na condição de "morto/desaparecido" foram notificados 5,9% (188) casos, conforme mostra a Figura 3.

Já as agressões causadas pela espécie felina, foram identificadas 19,0% (774) casos, no qual a condição do animal teve 44,1% (342) considerados sadios e de 44,7% (346) preenchidos como suspeitos no momento da notificação. Porém, verificou-se que desses felinos suspeitos, 10,2% (79) eram observáveis, 34,4% (266) eram não observáveis e 0,1% (1) o caso não foi informado. E sobre a condição de morto/desaparecido registrou-se 11,11% (86) como visto na Figura 3.

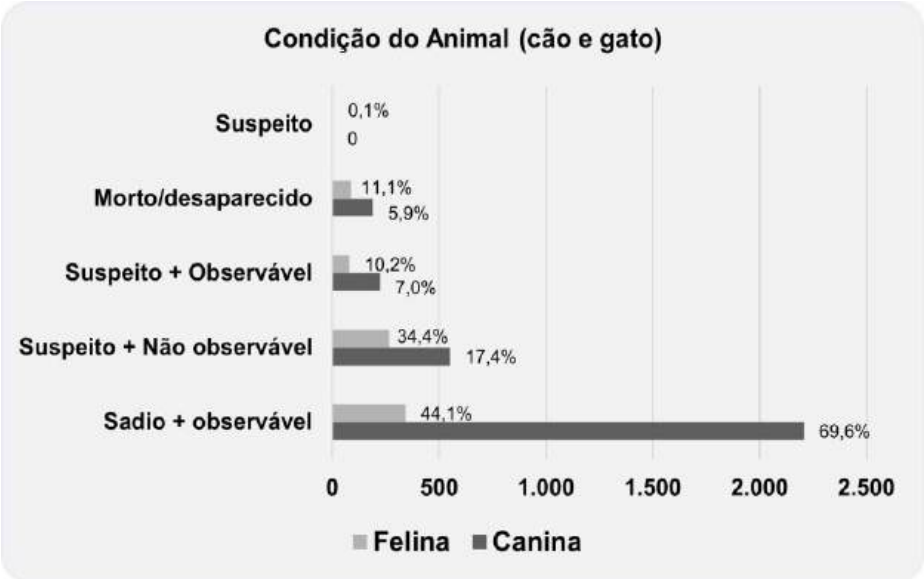


Figura 3: Condição do animal da espécie agressora canina e felina no momento da agressão em Palmas, entre 2019 a 2021.

Sobre as espécies canina e felina passíveis de observação, percebeu-se que a maior ocorrência também foi em cães, representando 85% (2.428) nas fichas de notificações, e os felinos com 15% (421), totalizando 2.849 casos considerados observáveis.

Em relação às demais espécies agressoras contidas na ficha de notificação de AARH, a espécie quiróptera (morcego) foi responsável por 1,2% (48) dos contatos recebidos, os roedores (ratos e coelhos) por 0,9% (37), animais domésticos de interesse econômico ou de produção (cavalo, carneiro e bezerros) por 0,7% (27) e animais silvestres (lobo-guará, ariranha e cachorro do mato) por 0,2% (8) das agressões.

De modo geral, relacionando o animal agressor e a condição do animal no momento da agressão, 63% (2.551) das notificações tiveram a condição do animal agressor sadio, 28% (1.145) foram avaliados como suspeitos e 9% (366) como “morto/desaparecido” e nenhum caso relatado como raivoso.

Sobre o tipo de exposição ao vírus, a mordedura foi responsável pela maioria dos AARH, com 96,3% (3.991), seguida pela arranhadura com 5,0% (204) dos casos relatados. Já os demais tipos de exposições não chegaram a apresentar nem 1% cada (contato Indireto, lambedura e “outros”), de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1: Características das agressões notificadas nos Atendimentos Antirrábicos Humano, no período de 2019 a 2021, no município de Palmas.

Variáveis	n	%
Tipos de Exposição ao Vírus	**4.144***	**101,9**
Contato Indireto	6	0,1
Arranhadura	204	5
Lambedura	5	0,1
Mordedura	3.911	96,3
Outros	18	0,4
Ferimento	**4.063**	**100,0**
Único	2.160	53,2
Múltiplo	1.883	46,3
Sem ferimento	14	0,3
Vazias	6	0,1
Tipo de Ferimento	**4.093***	**100,7**
Profundo	2.118	52,1
Superficial	1.635	40,2
Dilacerante	340	8,4

*Valor acima do total de notificações do tipo de exposição e tipo de ferimento correspondem aos acidentes em uma mesma vítima. Tabela produzida pelo autor.

Quanto ao ferimento, a forma “Único” houve a ocorrência de 2.160 (53,2%) e o "Múltiplos" com 1.883 (46,3%) dos casos.
Sobre o Tipo de Ferimento (Tabela 1), o do tipo profundo teve 2.118 (52,1%), enquanto o superficial foi de 1.635 (40,2%) e o dilacerante 340 (8,4%).

Em relação à localização da agressão, as mãos/pés foram os locais mais acometidos, com 1.808 (44,49%), seguido dos membros inferiores, com 31,12% (1.264), representados na Figura 4. As mucosas 2,28% (93) foram os locais menos acometidos junto com o tronco 4,45% (181). Já na região de cabeça/pescoço representam 12,25% (498) e de 16,63% (676) nos membros superiores (Figura 4).

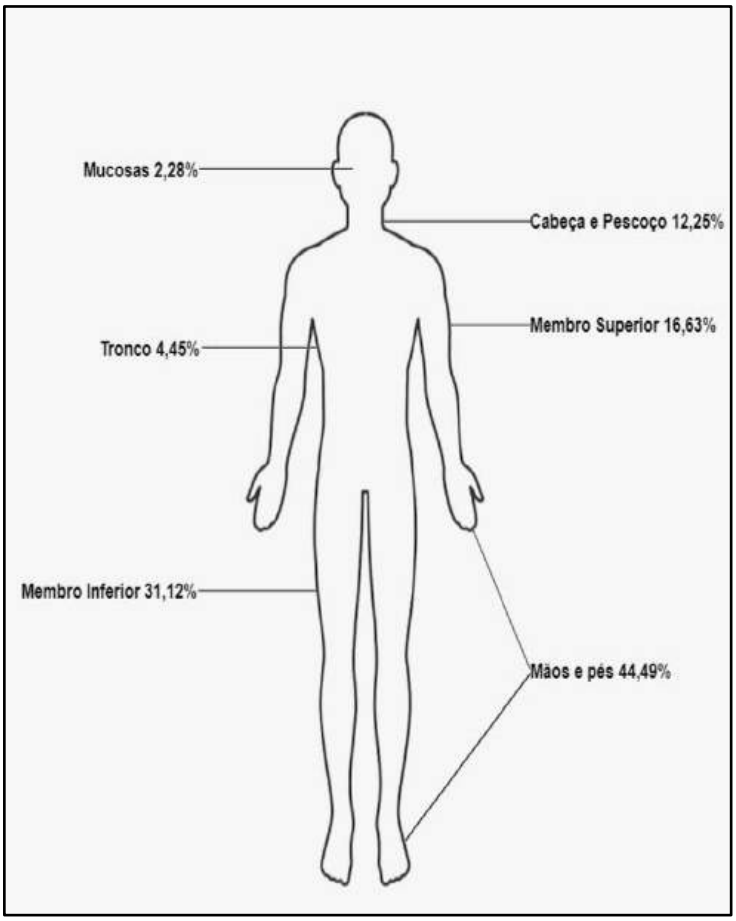


Figura 4: Localização anatômica das agressões notificadas no AARH, Palmas - TO, entre 2019 a 2021.

Em relação a conduta indicada, aqueles em que houve a prescrição da profilaxia de acordo com as características da exposição do acidente e o animal agressor envolvido, o tratamento que houve mais prescrição foi o de “Observação + vacina”, com 55,7% (2.264). Respectivamente, o tratamento com a vacinação foi de 20,2% (821), o “Soro + vacina” foi de 15,0% (611) e a “Observação do animal (se cão ou gato)” de 8,7% (354), conforme Figura 5.

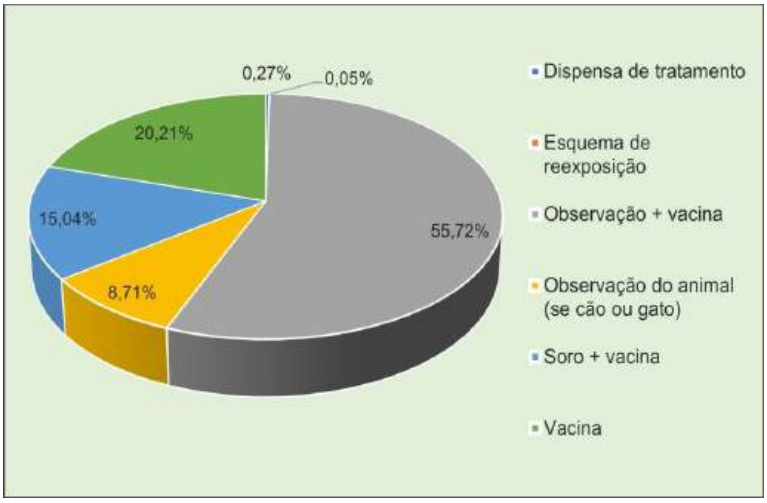


Figura 5: Proporção dos tratamentos indicados pelas unidades notificadoras nos AARH, Palmas - TO, entre 2019 e 2021.

Para os campos destinados à investigação do AARH, a condição final do animal após período do tratamento mostrou que 68,3% (2.775) foram clinicamente negativos para a raiva. Isso significa mais da metade das notificações. Em seguida, constatou-se que 31,5% (1.278) encerraram na condição de morto, sacrificado ou sem diagnóstico. E apenas 0,2% dos casos (8) houve a realização de exames laboratoriais negativos para a doença.

Sobre o tratamento ser interrompido e o motivo da sua interrupção, 43% (1.751) dos tratamentos foram interrompidos, sendo que, 25,8% (1.049) foram indicações da unidade de saúde, 17,3% (701) abandonaram o tratamento e apenas um paciente foi transferido. Entretanto, 47,92% dos pacientes chegaram a concluir o tratamento indicado.

Com relação a prescrição da vacinação, foi calculado o número de doses nos tratamentos, somando um total de 11.105 doses aplicadas nos pacientes, que receberam os imunobiológicos. Sendo que 1.378 pessoas tomaram 2 doses (2.754 doses), 1.196 tomaram 1 dose (1.196 doses), 757 pacientes tomaram 4 doses (3.028 doses). Ainda, 366 pacientes tomaram 3 doses (1.098 doses) distribuídas. Apenas um paciente tomou 5 doses (5 doses) e somente 365 pacientes não receberam imunobiológicos.

Associando a aplicação de doses e a condição atual do animal, observa-se na Figura 6, que há uma frequência de 25,2% (1.026) na distribuição de duas doses quando o animal está sadio, e de que, 19,7% (801) receberam a primeira dose. Enquanto, os animais considerados suspeitos receberam 9,1% (372) das doses, e aqueles relatados como “morto ou desaparecido” onde os pacientes deveriam receber, obrigatoriamente, 4 doses de vacina, apenas 4% (165) receberam o esquema completo.

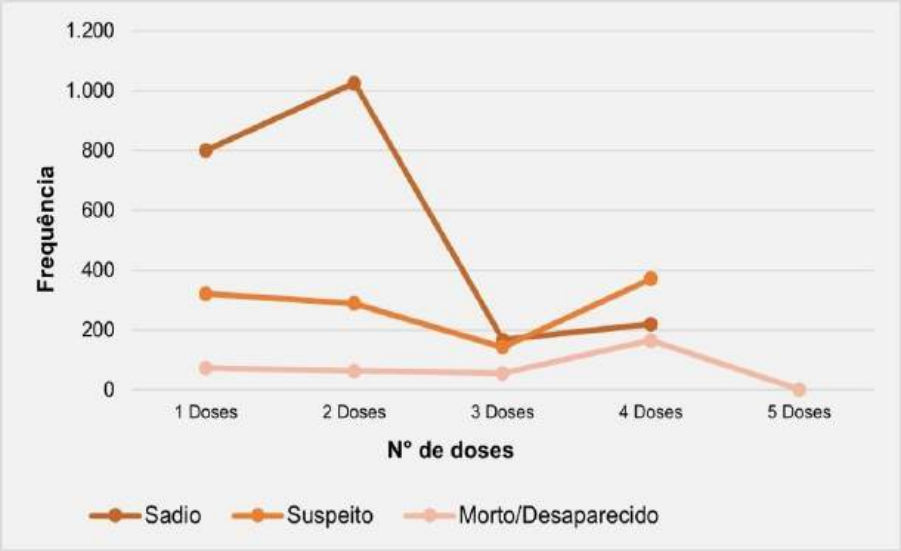


Figura 6: Administração de doses de vacina conforme a condição do animal agressor notificados no AARH, Palmas - TO, de 2019 a 2021.

Quanto à indicação do soro antirrábico (SAR) e da Imunoglobulina Antirrábica Humana (IGHAR), 15,5% (633) receberam um destes imunobiológicos. Em números absolutos, calculou-se o quantitativo utilizado nos tratamentos obtendo-se a utilização no total de 6.945 ml, respectivamente para a indicação do soro antirrábico (13,3%) e de 2,2% para a Imunoglobulina Antirrábica Humana.

Sobre a conduta realizada com o uso de imunobiológico em casos de agressões com ratos, identificou-se que 0,97% (37) das agressões envolvendo esses animais, apenas 27,0% (10) receberam a “Dispensa de tratamento”, que é a conduta correta. Entretanto, 67,6% (25) da profilaxia adotada foi a “Vacinação”, com a administração de 4 doses de vacinas, as prescrições de “Observação + vacina” (2,7%) e de “Soro + vacina” (2,7%) ocorreram em um caso cada.

Para os casos em que os pacientes possuem antecedentes de tratamento antirrábico, em números absolutos, houve 15 casos de pré-exposição, no qual 12 pacientes tinham histórico de tratamento “Após

90 dias” e 3 pacientes de “Até 90 dias”.

Em relação às notificações dos antecedentes de pós-exposição, 330 casos foram registrados, sendo 292 para “Após 90 dias” e 38 “Até 90 dias”. Ainda foram desconsideradas 5 situações em que as notificações foram preenchidas para os dois tratamentos (4) e uma em que o campo foi ignorado.

A partir do teste de Qui-quadrado os valores encontrados foram $X^2 = 4529.3$ e $P = 0.0004998$. Assim, baseado nos parâmetros estabelecidos para esse estudo, a relação do tratamento indicado e o que deveria ser recomendado segundo o protocolo de profilaxia, identificou que o tratamento indicado de “Observação + vacina” foi de 55,7% (2.264), enquanto o que deveria ser recomendado pelo MS, obteve 54,2% (2.204), conforme Figuras 7 e 8.

Já em relação à prescrição do “Soro + vacina”, o valor encontrado nas notificações foi de 15,04% (611), no entanto conforme o indicado no protocolo para esse mesmo tratamento deveria ser o valor de 26,8% (1.088). Porém, analisando a prescrição da “Vacinação”, nota-se uma proporção menor de 6,35% (258) se aplicado o protocolo de profilaxia, enquanto, 20,2% (821) foi o prescrito pelo profissional de saúde, conforme se observa-se nas Figuras 7 e 8.

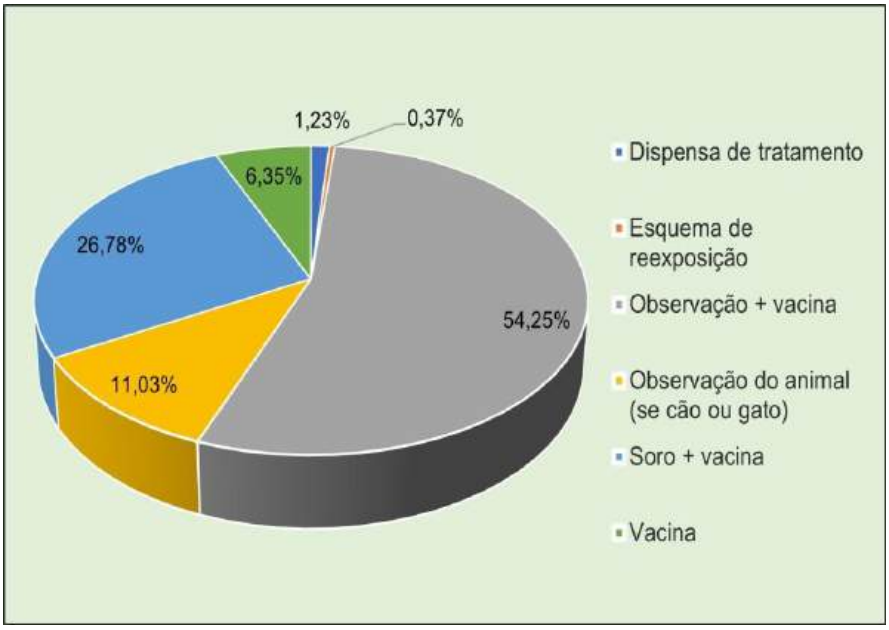


Figura 7: Proporção do tratamento recomendado conforme dados das fichas de AARH e o protocolo de profilaxia do Ministério da Saúde.

A respeito dos demais tratamentos, houve aumento considerável do que seria o mais adequado com relação ao que foi realizado, sendo a “Dispensa de tratamento” representando 0,3% (11) do que foi indicado, para 1,2% (50) do protocolo. Do “Esquema de reexposição” que foi de 0,04% (2) prescrito para 0,4% (15) do protocolo. Da “Observação do animal (se cão ou gato)”, foi de 8,7% (354) para 11,0% (448) segundo o protocolo, conforme Figuras 7 e 8.

Quanto à classificação geral dos tratamentos relacionados à conduta realizada e o que deveria ser recomendado pela Nota Informativa vigente do MS, observa-se que 52,3% (2.124) receberam tratamento "Adequado", sendo que 1.990 deles receberam tratamento suficiente e 134 foram insuficientes e nenhum “Caso em alerta”. Já em relação ao tratamento classificado como “Inadequado” representam 24% (975), sendo 961 dos casos em que houve prescrição excessiva e 14 foram insuficientes. Os “Casos em Alerta” representaram 24% (964), bem como foram prescritos de forma insuficiente, conforme demonstra Figura 8.

Figura 8: Classificação dos tratamentos realizados de AARH, Palmas – TO, 2019 a 2021.

Desta forma, a Tabela 2 demonstra a classificação dos tratamentos conforme a situação específica em cada conduta realizada comparando com a Nota Informativa nº 26-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS, do Ministério da Saúde. A “Dispensa de Tratamento” e o “Esquema de Reexposição" foram realizados de forma “Inadequada”, quando receberam de forma “excessiva” o tratamento antirrábico, com 1,3% (39) e 0,3% (12) respectivamente. Já o esquema de “Vacina + observação” foi Inadequada em 13,2% (535) das notificações, quando houve a prescrição a mais do recomendado e 5,7% são Casos em Alerta, quando o tratamento foi inferior.

Quanto ao tratamento ‘Observação do Animal (se cão ou gato)”, 8,2% (335) foi classificado como inadequado (Insuficiente) e 2,8% (113) foram adequados (Suficientes). Já o “Soro + vacina” foi prescrito adequadamente de forma suficiente. Entretanto, houve 17,9% de “Casos em Alerta”, pois não houve a prescrição correta conforme as características da agressão. Sobre a “Vacinação”, 5,2% foram adequados visto a utilização correta do protocolo, contra 1,0% da prescrição inadequada, com insuficiência e 0,2% (7) casos em que não aconteceu o tratamento adequado.

Tabela 2: Classificação dos tratamentos conforme a Nota Informativa do Ministério da Saúde, Palmas - TO, entre 2019 e 2021.

Tratamentos	Adequada	Inadequada	Casos em Alerta	Protocolo
Dispensa de Tratamento	11	39		50
Esquema de Reexposição	3	12		15
Observação + vacina	1.438	535	231	2.204
Observação do Animal (se cão ou gato)	113	335		448
Soro + vacina	348	14	726	1.088
Vacina	211	40	7	258
Total	**2.124**	**975**	**964**	**4.063**

Produzida pelo autor.

DISCUSSÃO

É possível observar que dentre as 4.063 notificações, houve pouca diferença de casos entre os três anos estudados. Já em relação aos números por unidade notificadora, percebeu-se que a UPA Norte teve maiores números nos anos de 2019 e 2021 (Figura 1). Apesar do quantitativo elevado de notificações realizadas em Palmas, a demanda é condizente com o esperado para esse agravo. Conforme Menezes (2017), só no Tocantins foram notificados 20.268 atendimentos entre 2013 e 2015. De acordo com o Ministério da Saúde - MS, a profilaxia antirrábica humana está entre os três agravos e doenças com maior número de notificações do País, sendo que anualmente mais de 600 mil pessoas recebem tratamento (BRASIL, 2018; BRASIL, 2020).

No que tange a distribuição de casos por sexo, os homens foram os mais acometidos (53%). Esse perfil também foi observado por Bissoli e Frias (2017;2008). Já em relação à faixa etária, em Palmas a mais acometida foram as pacientes entre 0 a 9 anos (20,5%), seguida de 20 a 29 anos (17,52%). Dados esses que corroboram os trabalhos de Oliveira et al. e Bissoli (2012;2017), que diferem de Grisólio e Andrade (2014; 2021).

As principais espécies agressoras foram a canina e a felina, respectivamente. Os mesmos relatados nos diversos estudos e levantamentos de Andrade (2014), Frias (2008) e Grisólio (2014). O predomínio de casos relacionados a esses dois tipos de animais~~,~~ ocorre~~,~~ por serem, proporcionalmente, a maior quantidade de animais domésticos e com maior aproximação ao ser humano. De acordo com os dados de 2021 da Associação Brasileira de Indústria de Produtos para Animais - ABINPET (2022), os cães e gatos somam 85,2 milhões de animais no país. Para Grisólio (2014) essa quantidade de acidentes ocorre principalmente porque os responsáveis por esses animais desconhecem o comportamento natural dessas espécies e também dos aspectos importantes sobre a epidemiologia da raiva.

No que se refere à condição clínica dos cães e gatos (Figura 3), a situação "sadio e observável" apresenta um quantitativo de casos com distância significativa das demais condições. Também observados nos estudos de Bissoli (2018) e Cabral (2018). Pode-se também observar que há um perfil estatístico diferente entre os cães e gatos. Os cães foram em grande parte "sadios e observáveis". Já nas informações sobre os gatos mostram valores próximos entre os "sadios" e os "suspeitos". Vale ressaltar que essa condição do animal é informada pelo paciente no momento da triagem na unidade de saúde, o que pode gerar confusão do entendimento da condição do que é um gato "suspeito" a partir do comportamento do animal. Autores como Genaro (2005), Paixão e Machado (2015), defendem que os gatos apresentam comportamentos peculiares, são altamente sensíveis às mudanças ambientais, podendo apresentar atitudes suaves ou indesejadas com seus tutores, o que pode gerar interpretação equivocada do seu comportamento.

Com uma quantidade de agressões bem inferior que as dos cães e gatos, outros animais também foram relacionados nessas notificações. Os roedores apresentaram poucos casos, no entanto percebeu-se a indicação inadequada de imunobiológico para esses acidentes. É importante ressaltar que conforme o indicado pelo Ministério da Saúde, camundongos, porquinho da índia e ratazanas são animais que não oferecem risco de transmissão do vírus raiva, exemplificados no Guia de Vigilância em Saúde de 2021 (BRASIL, 2021a). Já os animais silvestres e, em especial os morcegos, mesmo com uma quantidade de casos baixa, são animais que demandam uma atenção maior, tendo em vista o potencial de transmissão dos mesmos FRIAS e ANDRADE (2008; 2021).

O Tipo de exposição (Tabela 1) constantes nas notificações, no geral, apresentou como principal contato a "Mordedura", seguida da "Arranhadura". Achados esses também relatados por diversos autores (VELOSO, 2011; FERRAZ et al. 2013; ARAÚJO et al. 2020; BISSOLI,2017). Já no campo de ferimento e o tipo de ferimento, o ferimento "Único" foi maior que os "Múltiplos", sendo a maior parte do tipo "Profundo" e depois "Superficial", o que corrobora os achados já descritos em outros levantamentos (GRISOLIO, 2014; TARTAROTTI, 2018). Situação essa que difere de outros estudos (FRIAS, 2008; CABRAL et al., 2018; ARAÚJO, 2017).

O local da exposição mais afetada ocorreu principalmente em "Mãos e pés" e no "Membro Inferior" (Figura 4). São os locais que mais ocorreram em outros levantamentos (GRISOLIO, 2014; ARAÚJO,

2017; BISSOLI, 2017). Tendo em vista que grande parte das agressões foram por cães e gatos, são os locais mais propícios a ocorrer devido a aproximação desses membros ao porte dos animais e ao comportamento e condução dos mesmos. É importante destacar que quando as agressões são nas regiões da mão, polpas digitais, nos pés, nas mucosas e na cabeça/pescoço, a atenção no atendimento e a indicação das ações devem ser redobradas, uma vez que essas regiões possuem mais inervações e terminações nervosas periféricas, que facilitam a capacidade de deslocamento do vírus e a proximidade com o Sistema Nervoso Central (ALVES et al., 2003).

Como pode-se observar na Figura 5, a indicação com maior frequência foi a vacinação mais a observação do animal. Esse também foi o mais encontrado por Estima (2022), Bissoli (2017) e Cabral (2018). Sabe-se que a indicação da observação + vacina, só é possível, conforme o protocolo, para as agressões por cães ou gatos, condição essa relatada pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2021a). Conhecer a condição atual do animal pode contribuir consideravelmente com a recomendação do tratamento, reforça Bissoli (2017) e Grisólio (2014) em seus estudos.

Entretanto, a população ainda não possui orientação quanto aos sinais clínicos da doença, bem como os profissionais de saúde têm dificuldades quanto a essa avaliação quando se percebe, que após período de investigação das fichas, a condição final do animal foi encerrada indicando que mais da metade foram clinicamente negativos para a raiva. A mesma situação foi relatada por Bissoli (2017) e Estima (2022). Além disso, os mesmos autores concordam com Frias (2008), que considera importante uma avaliação sobre a saúde do animal após período de observação visto a necessidade de interromper ou não o tratamento.

Esse achado é compatível quando destacamos que a interrupção pela unidade de saúde foi superior ao abandono e quem completou o tratamento. Esta interrupção ao menos em parte pode indicar a ação de monitoramento de casos de AARH, pela equipe de saúde de vigilância, visando qualificar as condutas e disponibilizar tratamento correto aos pacientes. Porém, essa ocorrência não aconteceu nos estudos de Azevedo et al. (2018) e Bissoli (2017). Entretanto, o mesmo resultado encontrado de quem completou o tratamento foi semelhante ao desses autores. Já em relação aos motivos por abandono, foi semelhante aos de Bissoli (2017), que ainda faz referência sobre a busca ativa desse paciente pelo serviço de saúde, uma vez que, pode estar exposto aos riscos da doença caso existente.

Sobre a utilização dos imunobiológicos, do total de vacinas prescritas, o número de doses mais aplicadas foi de 2 doses, e posteriormente, a de uma dose (Figura 6). Nessa última, corresponde ao que foi encontrado por Andrade (2014). Esse fato pode ter relação com o quantitativo do tratamento de observação mais a vacina. Além disso, a indicação do uso ou não do soro não foi conduzida conforme o que se espera do protocolo, principalmente, quando o acidente envolveu roedores urbanos. Esse por sua vez, que dispensa tratamento antirrábico (BRASIL, 2021a; GRISOLIO, 2014).

Dentre os atendimentos, houve casos substanciais sobre os antecedentes do tratamento antirrábico tanto para pré-exposição como pós-exposição, destacando-se para o tratamento de “após 90 dias”. Essa condição também foi confirmada nos estudos de Garcia (1999), e implica consideravelmente na conduta a ser administrada pelo serviço de saúde.

Em relação aos resultados encontrados no teste de Qui-quadrado, mostraram que houve diferença significativa entre os “Tratamento Indicado” realizado nas Unidades de Pronto Atendimento norte e sul, que atenderam os pacientes e o que foi preconizado segundo o protocolo de profilaxia no Atendimento Antirrábico Humano, conforme a Nota Informativa nº 26-SEI/2017-CGPNI/DEVIT/SVS/MS, disponibilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Por isso, ao comparar a conduta realizada pelo serviço de saúde com a recomendada pelo protocolo, o tratamento "Observação + vacina”, teve mais ocorrência em ambos, representando um acerto significativo da unidade de saúde em relação aos demais tratamentos (Tabela 2). Isso foi encontrado por Cabral et al. (2018) e Azevedo et al. (2018). Já em relação às proporções de “Soro + vacina” e a “Observação do animal”, percebeu-se deficiência na conduta realizada pelo serviço de saúde. A mesma situação foi identificada por Moriwaki (2013). E com relação a “Vacinação”, a unidade realizou conduta excessiva quanto ao uso de imunobiológico.

Sobre os tratamentos “Esquema de reexposição” e a “Dispensa de tratamento”, representaram uma

minoria de sua utilização, sendo consideradas inadequadas, levando em conta a adesão ao protocolo. Esse resultado também foi encontrado por Moriwaki (2013). Porém, no trabalho de Andrade (2014), foi a conduta mais realizada e prescrita adequadamente, independente do período da circulação do vírus. Situação diferente nos estudos de Bissoli (2017), que não houve dispensa de tratamento.

Desta forma, a partir da classificação, a maior parte dos tratamentos foram adequados, no qual há uma proteção suficiente ao vírus antirrábico para o paciente. O mesmo descreve Menezes (2017) em sua publicação. Já os tratamentos inadequados, o paciente recebeu além do preconizado, podendo estar se expondo desnecessariamente a medicação dos imunobiológicos em uma possível reação adversa, bem como gerando gastos públicos Moriwaki (2013) e Frias et al. (2011). E os Casos em Alerta, quando aqueles que não receberam tratamento suficiente podem estar desprotegidos, considerando a agilidade de infecção e evolução do vírus para o Sistema Nervoso, que uma vez instalado, as chances de cura são mínimas (ARAÚJO, 2017).

CONCLUSÃO

Estes resultados retratam a realidade sobre os condicionantes da circulação do vírus serem baixos em área urbana. Isso são fatores relevantes para uma avaliação excludente para conduzir melhor uma adequação de tratamento antirrábico, quando a maioria dos animais agressores são de ambientes favoráveis à observação, evitando-se assim, o uso desnecessário de imunobiológico como também traria uma economia na produção e distribuição dos insumos.

Além disso, percebe-se, que a população desconhece os aspectos importantes sobre a epidemiologia da raiva, uma vez que, existem dúvidas sobre o comportamento dos animais e as características das agressões. Isso também fica perceptível quando os profissionais de saúde não possuem o conhecimento técnico necessário sobre o agravo e preferem realizar a conduta sem uma avaliação detalhada do caso específico, bem como não utilizarem do instrumento de notificação do Notifica-SUS da forma mais adequada sobre o entendimento qualificado dos campos disponíveis para digitação das informações.

Por isso, o papel da Vigilância em Saúde se torna importante nesse processo de melhoria do serviço considerando o acesso às informações da situação epidemiológica da doença, que são indispensáveis para investir na qualidade do Atendimento Antirrábico, além de atualizar e orientar os profissionais de saúde quanto à doença e à população, com ações de educação em saúde.

Ademais, percebendo a realidade do município de Palmas, no que tange à gestão municipal de um sistema de notificação próprio (NotificaSUS), sugere-se algumas adequações nos campos do sistema a fim de evitar ou diminuir os erros de interpretação do protocolo pelo profissional de saúde na condução e prescrição ao paciente. Nesse sentido, propõe-se adaptar o sistema para que, no momento do preenchimento da notificação na triagem do paciente, algumas informações dos campos principais direcionem à condução da prescrição conforme o protocolo vigente do ministério.

REFERÊNCIAS

ABINPET. Associação Brasileira de Indústria de Produtos para Animais. Dados de mercado. São Paulo, 2022. Disponível em: https://abinpet.org.br/dados-de-mercado/. Acesso em: 20 jan. 2023.

ARAÚJO, I. L. **Avaliação da profilaxia inicial pós-exposição da raiva humana, indicada em acidentes notificados com gatos, em Belo Horizonte/MG, no período de 2007 a 2016.** Escola de veterinária – UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais. 2017.

ARAÚJO, I.L; OLIVEIRA, T.M; DINIZ, S.A; SILVA, M.X. **Análise epidemiológica dos atendimentos da profilaxia antirrábica humana associados a acidentes com gatos.** Arq. Bras. Med. Vet. Zootec., v.72, n.3, p.814-822, 2020.

ALVES, L. M.; SOARES, R. M.; CORTEZ, A.; RICHTZENHAIN, J.; ITO, F. H. Pathogenesis of rabies vírus by ERA and PV strain administered orally in hamsters (M. auratus). **Brazilian Journal Veterinary Research Animal Science**, v. 40, n. 1, p. 79-84, 2003.

ANDRADE, B. F. M. DA C. **Atendimento Antirrábico Humano pós-exposição no Estado de São Paulo: Perfil epidemiológico e Avaliação de conduta**. Araçatuba, São Paulo.2021.

ANDRADE, B.M.F.C. **Avaliação da indicação do tratamento antirrábico humano em relação à situação epidemiológica da doença. 2014.** 58f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) - Faculdade de Medicina Veterinária. Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, SP. 2014.

AZEVEDO, J. P.; OLIVEIRA, J. C. P.; PALMEIRA, P. A.; FORMIGA, N. V. L.; BARBOSA, V. S. A. **Avaliação dos atendimentos da profilaxia antirrábica humana em um município da Paraíba.** Cad. Saúde Colet., 2018, Rio de Janeiro, 26 (1): 7-14.

BABBONI, S.; MODOLO, J. **Raiva Origem, importância e aspectos históricos**. Artigo de revisão, 6 set. 2011.

BATISTA, H. B.; FRANCO, A. C.; ROEHE, P. M. **Raiva: uma breve revisão**. Acta Scientiae Veterinaria e, v. 35, n. 2, p. 125–144, 2007.

BISSOLI. C. B. **Conformidade Dos Atendimentos Antirrábicos Humanos No Sul De Minas Gerais Em 2015.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias Universidade Federal de Lavras. Lavras, MG. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raiva**. 2022. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva1/raiva#>. Acesso em 26 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 08/2022 - CGZV/DEIDT/SVS/MS.** 2022a. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a z/r/raiva/prevencao)>. Acesso em: 28 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica da Raiva**. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva-1/raiva#>. Acesso em 26 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 2021b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Nº 26-SEI/2017**. 2017. Disponível em: <SEI/MS - 0075874 - Nota Informativa (saude.gov.br)>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 51. Nº16.2020.Disponívelem:https://www.gov.br/saude/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/boletins/boletins epidemiologicos/edicoes/2020/boletim_epidemiologico_svs_51.pdf. Acesso em 28 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília – DF. 2018. 426 p. ISBN 978-8533425859.Disponívelem:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustetantavel.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2022.

CABRAL, K.C; OLIVEIRA, M.A; DINIZ, S.A; HADDAD, J.P.A; MATOS, J.C.C; OLIVEIRA, T.M; BICALHO, G.C; SILVA, M.X. **Avaliação do tratamento antirrábico humano pós-exposição, associado a acidentes com cães.** Arq. Bras. Med. Vet. Zootec., v.70, n.3, p.682-688, 2018.

ESTIMA, N. M.; WADA, M. Y.; ROCHA, S. M.; MORAES, D. S.; OHARA, P. M.; VARGAS, A.; ASSIS, D. M. Descrição das notificações de atendimento antirrábico humano para profilaxia pós-exposição no Brasil,

2014-2019. Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 31(2):e2021627, 2022. Doi.org/10.1590/S2237-96222022000200002. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2022.v31n2/e2021627/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

FERRAZ, L.; BUSATO, M. A.; FERRAZZO, J. F.; RECH, A. P.; SILVA, P. S. da. NOTIFICAÇÕES DOS ATENDIMENTOS ANTI-RÁBICO HUMANO: PERFIL DAS VÍTIMAS E DOS ACIDENTES. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], v. 9, n. 16, p. 169–189, 2013. DOI: 10.14393/Hygeia921052. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/21052. Acesso em: 23 jan. 2023.

FRIAS, D. F. R. **Avaliação Dos Registros De Profilaxia Antirábica Humana Pós Exposição No Município de Jaboticabal, São Paulo, No Período De 2000 A 2006**. Dissertação. Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias - UNESP - Câmpus de Jaboticabal. Jaboticabal, SP. 2008.

FRIAS, D. F. R.; LAGES, S. L. S.; CARVALHO A. A. B. Avaliação da conduta de profilaxia antirrábica indicada para pessoas envolvidas em agravos com cães e gatos no município de Jaboticabal, SP, no período de 2000 a 2006. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/TQRRZtZPhRkrSJGysj8gKDq/abstract/?lang=pt>. Acesso em 29 de Jan. 2023.

GARCIA, R. C. M.; VASCONCELLOS, S. A.; SAKAMOTO, S. M.; LOPEZ, A. C. Análise de tratamento anti-rábico humano pós-exposição em região da Grande São Paulo, Brasil*. **Rev. Saúde Pública, 33 (3): 295-301, 1999.** Doi.org/10.1590/S0034-89101999000300011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Qmm7yd6KY8QNf8g38dSg9RP/?lang=pt>. Acesso em 27 jan. 2023.

GENARO, Gelson. **Gato doméstico – comportamento e clínica veterinária**. Revista. Científica de Medicina Veterinária. v.3, p.16-22, 2005.

GRISOLIO, Ana Paula Rodomilli. **Atendimento antirrábico humano pós-exposição: proposta de intervenção e estudo da percepção do comportamento de cães e gatos envolvidos nos agravos**. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) - Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias – Unesp. São Paulo, p 116. 2014.

HAMPSON, K. et al. **Estimating the global burden of endemic canine rabies**. PLoS neglected tropical diseases, v. 9, n. 4, p. e0003709, abr. 2015.

IBGE. **Área territorial brasileira 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to/palmas.html>. Acesso em 27 fevereiro de 2022.

KOTAIT, I.; CARRIERI, M. L.; TAKAOKA, N. Y. **Raiva: aspectos gerais e clínica. São Paulo: Instituto Pasteur**, 2009. 49 p. (Manual Técnico do Instituto Pasteur, n. 8). Disponível em: http://nhe.fmrp. usp.br/wp-content/uploads/2017/04/aspectos-gerais-clinica-raiva.pdf. Acesso em: 01 mar. 2022.

MANTOVAN, K.B. **Distribuição geográfica de Desmodus rotundus, suas implicações nos casos de raiva em bovinos e análise filogenética dos isolados virais entre 2016-2018 na região de Botucatu, São Paulo – SP.** Dissertação. UEP "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, SP. 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/191904/mantovan_kb_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em 02 mar. 2022.

MENEZES, J. S. **Profilaxia Da Raiva Humana No Estado Do Tocantins, 2013 A 2015**. Dissertação. UFB, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA. 2017. Disponível em:<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/26070/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20MP%20Jana%c3%adna%20S.%20Menezes%202017.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

MORIWAKI, A. M. et al. **Avaliação da profilaxia no primeiro atendimento pós-exposição ao vírus da raiva.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 5, p. 428–435, 2013.

OLIVEIRA, V.M.R.; PEREIRA, P.L.L.; SILVA, J.A.; MIRANDA, C.F.J.; RODRIGUES, K. O.; RODRIGUES, T.O.; MOREIRA, E. C.; Mordedura canina e atendimento antirrábico humano em Minas Gerais. Arq. Bras. Med. Vet. Zootec., v.64, n.4, p.891-898, 2012.

PAIXÃO, L, R.; MACHADO, C, J. **Conexões entre o comportamento do gato doméstico e casos de maus tratos, abandono e não adoção**. Revista Brasileira do Direito Animal, Salvador, V. 10, n. 20, p. 137- 168, dez. 2015.

PALMAS. Secretária Municipal de Saúde Palmas. **Boletim Epidemiológico Agravos Transmitidos por Vetores e Zoonoses. Nº 02 Dez, 2020**. Coordenação Técnica De Vetoriais E Zoonoses. Superintendência Da Atenção Primária E Vigilância Em Saúde. Palmas, TO. 2020. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/portal/pagina/boletim-epidemiologico-dos-agravos-transmitidos-por-vetores-e-zoonoses>. Acesso em 26 de jan. 2023.

WHO. **Consulta de especialistas da OMS sobre raiva: terceiro relatório**. Genebra, Suíça:Organização Mundial da Saúde; 2018. 185 p. Série de relatórios técnicos da OMS. Relatório nº 1012. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272364/9789241210218-eng.pdf. Acessado 28 de Fev. 2022.

WHO. **Rabies**.WHO 2013. Available from. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=nKyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=World+Health+Organization+(WHO).+Rabies.WHO+2013>. Acessado em 01 Mar. De 2022.

R Core Team (2022). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/.

SEPLAN. Atlas do Tocantins: subsídios ao planejamento da gestão territorial. 6. ed. Palmas: Secretaria do Planejamento e da Modernização da Gestão Pública, 80 p. 2012.

TARTAROTTI, A. L. **Análise descritiva dos atendimentos antirrábicos humanos no Rio Grande do Sul entre 2012 a 2016.** 86f. Dissertação (mestrado) - Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor, Programa de Pós-graduação em Saúde Animal, Eldorado do Sul, RS. 2018.

VELOSO, R. D.; AERTS, D. R. G. C; FETZER, L. O.; ANJOS, C. B. SANGIOVANNI. Perfil epidemiológico do atendimento antirrábico humano em Porto Alegre, RS, Brasil. Temas Livres • Ciência. Saúde Coletiva 16 (12) • Dez 2011. Doi.org/10.1590/S1413-81232011001300036. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/QwRhkCqqVRGRgCyQT5M7C7q/?lang=>. Acesso em: 26 jan. 2023.

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Perspectiva dos profissionais da vigilância epidemiológica de Palmas-To quanto ao enfrentamento da pandemia covid-19

Perspective of epidemiological surveillance professionals in Palmas-To on coping with the covid-19 pandemic

Lucrécia Gomes Duarte[1], Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa[2].

[1] Enfermeira. Residente em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Luterano de Palmas e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – COREMU/CEULP/FESP.

E-mail: lucreciagduarte@gmail.com

ORCID: http://orcid.org/0000-00002-0535-4620

[2] Enfermeira. Mestre em Gestão de Políticas Públicas. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP.

E-mail: nadjaofigueiredo@gmail.com

ORCID:

RESUMO

O estudo teve como objetivo, descrever a percepção dos profissionais da Vigilância Epidemiológica - VE, que atuaram no enfrentamento da covid-19, no período de março de 2020 a março de 2021. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário Google Docs, e para a análise dos dados foi utilizada a metodologia análise de conteúdo descrita por Bardin. Evidenciou-se que, a maioria dos profissionais que atuaram na VE são enfermeiros e do gênero feminino. Quanto ao grau de instrução, 60,98% dos participantes possuem especialização, e a maioria eram profissionais residentes (51,15%). Quanto a condição de trabalho, destaca-se que dentre os 41 participantes da pesquisa 15 são concursados. Este fato nos faz refletir sobre a política de Recursos Humanos (RH) da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS. Isso gera instabilidade (falta de RH) e alta rotatividade dos profissionais nas equipes. Apesar da Vigilância Epidemiológica dos agravos estar organizada e possuir fluxos foi possível a partir dos relatos observar que já havia fragilidades no processo de trabalho antes da pandemia.

Palavras-chave: vigilância epidemiológica; pandemia; covid-19; profissionais.

ABSTRACT

The study aimed to describe the perception of Epidemiological Surveillance - EV professionals, who acted in the face of covid-19, from March 2020 to March 2021. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. Data collection took place through a Google Docs questionnaire, and the content analysis methodology described by Bardin was used for data analysis. It was evident that the majority of professionals who worked in ES are female nurses. As for the level of education, 60.98% of the participants have specialization, and most were resident professionals (51.15%). As for the working condition, it is highlighted that among the 41 participants of the research, 15 are public servants. This fact makes us reflect on the Human Resources (HR) policy of the Municipal Health Secretariat - SEMUS. This generates instability (lack of HR) and high turnover of professionals in teams. Despite the Epidemiological Surveillance of diseases being organized and having flows, it was possible from the reports to observe that there were already weaknesses in the work process before the pandemic.

Keywords: epidemiological surveillance; pandemic; Covid-19; professionals.

1. INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, denominado SARS CoV-2, causador da doença covid-19, foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Na época, em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmaria a circulação do novo coronavírus (WHO, 2020a). O primeiro caso confirmado no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. Já a transmissão local declarada no dia 23 de março de 2020 (CRODA; GARCIA, 2020). O primeiro caso confirmado no estado do Tocantins ocorreu na capital Palmas em 18 de março de 2020. No período de 28 de fevereiro a 19 de março de 2020, foram notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas 58 casos suspeitos de covid-19. Em 15 de abril de 2020, o município de Palmas, confirmou transmissão comunitária do covid-19 por identificar a ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado. (PALMAS, 2020).

A detecção e notificação o mais precoce possível de indivíduos infectados pelo SARS CoV-2, é um fator imprescindível para o monitoramento e o controle da epidemia, pois o vírus apresenta alta transmissibilidade com enorme impacto em termos de morbimortalidade para a população (FLAXMAN, S., et al., 2020). Portanto, as ações de vigilância epidemiológica assumem papel fundamental ao fornecer informações oportunas e qualificadas aos gestores para a tomada de decisão (BRASIL, 2021).

A Vigilância Epidemiológica (VE) é definida pela legislação como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990). A mesma norteia as ações e serviços nas unidades de saúde e em atividades extramuros. Com o propósito de orientar ações de vigilância, prevenção e controle de doenças de importância pública no país, através de protocolos de conduta e normas técnicas aos profissionais (BRASIL, 2021).

Em Palmas, a Vigilância Epidemiológica em meados de fevereiro de 2020 inicia a operacionalização dos casos suspeitos de covid-19, o que adiante implicaria na reorganização do processo de trabalho desse cenário para atender as necessidades de condução do agravo no município de Palmas. Com isso, a pesquisa teve como objetivo descrever a percepção dos profissionais da vigilância epidemiológica, que atuaram no enfrentamento da covid-19, no período de março de 2020 a março de 2021.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, descritivo e exploratório. Para o estudo compreendem-se como profissionais da VE, analistas em saúde, coordenadores de áreas técnicas, gerência da VE, diretoria da Vigilância em Saúde vigente no período de março de 2020 a março de 2021, e residentes em saúde coletiva que atuaram no COE na gerência da VE, embora lotados em outras gerências, totalizando 81 profissionais.

Para determinar o tamanho da amostra com população finita, utilizamos a seguinte fórmula apresentada por Stevenson (1981): $n = \frac{N.Z^2.p.(1-p)}{Z^2.p.(1-p)+e^2.(N-1)}$, onde: n - amostra calculada; N – população; Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p - verdadeira probabilidade do evento; e - erro amostral. Para o estudo, utilizamos como amostra mínima válida n = 67, após arredondado o valor.

Foram incluídos na pesquisa profissionais que aceitaram participar da pesquisa através do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) descrito no questionário. Sendo excluídos profissionais não disponíveis por licença, gravidez, motivos de saúde ou que resolveram não aceitar o TCLE.

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2022. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário eletrônico desenvolvido na plataforma Google Docs, o link do questionário foi propagado por e-mail e aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas (WhatsApp).

Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia descrita por Bardin (2011), que consiste na organização da análise da seguinte forma: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados. A análise de conteúdo foi realizada através da leitura de cada resposta, sendo estabelecida a classificação por temas para a construção das unidades de significação (BARDIN, 2011). Os dados foram digitados, codificados e armazenados em uma planilha do programa Microsoft Excel. Para apresentação dos resultados foram elaborados quadros e tabelas. A identificação dos entrevistados foi preservada, utilizando a estratégia de representação alfanumérica nos depoimentos transcritos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), e aprovado conforme CAAE: 59497122.0.0000.9187 e Parecer de Número: 5.612.975.

3. RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 41 profissionais, de diferentes formações e cargos ocupados, representando 50,6% do total da população escolhida para o estudo. O total de profissionais que atuaram na VE no período estudado foi 81, após realizado cálculo para determinar o tamanho da amostra, a amostra mínima válida foi de 67 participantes. Porém, por se tratar de questões abertas foi utilizado o critério de saturação para finalizar a captação de novos participantes, ou seja, à medida que as respostas foram se repetindo, considerou-se irrelevante persistir na coleta de dados, pois as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido (FONTANELA, 2011).

Caracterização dos participantes da pesquisa: Perfil sociodemográfico

Os participantes da pesquisa (41 profissionais que, a partir deste ponto, consideraremos como correspondente a 100% dos participantes), apresentaram o seguinte perfil quanto à idade, gênero e grau de instrução.

Tabela 1 – Perfil dos participantes quanto à idade, gênero e instrução.

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Idade		
20 – 29 anos	14	34,15%
30 – 39 anos	14	34,15%
40 – 49 anos	11	26,83%
50 – 59 anos	2	4,88%
Gênero		
Feminino	33	80,49%
Masculino	8	19,51%
Grau de instrução		
Ensino Médio	0	0,00%
Superior incompleto	1	2,44%
Superior completo	3	7,32%
Especialista	25	60,98%
Mestre	11	26,83%
Doutor (a)	1	2,44%

Fonte*:* Elaborada pelas autoras (2022).

Na tabela 1 observa-se que, quanto à idade, os participantes atuantes no enfrentamento a covid-19 possuem idade entre 20 a 59 anos. Os participantes distribuem-se de forma uniforme entre as faixas etárias encontradas, com exceção daqueles com idade entre 50 a 59 anos que correspondem a 2 (4,88%). Logo, 28 (68,3%) participantes apresentam idade entre 20 e 39 anos, faixa etária predominante entre os

sujeitos. Houve uma predominância do gênero feminino sobre o masculino (80,49% feminino). Quanto ao grau de instrução, os participantes em sua maioria são especialistas (60,98%), seguido de profissionais mestres (26,83%).

Os participantes da pesquisa, apresentaram o seguinte perfil quanto, categoria profissional, atuação, condição do trabalhador e tempo de trabalho na VE do município (em anos).

Tabela 2 – Perfil dos participantes quanto à categoria profissional.

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Categoria profissional		
Assistente de gabinete	1	2,44%
Biomédico	3	7,32%
Biólogo	3	7,32%
Enfermeiro	13	31,71%
Farmacêutico	1	2,44%
Fisioterapeuta	5	12,20%
Fonoaudiólogo	1	2,44%
Médico veterinário	3	7,32%
Médico	1	2,44%
Nutricionista	5	12,20%
Odontólogo	1	2,44%
Psicólogo	4	9,76%

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

Doze (12) categorias profissionais estiveram representadas. Assim sendo, 97,56% das categorias estão relacionadas à saúde. De acordo com a tabela 2, com 31,71% a categoria enfermeiro predominou sobre as demais, a seguir ambas com 12,20% estão, fisioterapeuta e nutricionista.

Tabela 3 – Perfil dos participantes quanto atuação, condição do trabalhador e tempo de trabalho na VE do município.

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Atuava como		
Analista	14	34,15%
Residente	21	51,15%
Coordenador	4	9,76%
Gestor: diretor ou gerente	2	4,88%
Condição do trabalhador		
Efetivo – concursado	15	36,59%
Efetivo - contrato	5	12,20%
Bolsista ppt	0	0,00%
Bolsista residência	21	51,22%
Bolsista outros	1	2,44%
Tempo de trabalho na VE		
1 – 5 anos	28	68,29%
6 – 10 anos	6	14,63%
11 – 15 anos	3	7,32%
16 – 20 anos	3	7,32%
21 – 25 anos	1	2,44%

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022).

Passando então para a análise de atuação dos profissionais, dos 41 participantes, observou-se, que a maioria atuante na VE no período estudado eram residentes (51,15%) em formação provenientes do programa multiprofissional em saúde coletiva, seguido de analista (34,15%), coordenador (9,76%) e gestor (4,88%).

Quanto à condição do trabalhador, encontramos profissional concursado (36,59%), contrato (12,20%), bolsista residente (51,22%) e bolsista outros (2,44%). Excluindo os residentes quanto a condição de trabalho devido o vínculo temporário de 2 anos, vínculo este voltado ao processo de formação profissional, destaca-se que dentre os 41 participantes da pesquisa apenas 15 são concursados. Este fato nos faz refletir sobre a política de Recursos Humanos (RH) da SEMUS. Isso gera instabilidade (falta de RH) e alta rotatividade dos profissionais nas equipes, fator destacado nas respostas do segundo bloco do questionário.

Observa-se que a maioria dos profissionais (28) possui de 1 a 5 anos de tempo de trabalho, seguido de 6 profissionais na faixa de 6 a 10 anos, sendo pouco significativo o número de profissionais com mais de 11 anos de tempo de trabalho.

Apresentação dos dados qualitativos: Percepção dos profissionais

Após análise das respostas dos participantes, emergiram 2 categorias temáticas: Organização do processo de trabalho; e, Desafios e sensibilização dos profissionais durante a atuação.

Categoria 1: Organização do processo de trabalho

Esta categoria reúne as vivências relatadas em relação ao processo de trabalho antes, durante e após o enfrentamento da pandemia.

Com base nessa categoria, dos 41 participantes, 09 participantes responderam desconhecer o processo de trabalho antes da pandemia, pois não atuavam na VE. Em relação às mudanças no processo de trabalho durante a pandemia, 07 participantes responderam que houve mudanças, porém não quiseram detalhar tais mudanças, já sobre o processo de trabalho após o enfrentamento da pandemia 4 participantes responderam que não atuam mais na VE e não discorreram sobre.

Na sequência, apresenta-se, os relatos dos participantes com base na categoria organização do processo de trabalho.

Quadro 1. Relatos sobre o processo de trabalho na VE antes da pandemia

Como estava organizado o processo de trabalho antes da pandemia?
Relatos
"Estruturado, porém com fragilidades de recursos e RH". (P1) *"[...] As coordenações já possuíam fluxos, normas e rotinas estabelecidos". (P2)* *"[...] organizado, conseguíamos manter o processo de trabalho de forma eficaz!". (P3)* *"Trabalho presencial.[...] Quantitativo de servidores em geral inferior a demanda de trabalho".(P6)* *"Estava bem organizado".(P8)* *"[...] fluxos bem definidos e em constante atualização conforme a necessidade do serviço". (P9)* *"Planejamento fragmentado por áreas específicas, sem o envolvimento de todos os setores [...] ações baseadas para alcance quantitativo de indicadores, carências de projetos com estímulo a ações de prevenção e promoção da saúde, executado".(P 10)* *"Bem estruturado. Passamos por algumas dificuldades na organização, mas estávamos reorganizados novamente e fortalecidos como equipe".(P 11)* *"Dividido nas coordenações técnicas, cada uma desenvolvendo seu trabalho específico".(P 18)* *"Estava semi estruturado. As mudanças de gestão constantes acabam impactando a organização do serviço". (P20)* *"Acredito que respondia a um processo de trabalho organizado e coerente com a realidade local". (P22)* *" Sempre há o que melhorar, porém antes da Pandemia era possível o planejamento, execução e avaliação dos resultados de forma mais eficaz e tranquila, o que não era possível durante a Pandemia" (P 26)* *"Constante processo de organização, principalmente por ser composto em grande parte por residentes". (P 31)* *"[...] em constante desenvolvimento e aprimoramento". (P 39)*

Quadro 2. Relatos sobre mudanças no processo de trabalho na VE durante a pandemia

Ocorreram mudanças no processo de trabalho durante a pandemia da covid-19?
Relatos
"[...]as coordenações tiveram que adaptar seus processos de trabalho conforme a realidade. Foi necessário a reorganização das escalas de trabalho nas coordenações para ajudar no COE". (P 2) *"[...] foram montadas equipes e estratégias específicas para o enfrentamento da COVID-19, as quais eram avaliadas e reestruturadas quando necessário". (P 4)* *"[...].Trabalho semi-presencial ou remoto. Distanciamento interpessoal recomendado. Uso de máscara / higiene regular das mãos". (P 6)* *"Sim, mudanças repentinas e radicais. Foi um processo difícil, considerando a complexidade do agravo da COVID. A princípio, houve a mudança para o trabalho híbrido, posteriormente foi se adaptando o modo de trabalho e fluxos vigentes para lidar com a complexidade do momento pandêmico". (P 9)* *"Sim, houve necessidade de planejamento de ações intersetoriais de forma imediata e constante voltados para a pandemia. [...]". (P 10)* *"[...]. A equipe da vigilância em saúde precisou se organizar e colaborar para apoiar o grande setor que virou uma área da covid-19 [...]". (P 11)* *"[...]. Recursos humanos limitados, home-office" (P 14)* *"Sim muitas mudanças na forma de realizar as atividades,na necessidade de atualizações de fluxos e protocolos em curto prazo, muitas demandas de ministério público, reorganização de horários de trabalho". (P 17)* *"Sim, devido às medidas sanitárias (máscara, distanciamento, limpeza, home office) e no caso da vigilância especificamente a identificação e monitoramento dos casos, bem como a confecção de boletins diários" (P 27)* *"Sim, a força de trabalho foi alocada para o combate ao COVID, modificando a dinâmica da vigilância epidemiológica". (P 35)* *"sim, teve impacto em toda rede de atenção e vigilância em saúde, que implicou na capacidade técnica, física, RH e insumos". (P 37)* *"Sim, todo o fluxo, agenda, demandas de trabalho precisaram ser reorganizadas". (P 40)*

Quadro 3. Relatos sobre o processo de trabalho na VE após o enfrentamento da pandemia

Sua opinião sobre o processo de trabalho da VE de Palmas, após o enfrentamento da pandemia?
Relatos
"Estamos tentando a duras penas o retorno de nosso trabalho e de superar o tempo perdido de ações que visam os processos de Vigilância em Saúde do Indivíduo" (P 1) *"Acredito que a RAVS saiu mais unida e fortalecida após o enfrentamento da pandemia".(P 2)* *"[...]. Aprendemos muito com enfrentamento da COVID-19 e acredito que agora estamos mais sábios para possíveis outras pandemias, epidemia ou seja qual for.[...]". (P 4)* *"Cada vez mais investigativo e persistente". (P 12)* *"Conseguiu se estruturar e organizar bem, após o caos inicial". (P 15)* *"[...] foi possível ver o quanto a vigilância é forte e quando precisa tem potencial para resposta efetiva". (P 17)* *"Hoje em dia considero um processo de trabalho frágil. Depois da pandemia era para a equipe estar bem consolidada, mas não vejo isso porque o processo de trabalho muda o tempo inteiro e a rotatividade de profissionais é muito grande. [...]". (P 18)* *"[...] temos maior expertise sobre ações emergenciais, preventivas, de contenção de disseminação de agravos, diagnóstico e tratamento oportuno, velocidade de emissão de informações epidemiológicas, etc" (P 21)* *"Aos poucos está sendo resgatado muitos processos que haviam ficado praticamente parados, com alguns prejuízos, refletidos nos dados epidemiológicos". (P 26)* *"[...] melhorou muito em relação ao que era antes da pandemia. Acredito que ainda há necessidade de aprimoramento e de mais mudanças, contudo, há ainda a dependência de inúmeros fatores além da vontade de mudar. Espero, contudo, que tais mudanças não ocorram novamente em um período de urgência, mas, com tranquilidade, para que o fluxo de trabalho só melhore e o serviço prestado ao município continue sendo um serviço de excelência". (P 28)*

Categoria 2: Desafios e sensibilização dos profissionais durante a atuação

Esta categoria reúne as vivências relatadas sobre os desafios e situações que marcaram os profissionais durante a atuação na VE frente à pandemia.

Com base nessa categoria, dos 41 participantes, apenas 1 participante não quis responder sobre os desafios enfrentados, em relação às situações que marcaram durante a atuação frente à pandemia, 5 participantes não quiseram detalhar tais situações.

Na sequência, apresenta-se, os relatos dos participantes com base na categoria desafios e sensibilização dos profissionais durante a atuação.

Quadro 4. Relatos sobre os desafios da VE na pandemia da covid-19

A vigilância epidemiológica enfrentou desafios na pandemia da covid-19?
Relatos
"Sim! Escassez de RH e jornadas de trabalho maiores". (P 1) *"[...]. A exaustão mental foi o maior desafio para controlar!" (P 3)* *"[...]. RH insuficiente, excesso de carga de trabalho, implantação de estratégias, falta de tecnologia e ferramentas para melhor monitoramento [...]". (P 4)* *"Sim, alta demanda, gerenciamento da equipe". (P 5)* *"Sim, inúmeros. Dentre eles estão a adaptabilidade dos servidores, pressão midiática sob a covid e, consequentemente, o escanteio de outros agravos, necessidade de agilidade para todos os processos que envolviam a vigilância da covid, adaptação quanto a carga horária de trabalho." (P 9)* *"Sim. Carência de recursos humanos qualificado e em quantidade suficiente, de recursos materiais, de*

recursos financeiros, de recursos tecnológicos, de planejamento em rede, de protocolos definidos, de resposta da atenção primária, de sistemas de informação que não se relacionam, de análise e socialização das informações em tempo oportuno, desinformação, dentre outros". (P 10) *"Sim. Desafios relacionados ao medo do desconhecido, do adoecimento, sobrecarga de trabalho". (P 16)* *"[...] quantidade exorbitante de casos". (P 24)* *"[...] situações relacionadas à tecnologia foram muito desafiantes, pois, o registro, monitoramento e liberação de dados da covid foi realizado praticamente todo de forma digital, o que exigia capacitações constantes de pessoas para realizar tais funções.[...] houve uma dificuldade a mais no ponto tecnológico, pois, muitas vezes os profissionais que eram escalados para trabalhar na covid não gostavam ou não possuíam afinidade com o uso de recursos digitais, o que algumas vezes desacelerava o fluxo de trabalho". (P 28)* *"[...]. Adaptações nos fluxos e processos de trabalho, como a inserção do trabalho remoto e manejo de tecnologias" (P 29).* *"[...]. O exame laboratorial que no início demorava para sair o resultado. O monitoramento dos casos, com ligações realizadas do nosso próprio celular, que não era possível ser realizado em tempo oportuno devido a alta demanda e por isso gerava muitos transtornos [...]". (P 30)* *"[...] reorganização do processo de trabalho, estudo da pandemia, qualificação dos profissionais". (P 33)*

Quadro 5. Relatos sobre situações que marcaram os profissionais durante a atuação na VE frente à pandemia

Algo lhe marcou durante sua atuação na VE frente à pandemia?
Relatos
"Perda de uma colega de trabalho". (P 1) *"Sim. O trabalho nos informes de casos confirmados. A realização de investigação epidemiológica por telefone foi um processo cansativo". (P 2)* *"Com toda certeza a ação da vacinação foi o maior destaque!! Foi emocionante vê a esperança renascer diante de tudo que vivemos!!"(P 3)* *"Atuar em home office". (P 5)* *"Sim. O esforço coletivo de todas as áreas para o enfrentamento no primeiro ano da pandemia. O trabalho exaustivo, porém coletivo, fez a diferença". (P 7)* *"O medo diário da contaminação e suas consequências, diante da falta de vacina e de estudos aprofundados sobre o comportamento do vírus". (P 9)* *"Sim. A saída da Diretora de Vigilância em Saúde que trabalhou arduamente e com muita competência durante o primeiro período da pandemia. Era a pessoa mais qualificada para estar à frente do processo e foi trocada sem a mínima consideração pelo que tinha desempenhado". (P 18)* *"O negacionismo de alguns profissionais. Resistência em utilizar os epis do modo adequado, além de falas antivacina". (P 20)* *"Acostumar com tantos óbitos acontecendo e perder uma grande amiga de trabalho". (P 22)* *"[...] a resiliência, união e a força de vontade de toda a equipe foi o que mais me marcou em todo esse período". (P 28)* *"Sim, trabalho excessivo e exaustivo. Cansaço e adoecimento mental".(P 38)* *"A experiência profissional durante uma pandemia e a necessidade de enfrentamento dos desafios, percebi o quanto nosso trabalho era importante para gerar informações que serviram de base para a prevenção, moderação e tratamento da doença" (P 40)*

4. DISCUSSÃO

Em relação a caracterização da equipe de Vigilância Epidemiológica de Palmas atuante no enfrentamento da pandemia no período de março de 2020 a março de 2021, evidenciou-se referente aos 41 participantes que, a maioria dos profissionais que atuaram na VE são enfermeiros e do gênero feminino, refletindo a realidade do universo total de profissionais atuantes, provavelmente exprimindo uma tendência do perfil dos

profissionais atuantes na VE. Este dado corrobora com estudo desenvolvido, onde a força de trabalho é predominantemente do gênero feminino e com formação na área da enfermagem, havendo associação entre trabalho feminino e cuidado em saúde (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995). A idade desses profissionais varia entre 20 a 59 anos.

Como evidenciado neste estudo, quanto ao grau de instrução, 60,98% dos participantes possuem especialização, o que confirma a necessidade de formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação geral e de qualificação profissional, mais capacitados a atuar em saúde coletiva e comunitária (BRASIL, 2004).

Observou-se ainda, que a maioria atuante na VE no período estudado eram residentes (51,15%) em formação do programa multiprofissional em saúde coletiva. Fora o benefício à instituição, a participação dos residentes no enfrentamento a pandemia covid-19 se fez importante no processo de formação dos mesmos. A residência, embora exija um grande investimento em tempo e recursos, é muito importante para a construção da identidade do profissional e é fundamental para as relações dos residentes com os fenômenos de saúde e doença. (GILBERT; CARDOSO; WUILLAUME, 2006).

Quanto a condição de trabalho, destaca-se que dentre os 41 participantes da pesquisa 15 são concursados. Este fato nos faz refletir sobre a política de Recursos Humanos (RH) da SEMUS. Isso gera instabilidade (falta de RH) e alta rotatividade dos profissionais nas equipes, fator destacado nas respostas do segundo bloco do questionário. De acordo com Santos e Brandespim (2018), a escassez no quadro de profissionais e a precarização das relações de trabalho repercutem diretamente no processo de trabalho e consolidação do SUS. Para Robbins (2005), a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, consequentemente, prejudicando a eficiência organizacional.

A categoria, organização do processo de trabalho, reúne as vivências relatadas pelos participantes em relação ao processo de trabalho antes, durante e após o enfrentamento da pandemia na VE.

De acordo com Brasil (2021) são de responsabilidade da vigilância epidemiológica dos agravos: investigação dos casos; análise de dados; criação/ divulgação de fluxos que apoiem a gestão da clínica; solicitação de busca ativa/ investigação às Unidades de Saúde da Família; divulgação dos dados; orientações técnicas aos profissionais de saúde sobre a vigilância na informação dos agravos e medidas de controle a serem adotadas; capacitação de profissionais; ações de testagem extramuros e alimentação do Sistema

de Informação de Agravos de Notificação, além disso, também atua na criação de fluxos e protocolos para apoiar a gestão da clínica local.

Apesar da vigilância epidemiológica dos agravos estar organizada e possuir fluxos é possível a partir dos relatos observar que já havia fragilidades no processo de trabalho antes da pandemia. *"Estruturado, porém com fragilidades de recursos e RH." (P1); "[...] As coordenações já possuíam fluxos, normas e rotinas estabelecidos." (P2); "Dividido nas coordenações técnicas, cada uma desenvolvendo seu trabalho específico." (P 18); "[...] em constante desenvolvimento e aprimoramento." (P 39).*

A VE é ferramenta essencial à execução de ações de controle de doenças e agravos. Sendo, um serviço que envolve funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, no sentido de conhecer o comportamento da doença ou agravo e, a partir disso, promover medidas pertinentes de intervenção (BRASIL, 2021).

Em março de 2020, iniciou-se a reorganização do processo de trabalho da VE para o enfrentamento da pandemia, constituindo a força de trabalho profissionais e residentes das coordenações técnicas. Os relatos dos participantes demonstram as mudanças que ocorreram: *"[...]as coordenações tiveram que adaptar seus processos de trabalho conforme a realidade. Foi necessário a reorganização das escalas de trabalho nas coordenações para ajudar no COE." (P 2); "Sim muitas mudanças na forma de realizar as atividades, na necessidade de atualizações de fluxos e protocolos em curto prazo, muitas demandas de ministério público, reorganização de horários de trabalho." (P 17).*

Nesse contexto de reorganização do trabalho, WHO (2020b) apontou que a capacidade do serviço de saúde de desempenhar plenamente suas funções no contexto da pandemia demandou não apenas expandir o número de leitos hospitalares e de UTI, mas também reorganizar os fluxos na rede de atendimento, redefinir os papéis das diferentes unidades e níveis de atenção e criar novos pontos de acesso ao serviço de saúde, especialmente por via remota. Assim, as modalidades de teleatendimento (teleorientação, teleconsulta, telemonitoramento e telerregulação) passaram a desempenhar importante papel nesse momento (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020).

Por fim, outros relatos destacam que o trabalho após o enfrentamento à pandemia ainda possui fragilidades, porém resultou em aprendizado e fortalecimento da VE, conforme segue: *"Acredito que a RAVS saiu mais unida e fortalecida após o enfrentamento da pandemia." (P 2); "[...]. Aprendemos muito com enfrentamento da*

COVID-19 e acredito que agora estamos mais sábios para possíveis outras pandemias, epidemia ou seja qual for.[...].” (P 4).

Para Lima et al. (2020), o enfrentamento a pandemia da covid-19 de forma coesa e oportuna veio fortalecer a importância das ações integradas e do trabalho articulado em equipe. Sem dúvida a pandemia gerou e ainda trará outras transformações na condução e execução de processos de trabalho e na adoção de práticas de controle sanitário.

Contudo, muitos foram os desafios enfrentados, como mencionado pelos participantes: *“[...]. A exaustão mental foi o maior desafio para controlar!” (P 3); “[...]. RH insuficiente, excesso de carga de trabalho, implantação de estratégias, falta de tecnologia e ferramentas para melhor monitoramento [...].” (P 4); “[...]. Adaptações nos fluxos e processos de trabalho, como a inserção do trabalho remoto e manejo de tecnologias.” (P 29); “[...] reorganização do processo de trabalho, estudo da pandemia, qualificação dos profissionais” (P 33).*

O cenário de pandemia da covid-19 levou os sistemas de saúde do mundo todo a trabalharem além de sua capacidade máxima, expondo insuficiência de recursos humanos na saúde, falta de capacitação dos profissionais, poucas ações de prevenção interna nos espaços de cuidado, dentre outras ações necessárias ao enfrentamento de situações emergenciais de saúde pública (FERRINHO, et al., 2020).

Para Dejours (1994), o ritmo intenso e acelerado de trabalho pela ausência de profissionais, juntamente com o excesso de trabalho, evidencia uma inadequação entre o processo de trabalho e a organização de trabalho, o que culmina em sentimentos de exaustão, esgotamento, medo, tristeza bem como cansaço físico e emocional.

Os participantes relataram ainda situações que marcaram durante a atuação na VE frente à pandemia: *“Perda de uma colega de trabalho.”(P 1); “Com toda certeza a ação da vacinação foi o maior destaque!! Foi emocionante vê a esperança renascer diante de tudo que vivemos!!”(P 3); “O medo diário da contaminação e suas consequências, diante da falta de vacina e de estudos aprofundados sobre o comportamento do vírus.”(P 9); “[...] a resiliência, união e a força de vontade de toda a equipe foi o que mais me marcou em todo esse período”(P 28).*

De acordo com Paula et al. (2020), além da exaustão física e mental, a dor da perda de pacientes e colegas, o medo da morte, da contaminação com o vírus e a transmissão da doença aos entes próximos também são sentimentos que tem acompanhado pessoas por todo mundo, sobretudo os profissionais atuantes na linha de frente.

Por fim, Massuda, et al. (2021) afirmam que o enfrentamento a covid-19 mostrou fortalezas e fragilidades do SUS. Evidenciou também que sistemas de saúde resilientes são essenciais não só para efetivação do direito à saúde, mas também para a manutenção de atividades sociais e econômicas. Ainda, que no cenário pós-pandêmico, fortalecer o SUS e aprimorar sua gestão devem estar na agenda da saúde e de outros setores da sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz uma reflexão quanto à saúde do trabalhador, sobretudo sobre a necessidade de destinação de recursos a essa área, a fim de garantir ações para a organização e reestruturação dos processos de trabalho, para evitar ou amenizar a exposição à sobrecarga física e psíquica.

Assim como, a importância de fortalecer a VE, especialmente em situações de calamidade pública, como a da covid-19, investindo na sua expansão e qualificação profissional através da oferta de condições adequadas de trabalho e valorização dos seus trabalhadores. O que poderá refletir, portanto, na qualidade e na satisfação dos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E.M.L., MENEZES,G.M.S., MARINHO, L.F.B. **Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir**. Cad. Saúde Pública. 1995 Abr-Jun; 11 (2): 281-90.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2011.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 17/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: Estudo e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CRODA, J.H.R., GARCIA, L.P. **Immediate Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic.** Epidemiol. Serv. Saúde; 2020 mar 23; 29(1):1-3. PubMed; PMID 32215535.

DEJOURS, C. **Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação**. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994. p. 21-32.

FERRINHO, P. et al. **Proteger os trabalhadores da saúde contra o SARS-CoV-2**. ihmt [Internet]. 21 Out.2020. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/354>. Acesso em 25/11/2022.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

FLAXMAN, S., et al. COVID-19 reports. Report 13: E**stimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries**. Imperial College London. 1–35, 2020.

GILBERT, A.C.B., CARDOSO, M.H.C.A., WUILLAUME, S.M. **Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetrícia/Ginecologia**. Interface: Comum Saúde Educ 2006;9(18):103-16.

GREENHALGH, T., KOH, G.C.H., CAR, J. **Covid-19: avaliação remota em Atenção Primária à Saúde**.Rev Bras Med Fam Comunidade 2020.

LIMA, L.O. et al. **Desafios e atuação da Vigilância Sanitária no enfrentamento da Covid-19 no Estado do Paraná**. R. Saúde Públ. Paraná. 2020 Dez.;3(Supl 1):90-107

MASSUDA, A. et al. **A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19**. Cad. EBAPE.BR, v. 19, Edição Especial, Rio de Janeiro, Nov. 2021.

PAULA, G.S., et al. **A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de Coronavírus**. J. nurs. health. 2020;10(n.esp.):e20104018. https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18977

PALMAS. Boletim – **INFORME EPIDEMIOLÓGICO Nº 01 NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)**. Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-Palmas COVID-19), 2020. Disponível em: <https://coronavirus.palmas.to.gov.br/storage/reports/NKeDasoMvO9tGzKjOmZlBIdDNaWFVwyuzMpRuF5p.pdf>. Acesso em 18/12/2021.

ROBBINS, S.P. **Comportamento organizacional**. 11ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2005.

SANTOS, C. V. B., BRANDESPIM, F. **Características dos Recursos Humanos e desafios no trabalho de coordenadores de Vigilância em Saúde no interior de Pernambuco**. Vigilância Sanitária em Debate, vol. 6, núm. 2, pp. 54-60, 2018.

WHO, World Health Organization. **Pneumonia of unkow cause- CHINA**. 05 de jan. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>. Acesso em: 04 de março. 2022.

WHO. World Health Organization. **Operational considerations for case management of COVID-19**. 19 de março 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020-1>. Acesso em 24 de Novembro de 2022.

PERFIL DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO PERÍODO DE 2011 A 2020 EM PALMAS-TO

Revista Desafios

Cervical Cancer Mortality from 2011 to 2020 in Palmas-TO

Perfil de Mortalidad por Cáncer Cervicouterino en el período 2011 al 2020 em Palmas-TO

Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Sara Gonzalez*[1], Nadja Figueiredo Oliveira de Sousa[1], Andreza Domingos da Silva[1]

[1]Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Fundação Escola de Saúde Pública, Palmas, Brasil

*Correspondência: 107 Norte Alameda 121 Lote 3, Palmas, Tocantins, Brasil. CEP:77.001-114. e-mail sara.gonzalez@alumni.usp.br. (A identificação dos autores deverá ser incluída apenas na versão final caso o artigo seja aceito para publicação).

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

O perfil de mortalidade por câncer do colo do útero (CCU) ocorrido no município de Palmas-TO. O CCU é responsável por elevada taxa de mortalidade no Brasil e no mundo. Na Região Norte do Brasil é mais incidente em pessoas com colo do útero, principalmente devido a presença do Papiloma Vírus Humano (HPV), transmitido essencialmente por contato sexual. As formas de prevenção são possíveis pelo rastreamento realizado por meio de exames, por vacinas e medidas educativas. Este estudo de coorte retrospectivo, com abordagem quantitativa descreve o perfil sociodemográfico por CCU no período de 2011 a 2020 e identifica a prevalência dos óbitos por território de saúde. No período de 2011 a 2020, ocorreram 92 óbitos de mulheres no município de Palmas-TO. Os resultados apontam que a faixa etária predominante foi de 31 a 60 anos, correspondendo a 65% das mulheres. 52% das mulheres declararam-se pardas, 45% estavam em união estável ou casadas, e 57% das mulheres não haviam completado o ensino fundamental. A região de Palmas que concentrou maior taxa de mortalidade por câncer do colo do útero são as regiões Karajá (17%) e Xerente (17%). Conclui-se que a realização de estudos como este permite o reconhecimento da doença e as características sociodemográficas de mulheres da região Norte do país que adoeceram e faleceram por CCU. Foi possível, também, identificar fatores associados à doença, como baixa escolaridade e faixa etária.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Epidemiologia; Mortalidade.

ABSTRACT

The profile of mortality from cervical cancer (CC) occurred in the city of Palmas-TO. CC is responsible for a high mortality rate in Brazil and worldwide. In the North of Brazil, it is more frequent in people with a cervix, mainly due to the presence of the Human Papilloma Virus (HPV), transmitted essentially through sexual contact. The forms of prevention are possible through screening carried out through exams, vaccines and educational measures. This retrospective cohort study with a quantitative approach describes the sociodemographic profile by CCU in the period from 2011 to 2020 and identifies the prevalence of deaths by health territory. In the period from 2011 to 2020, there were 92 deaths of women in the municipality of Palmas-TO. The results indicate that the predominant age group was 31 to 60 years old, corresponding to 65% of the women. 52% of the women declared themselves brown, 45% were in a stable relationship or married, and 57% of the women had not completed elementary school. The Palmas region that concentrated the highest mortality rate from cervical cancer are the Karajá (17%) and Xerente (17%) regions. It is concluded that carrying out studies like this allows the recognition of the

disease and the sociodemographic characteristics of women in the North region of the country who became ill and died from CC. It was also possible to identify factors associated with the disease, such as low education and age group.
Keywords: *Cervical Cancer; Epidemiology; Mortality.*

RESUMEN
El perfil de mortalidad por cáncer de cuello uterino (CCU) ocurrió en la ciudad de Palmas-TO. El CCU es responsable de una alta tasa de mortalidad en Brasil y en el mundo. En el Norte de Brasil, es más frecuente en personas con cuello uterino, principalmente por la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH), transmitido esencialmente por contacto sexual. Las formas de prevención son posibles a través de la detección realizada a través de exámenes, vacunas y medidas educativas. Este estudio de cohorte retrospectivo con enfoque cuantitativo describe el perfil sociodemográfico por UCC en el período 2011 a 2020 e identifica la prevalencia de muertes por territorio de salud. En el período de 2011 a 2020, hubo 92 muertes de mujeres en el municipio de Palmas-TO. Los resultados indican que el grupo etario predominante fue el de 31 a 60 años, correspondiendo al 65% de las mujeres. El 52% de las mujeres se declaró morena, el 45% tenía pareja estable o casada, y el 57% de las mujeres no había terminado la escuela primaria. Las regiones de Palmas que concentraron la mayor tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino son las regiones de Karajá (17%) y Xerente (17%). Se concluye que la realización de estudios como este permite el reconocimiento de la enfermedad y las características sociodemográficas de mujeres de la región Norte del país que enfermaron y fallecieron por CC. También fue posible identificar factores asociados a la enfermedad, como baja escolaridad y grupo etario.
Descriptores*: Cáncer Cervicouterino; Epidemiología; Mortalidad.*

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é um problema de saúde pública, embora seja uma doença evitável. Apresenta incidência anual de 604 mil novos casos por ano no mundo, e é a quarta causa de morte por câncer mais comum entre as mulheres. Também conhecido como câncer cervical, ele é responsável por 341 mil óbitos por ano (**IARC, 2020**).

Há cerca de 30 anos foi estabelecida uma relação entre o CCU e o Papiloma Vírus Humano (HPV), justificando a etiologia da doença (**FISCHER et. al., 2022**). O HPV é transmitido majoritariamente por contato sexual. Existem, pelo menos, 13 tipos de HPV que são considerados oncogênicos com maior probabilidade de estarem associados a lesões precursoras. Dentre os tipos oncogênicos existentes, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de CCU e lesões pré-cancerosas (**PAHO, 2022**).

No Brasil, no triênio 2020-2022, esperou-se um total de 16.710 novos casos de CCU, com risco estimado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. É considerado a terceira localização primária de incidência, a quarta de mortalidade por câncer em mulheres no país, e o primeiro mais incidente na Região Norte (22,47/100 mil), sem considerar os tumores de pele não melanoma. No Tocantins, o CCU apresenta incidência de 27,90/100 mil, ao passo que na capital, de 22,83/100 mil (**INCA, 2019**).

Com relação a mortalidade, em Palmas, no período de 2011 a 2020, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e com os dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com os respectivos códigos: CCU *in situ* (D06) e CCU invasivo (C53).

Em 1984 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que propunha o cuidado para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Em suas bases programáticas, é destacada a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama (**BRASIL, 1984**). Desde então, o programa passou por ampliações e melhorias, aumentando a cobertura da população, garantindo qualidade, fortalecendo os sistemas de informação,

desenvolvendo capacitações, pesquisa e estratégias de mobilização social (**BRASIL, 2014**).

A portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014, discorre que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário (**BRASIL, 2014**).

O rastreamento pode ser executado de duas formas: oportunístico, que é realizado no momento de um atendimento eventual; e o organizado, que consiste em convidar mulheres na faixa etária recomendada, idealmente por meio de um sistema de base populacional, e recrutar mulheres em falta com o rastreamento, com garantia de abordagem necessária para as mulheres com exames alterados. É consenso que o rastreamento organizado do CCU é desafiador, porém pode ser uma resposta para que se obtenha alta cobertura (**BRASIL, 2014**).

O CCU é uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (**INCA, 2021b**). Os fatores de risco destacados são: a multiplicidade de parceiros, tabagismo, condições socioeconômicas, a higiene íntima inadequada e a multiparidade (**VAZ et. al., 2020**).

Assim, o presente estudo pretende responder a seguinte pergunta: qual o perfil de mortalidade por câncer do colo do útero em Palmas no período de 2011 a 2020?

O objetivo do estudo é analisar o perfil de mortalidade de pessoas com câncer do colo do útero no município de Palmas. Além disso, descrever o perfil sociodemográfico dos óbitos por CCU, e identificar a prevalência dos óbitos por CCU por território de saúde do município.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Estudo com delineamento de coorte retrospectivo, com abordagem quantitativa. No estudo retrospectivo o pesquisador colhe informações pregressas dos fatores de exposição e acompanha por um período de tempo os indivíduos **(CAMARGO, SILVA, MENEGUETTI, 2019)**.

A pesquisa tem como objeto de estudo as informações obtidas por meio de consulta ao banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), cuja função é a obtenção de dados sobre mortalidade no Brasil pela Declaração de Óbito (DO) colhidas pelas Secretarias de Saúde do Município e do Estado. Para o levantamento dos dados serão necessários os óbitos por C53 e D06 que ocorreram no município, além do número total de óbitos por capítulo do CID-10.

Local

O estudo foi realizado no município de Palmas, capital do Tocantins, situado na Região Norte do Brasil, com população estimada de 313 mil habitantes (**IBGE, 2022**) e dispõe de infraestrutura para assistência em oncologia, de atenção primária à saúde e de serviços especializados em atenção à saúde da mulher, sendo referência regional em atenção à saúde. O levantamento dos dados ocorreu considerando a série temporal de 2011 a 2020.

População

A população foi composta por mulheres residentes no município de Palmas que faleceram por causa de Neoplasia Maligna do Colo do Útero (C53) e Carcinoma *in situ* do Colo do Útero (D06) registrados na DO nos anos de 2011 a 2020.

Foram excluídas do estudo óbitos por câncer do colo do útero (CCU) que ocorreram fora do período estipulado, de 2011 a 2020, e óbitos por CCU como causa interveniente.

Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e por meio do Tabwin extraindo os dados com o CID-10 de C53 e D06, e tabulados utilizando o aplicativo Microsoft® Excel 2020.

Análise de dados

Os dados foram inseridos na planilha do aplicativo Microsoft® Excel 2020 e foram apresentados em forma de gráficos e tabelas para facilitar a visualização e análise.

Aspectos éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (CAAE: 60781122.6.0000.9187). Foram respeitados os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi respeitado o sigilo, sendo os dados coletados confidenciais e utilizados somente para fins desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2011 a 2020, ocorreram 92 óbitos de mulheres no município de Palmas-TO. No ano de 2014 ocorreram 13 óbitos, apresentando o maior número de óbitos desta série temporal.

Figura 1. Distribuição em porcentagem de óbitos que ocorreu por câncer do colo do útero. Palmas, Tocantins, Brasil, 2011-2020.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2023.

O CCU é a principal causa de morte entre mulheres na América Latina e no Caribe (**PAHO, 2022**). É uma das neoplasias com alto potencial para prevenção e cura, podendo atingir a 100% se for detectado precocemente. Por ter o desenvolvimento lento e prolongado, há inúmeras alternativas para o tratamento e para a interrupção da doença. As lesões cervicais iniciais levam aproximadamente 20 anos para evoluir para o estágio invasivo, o que favorece a prevenção e o tratamento precoce (**AYOAMA *et al.*, 2019**).

O rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras ocorre, principalmente, por meio do citopatológico, o exame Preventivo de Câncer do Colo do Útero (PCCU) ou exame de Papanicolaou, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o início da coleta deve ser aos 25 anos para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual, e os exames periódicos devem seguir até os 64 anos. O exame é reconhecido mundialmente como método seguro e eficaz para detecção precoce do CCU. Além do exame, o Ministério da Saúde (MS) iniciou, a partir de 2014, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o HPV (**INCA, 2016**). No ano de 2022, a vacina está disponível para pessoas de qualquer sexo de 9 a 14 anos (**BRASIL, 2022**).

Inúmeros são os desafios enfrentados para a adesão das mulheres em idade de risco na coleta do exame preventivo, dentre elas está o preparo insuficiente por parte dos profissionais de saúde, e ausência de sistema de informação condizente com o acompanhamento (**SLOVINSKI *et al.*, 2020**).

Tabela 1. Distribuição de perfil sociodemográfico de mulheres que faleceram por câncer do colo do útero. Palmas, Tocantins, Brasil, 2011-2020.

Variáveis	Total (N = 92) n (%)
Faixa etária (anos)	
21-30	3 (3%)
31-40	17 (18%)
41-50	24 (26%)
51-60	19 (21%)
61-70	12 (13%)
71-80	9 (10%)
81-90	6 (7%)
91-100	2 (2%)
Raça	
Parda	48 (52%)
Branca	29 (32%)
Preta	10 (11%)
Amarela	1 (1%)
Ignorado	4 (4%)
***Status* conjugal**	
Solteira/divorciada/viúva	38 (41%)
Casada/união estável	41 (45%0
Ignorado	13 (14%)
Ocupação	
Aposentada/pensionista	14 (15%)
Profissional de saúde	4 (4%)
Serviços gerais	22 (24%)
Do lar	30 (33%)
Trabalhadora agropecuária	3 (3%)
Outros	6 (7%)
Ignorado	13 (14%)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	52 (57%)
Ensino fundamental completo	13 (14%)
Ensino médio incompleto	7 (8%)
Ignorado	20 (22%)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2023.

Os resultados da presente pesquisa apontam que a faixa etária variou de 28 a 93 anos, e a predominante foi de 31 a 60 anos, correspondendo a 60 (65%) mulheres, e a média de idade foi de 50,02 (DP = 16,02).

Bruno *et al.* (**BRUNO *et al.*, 2019**) afirmaram que o risco de progressão da infecção é maior em pacientes com mais de 60 anos comparado com mulheres mais jovens, o motivo seria, provavelmente, porque em mulheres mais idosas há maior chance da infecção ser persistente. Ainda nessa perspectiva, mulheres com mais de 60 anos têm risco maior de desenvolver o câncer do colo do útero devido à dificuldade de reconhecer precocemente anomalias displásicas. Particularmente em mulheres pós menopausa devido às alterações celulares que são frequentemente distróficas, e também há dificuldade de interpretação dos exames. Conforme os resultados do presente estudo indicam, a faixa etária predominante nos óbitos ocorridos é de 31 a 60 anos. O CCU é raro em mulheres de até 30 anos, a mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida (**INCA, 2022**).

No presente estudo, a maior parte das mulheres (45%) estavam em união estável ou casadas, e 57% das mulheres não haviam completado o ensino fundamental. A maioria das mulheres (33%) tinham como ocupação habitual diária serem do lar. 48 (52%) das mulheres declararam-se pardas, e 29 (31%) declararam ser de raça branca, e as demais dividiram-se entre raça preta (11%), amarela (1%) e ignorado (4%).

Grande parte das mulheres que faleceram por CCU apresentavam baixo nível de escolaridade. Um estudo observacional sobre rastreamento de CCU no estado do Maranhão identificou o ensino fundamental incompleto (51,2%) como a escolaridade mais prevalente, podendo estar associado ao desenvolvimento do CCU. No presente estudo observou-se que 57% das mulheres não concluíram o ensino fundamental. É possível que esta semelhança

seja uma realidade sociodemográfica brasileira, em especial das mulheres que buscam atendimento no SUS (**SILVA *et al.*, 2014**). A patologia é mais frequente em mulheres de classes sociais mais baixas e com baixo nível de escolaridade, visto que o acesso à informação é reduzido e, consequentemente, o conhecimento sobre os cuidados de saúde (**SANTOS *et al.*, 2019**).

Além da escolaridade, a ocupação também pode ser um determinante para o CCU, dado que mulheres que trabalham fora de casa apresentam maior aceitação aos cuidados de saúde, como o exame de Papanicolaou, o que possibilita contato com outras mulheres trabalhadoras. Por outro lado, mulheres que trabalham exclusivamente em casa apresentam menor autonomia em relação às decisões de saúde (**SANTOS *et al.*, 2019**). No estudo, foi identificado que 33% das mulheres eram trabalhadoras do lar, e 15% aposentadas e pensionistas, por serem a maioria do estudo, é possível verificar relação com o fato de terem menos autonomia no cuidado à saúde.

A maior porcentagem (45%) das mulheres eram casadas ou estavam em união estável. Estas uniões conjugais podem expor as mulheres a infecções sexualmente transmissíveis (IST) por confiarem na fidelidade de seus parceiros, o que pode levar a não utilização de preservativo nas relações (**SANTOS *et al.*, 2019**). A ausência de proteção nas relações sexuais pode propiciar a infecção por HPV, e por consequência da infecção persistente, pode ter relação com o CCU.

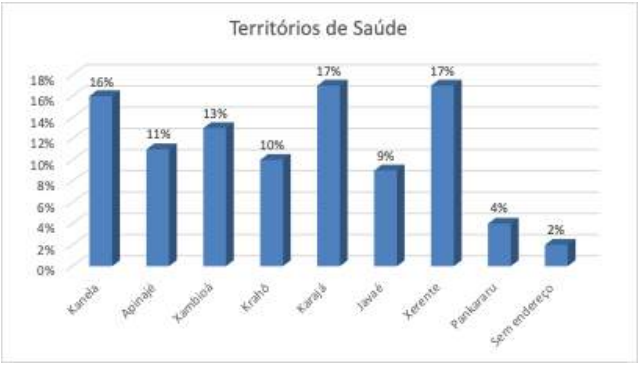
De acordo com as características de raça/cor das mulheres analisadas neste estudo, 52% das mulheres eram pardas, o que indica essa predominância da população residente na área da pesquisa. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que 65% da população tocantinense é parda, o que pode sugerir proporcionalmente a maioria de pessoas pardas na capital do estado (**IBGE, 2022**).

Este estudo apresenta limitações que devem ser mencionadas. É importante conhecer o histórico de assistência à saúde das mulheres que faleceram, da mesma forma que deve ser elucidado o acesso à saúde, a convocação dos usuários por parte dos profissionais de saúde para realizar o exame preventivo, e o reforço sobre a orientação das mulheres em relação à prevenção do CCU.

Entre os pontos fortes do estudo destacam-se a identificação do perfil de mortalidade de mulheres por câncer do colo do útero na capital do Tocantins em série temporal de 10 anos, o que pode ser melhor compreendido se expandir para o estado e outras capitais da região Norte do Brasil, bem como ampliar a série histórica.

A região de Palmas que concentrou maior taxa de mortalidade por câncer do colo do útero são as regiões Karajá (17%) e Xerente (17%), ambos os territórios localizados na zona sul do município. A Unidade Saúde da Família (USF) Santa Bárbara, localizada na área Karajá, apresentou 10 óbitos nos dez anos analisados, equivalente a 11%. Já na região Xerente, a USF Taquari, indicou 6 óbitos (7%).

Figura 2. Distribuição em porcentagem de óbitos ocorridos por territórios de saúde. Palmas, Tocantins, Brasil, 2011-2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2023.

CONCLUSÃO

Diante do estudo, conclui-se que dos 92 óbitos ocorridos no município de Palmas, 65% correspondiam à faixa etária de 31 a 60 anos. 52% da raça declarada foi parda, e 45% das mulheres estavam em união estável ou casadas, 57% não concluíram o ensino fundamental e 33% das mulheres eram trabalhadoras do lar. A maior parte das mulheres (34%) residiam na região sul de Palmas, nos territórios de saúde Karajá e Xerente.

A realização de estudos como este permite o reconhecimento da doença e as características sociodemográficas de mulheres da região Norte do país que adoeceram e faleceram por CCU. Foi possível, também, identificar fatores associados à doença, como baixa escolaridade e faixa etária. O presente estudo possibilita maior elucidação acerca do tema e das mulheres que são acometidas pela doença.

Por se tratar de uma doença prevenível, tratável em estágios iniciais, de rastreio com baixos custos, podem ser adotadas medidas preventivas que garantam à essas mulheres o acesso, a orientação e educação para realização do exame de Papanicolaou de forma preventiva, garantindo a busca ativa, flexibilização do horário do exame para mulheres que trabalham e o acompanhamento das que apresentam alterações nos exames.

Atualmente, no município de Palmas, há algumas iniciativas para engajar as mulheres à realizar o exame preventivo, especialmente no mês de outubro em que ocorre o mês alusivo ao câncer de mama, porém, seria importante e necessário adotar educação permanente aos profissionais de saúde para aperfeiçoar as orientações à população, agregar conhecimento técnico-científico a estes profissionais, e conscientizar quanto à importância do exame preventivo para as mulheres. Também, é importante destacar que o seguimento adequado às pacientes é tão importante quanto a realização do exame de Papanicolaou.

Assim, sugere-se maior investimento na educação permanente dos profissionais de saúde que estão atuando na Atenção Primária, e estratégias para divulgar a importância do exame preventivo para população, como carros de som, flexibilização de dias e horários de atendimento nas unidades, e educação em saúde aos habitantes de Palmas.

AGRADECIMENTO

Agradeço aos orientadores que estiveram presentes quando precisei. Agradeço minha família, amigos e parceiro pela incessante presença, total apoio e pelo amor incondicional que tenho a felicidade de receber. Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Palmas pela disponibilização do material necessário para a pesquisa. Agradeço a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas por viabilizar a pós-graduação e, consequentemente, a pesquisa.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Cancer today**. Lyon: WHO, 2020. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/home. Acesso em: 12 mar. 2022.

FISCHER, A. C. P.; FISCHER, E. A. P.; VAZ, F. B.; HOFFMAN,Ana J. lysis of the Excess of Papanicolaou Tests in Brazil from 2006 to 2015. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**, v. 44, n. 01, p. 40-46, 2022. Disponível em:

https://doi.org/10.1055/s-0041-1741407. Acesso em: 13 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Brasília. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero. Acesso em: 13 mar. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Rio de Janeiro, 2019. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.220, de 3 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 48 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf. Acesso em: 01 de maio. 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/deteccao-precoce. Acesso em: 13 mar. 2022.

VAZ, G. P. ; BITENCOURT, E. L.; MARTINS, G. S.; CARVALHO, A. A. B.; JÚNIOR, P. M. R. Perfil epidemiológico do câncer de colo de útero na região Norte do Brasil no período de 2010 a 2018. Revista de Patologia do Tocantins, v. 7, n. 2, p. 114-117, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2020v7n2p114. Acesso em: 13 mar. 2022.

CAMARGO, L. M. A.; SILVA, R. P. M.; MENEGUETTI, D. U. O. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de coorte ou cohorte prospectivo e retrospectivo. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 29, n. 3, p. 433-436, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v29.9543. Acesso em: 01 maio. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População: Panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama. Acesso em: 13 mar. 2022.

AYOAMA, E. A.; PIMENTEL, A. S.; ANDRADE, J. S.; DANIEL, W. V.; SOUZA, R. A. G.; LEMOS, L. R. Assistência de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 1, p. 162-170, jan./fev. 2019. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/877/760. Acesso em: 16 fev. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Rio de Janeiro, 2016. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero - 2a edição. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero. Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde amplia vacinação contra meningite e HPV; entenda o que muda. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/saude-amplia-vacinacao-contra-meningite-e-hpv-entenda-o-que-muda. Acesso em: 16 fev. 2023.

SLOVINKI, B. G.; SLOVINKI, J. G.; OLIVEIRA, H. R. Exame preventivo de colo do útero: análise do perfil das usuárias e dos dados de incidência de câncer. FAG Journal of Health., Cascável, v. 2, n. 2, p. 273-283, 2020. Disponível em: https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/160. Acesso em: 16 fev. 2023.

BRUNO, M. T.; COCO, A.; DI PASQUA, S.; BONANNO, G. Management of ASC-US/HPV positive post-menopausal woman. Virology Journal., v. 16, n. 39., 2019. Disponível em: https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-019-1145-5. Acesso em: 16 fev. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Rio de Janeiro, 2022. Dados e números sobre câncer do colo do útero: Relatório Anual. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/dados_e_numeros_colo_22novembro2022_0.pdf. Acesso em: 16 fev. 2023.

SILVA, D. S. M. *et. al*. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva., v. 19, n. 4., p. 1163-1170, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/R9pz3PZSgVJXHF3WzQ9L4BF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 fev. 2023.

SANTOS, A. M. R. et al. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, v. 28, n. 2. p. 153-159, abr./jun., 2019. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/3066/pdf. Acesso em: 16 fev. 2023.

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS [Internet]. Tocantins: Seciju; 2020. Disponível em: https://www.to.gov.br/noticias/tocantins-adere-ao-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/3mf6qiszqmtk. Acesso em: 16 fev. 2023.

Não substituir o nome de autores por *et al* na referência

SAÚDE E EQUIDADE SOCIAL: OS DESAFIOS DA ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA SEDE ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS/ TO.

HEALTH AND SOCIAL EQUITY: THE CHALLENGES OF ACCESSIBILITY FOR PEOPLE WITH DISABILITIES AT THE ADMINISTRATIVE HEADQUARTERS OF THE MUNICIPAL HEALTH SECRETARY OF PALMAS/TO.

Silvânia de Jesus Silva [1]

Izadória Lopes Rêgo[2]

Resumo: Este estudo teve por objetivo conhecer a epidemiologia das deficiências autorreferidas e identificar as barreiras de acessibilidade da Pessoa com Deficiência na Sede Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas. Entende-se por acessibilidade como a possibilidade e condição para utilização de maneira autônoma, independente e segura dos espaços sociais e equipamentos urbanos por pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, assim coaduna com a justiça ao garantir direitos fundamentais, individuais e coletivos no contexto edificado e de ampla inclusão sociocultural. Trata-se de um estudo exploratório com análise quantitativa, no qual a coleta de dados foi realizada por checklist baseado na NBR 9050/2012 da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Utilizou-se o sistema E-SUS para levantamento de PcD. Os resultados demonstraram que a Sede da SEMUS possui alguns mecanismos que atendem ao dispositivo da legislação, porém ainda não garante uma acessibilidade plena para as pessoas com deficiências, quanto às barreiras físicas, desse modo apresentando barreiras arquitetônicas importantes que impossibilitam a autonomia e independência.

Palavras-chave: Acessibilidade arquitetônica. Pessoa com Deficiência. Equidade no acesso aos Serviços de Saúde

Abstract: This study aimed to identify the accessibility barriers for Persons with Disabilities at the Administrative Headquarters of the Municipal Health Secretariat in the city of Palmas. Accessibility, understood as the possibility and condition for the autonomous, independent and safe use of social spaces and urban equipment by people with disabilities or reduced mobility, is consistent with justice by guaranteeing fundamental, individual and collective rights in the built context and broad sociocultural inclusion. This is an exploratory study with quantitative analysis, in which data collection was performed using a checklist based on NBR 9050/2012 of the Brazilian Association of Technical Standards. The E-SUS system was used to survey PwD. The results showed that the SEMUS Headquarters has some mechanisms that comply with the legislation, but still does not guarantee full accessibility for people with disabilities, in terms of physical barriers, thus presenting important architectural barriers that make autonomy and independence impossible.

Keywords: Architectural accessibility. Person with Disability. Equity in access to Health Services

Introdução

O movimento de lutas das pessoas com deficiência é marcado por intensos debates na área política e científica, o que corrobora para os avanços na compreensão da complexidade das deficiências. A adoção de Políticas Públicas

[1] Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Tocantins, campus Miracema, residente na pós-graduação no programa multiprofissional de residência em saúde coletiva.

[2] Bacharel em Enfermagem pela Faculdade UNIRG; Pós-graduada em Saúde da Família pela Faculdade Atenas Maranhense; Mestre em Gestão e Desenvolvimento pela Universidade de Taubaté. Tutora do Programa Multiprofissional de Residência em Saúde Coletiva.

afirmativas têm contribuído para uma sociedade mais inclusiva, embora ainda insuficiente, para efetivamente garantir a equidade de direitos sociais.

De acordo com Lei 13.146/2015 que trata da Lei Brasileira de inclusão da Pessoa com deficiência (LBI) considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Para garantia de equidade aos direitos sociais é necessário observar a pessoa e não focar no tipo da deficiência e/ou grau de comprometimento, quer seja física, auditiva, visual, mental, intelectual ou sensorial ou múltiplas deficiências e sim desenvolver condições nas estruturas físicas e sociais a fim de extinguir ou minimizar barreiras de acessibilidade.

Segundo o último Censo Demográfico realizado no Brasil, em 2010, cerca de 45.623.910, o que corresponde a 23,9% da população brasileira, referem algum tipo de deficiência, dados relevantes que conclamam a construção de Políticas Públicas mais efetivas (IBGE, 2010).

De acordo com, Santos (2020), “as deficiências podem ter origem genética, surgir no período de gestação, em decorrência do parto ou nos primeiros dias de vida do bebê. Na vida adulta, podem ser consequência de doenças transmissíveis ou crônicas, perturbações psiquiátricas, desnutrição, abusos de drogas, traumas e lesões”. Assim, as condições de deficiência potencializam limitações na execução de atividades de vida diária consideradas comuns. Essas limitações podem ser aumentadas quando não há condições de acessibilidade e inclusão social de maneira equânime e integral.

Em sua ampla acepção, a acessibilidade é a garantia de condições para a transposição dos entraves que representam barreiras, para utilização com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, ou seja, a efetiva participação de PcD ou com mobilidade reduzida nos vários âmbitos da vida social (BRASIL, 2015).

Os direitos da Pessoa com Deficiência, na participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições, foram estabelecidos na Constituição Federal

do Brasil-CF/88, em seu artigo 23, Capítulo II determina que seja competência da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências (BRASIL,1988).

Ainda que estabelecido na constituição federal, os direitos e garantias individuais e coletivas da pessoa com deficiência só ganharam destaque a partir da Lei Brasileira de Inclusão que assegurou em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania.

Assim, no que concerne ao direito à saúde é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário (BRASIL, 2015).

Desse modo, o Ministério da Saúde dentre as várias legislações que regulamentam os direitos das PCD destaca-se também a portaria de nª 1.060/2002 do ministério da saúde que institui a Política Nacional de Saúde da pessoa com deficiência voltada para a inclusão das Pessoas com Deficiência e/ou mobilidade reduzida em toda Rede de serviços do SUS, ou seja, tem como ponto central a implementação desta política para efetivação de direitos à pessoa com deficiência em todo território brasileiro.

Não diferente dos princípios que norteiam o SUS, a Política de Atenção à Pessoa com Deficiência tem como diretrizes implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias institucionais “a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços” (BRASIL,2010,p.7). Nesse sentido, entende-se que o acesso aos serviços de saúde é determinante para a entrada e permanência do usuário, bem como para a qualidade de vida.

Silva (2017) diz que “um dos principais instrumentos para assegurar a inclusão social é a acessibilidade, palavra que advém de acesso, a qual significa ato de ingressar. É considerada a materialização do direito de igualdade”. Sendo assim direito importante para assegurar o acesso das pessoas de modo isonômico ao demais direitos, pois proporciona liberdade, independência e autonomia no acesso os serviços da saúde livre de barreiras arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais e de tecnologia assistiva, possibilitando assim o pleno exercício de seus direitos.

Para Barcellos et al (2012, p.177) definem acessibilidade como sendo: “o mecanismo por meio do qual se vão eliminar as desvantagens sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência, pois dela depende a realização dos seus demais direitos”.

A Lei n.13.146/2015, Capítulo I, artigo n.53 diz que a acessibilidade é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social. Vale destacar ainda que no Art. 18 desta mesma lei é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

Sassaki (2010), trata a acessibilidade em seis diferentes dimensões:

> **Arquitetônica**: sem barreiras em ambientes físicos, residenciais, edifícios, espaços urbanos; **Comunicacional:** à acessibilidade que se dá sem barreira na comunicação interpessoal, língua de sinais, escrita incluindo texto em braile; 23 **Metodológica**: sem barreiras nos métodos e técnicas de estudos (escolar), de trabalho (profissional) de ação comunitária; **Instrumental:** sem barreiras nos instrumentos utensílios e ferramentas de estudo, de trabalho e recreação; **Programática:** sem barreiras, muitas vezes embutidas em políticas públicas (leis, decretos e portarias); **Atitudinal**: acessibilidade sem preconceitos em relação a pessoal em geral.

Desse modo, pode-se afirmar que o princípio da acessibilidade vai além do que está visível e não se limita à dimensão arquitetônica, sendo primordial para a inclusão da pessoa com deficiência e que seja objeto de planejamento político e estratégico, além de tudo, é um direito essencial da pessoa com deficiência, direito de viver dignamente, da forma mais independente possível, livre de preconceitos e garantia da justiça social.

Para instruções técnicas relacionadas à acessibilidade de construção de prédios e vias públicas a pessoa com deficiências, em 2000 surge o Comitê Brasileiro de Acessibilidade da Associação Brasileirade Normas Técnicas – (ABNT - (CB-40) o qual fomentou ainda mais o debate acerca do acesso de pessoas com deficiência nos espaços, mobiliário, equipamentos urbanos e meios de transporte (ARAUJO,2015). Em 2020 foi instituído a quarta edição da Norma Técnica ABNT-NBT 9050/2020, com vistas ao direito à acessibilidade da pessoa com deficiência proporcionando a utilização de forma autônoma e segura do ambiente, imóveis, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos, e estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e

adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade, independentemente da idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção. (BRASIL, 2020).

Assim, diante da vivência no cenário de prática, experiências pessoais e a uma ampla compreensão da saúde coletiva a partir do planejamento e gestão de políticas, bem como a promoção da saúde e bem estar da comunidade despertou o interesse pela temática no sentido de apontar caminhos que conduzam ao conhecimento das Pessoas com Deficiência e da sociedade na perspectiva da equidade dos direitos garantidos pela legislação.

Dessa forma, entende-se que o olhar ampliado da Saúde coletiva e Vigilância epidemiológica no campo de pesquisas possibilita uma abordagem ainda mais multidisciplinar, ou seja, a epidemiologia se lança como ferramenta indispensável para subsidiar processos decisórios em saúde, além de impulsionar a formulação de políticas públicas atuantes na prevenção, tratamento ou reabilitação, sempre se inserindo fortemente no contexto da saúde coletiva (SILVA et al,2020), desse modo, sendo indispensável no contexto da acessibilidade da pessoa com deficiência.

Neste sentido, quando se apresenta os dados referentes a grupos vulneráveis, nesse caso a população com deficiência do município de Palmas, busca-se garantir a essa população o direito igualitário e equânime conforme suas necessidades.

As PcD são colocadas em desvantagem em relação à categoria de pessoas sem deficiência, estando mais fragilizada em face à execução de atividades de vida básicas, como mesmo o deslocamento de um lugar para o outro e por falta de conhecimento de seus direitos. Assim, impõe-se a utilização de espaços sociais e equipamentos urbanos que permitam melhor convívio e garantam autonomia, independência e segurança. Dadas as barreiras do ambiente físico, o objetivo deste estudo é conhecer a epidemiologia das deficiências autorreferidas e identificar a acessibilidade à Sede Administrativa da Secretaria municipal de Palmas pelo prisma da integralidade e equidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa, segundo Dyniewicz (2009,p.91) a abordagem quantitativa “prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas para verificar e explicar sua influência sobre outras medidas a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas”. Tendo possibilidade de classificação é que a engloba os estudos descritivos têm como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos e fenômenos, buscam se frequência, característica, relação e associação entre variáveis” (DYNIEWICZ,2009,p.91).

O estudo exploratório de acordo com Dyniewicz (2009) permite esclarecer e proporcionar uma visão geral em dimensões mais ampliadas acerca de um determinado fato. Na visão de (LAKATOS, MARCONI, 2008, p.190; GIL, 2008) a pesquisa exploratória é quando o objetivo do pesquisador é estudar um tema ou problema pouco investigado. Serve para proporcionar maior familiaridade com o problema e com ferramentas relativamente desconhecidas e obter informações sobre conceitos e variáveis pouco estudadas.

Compõe um tipo de pesquisa de campo e tem tripla finalidade: “desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos LAKATOS;MARCONI(2008) GIL (2008).

Quanto ao universo deste estudo, ele é constituído pela Sede Administrativa da Secretaria Municipal de Palmas, visto que é o principal local de planejamento, gestão e tomadas de decisão da saúde. A escolha foi intencional, haja vista que o tema deficiência/acessibilidade cresce em visibilidades, consciência política e participação, contudo de modo ainda insuficiente na efetivação de políticas públicas que favoreçam relações menos excludentes e garantam o acesso aos direitos das PcDs, existindo ainda inúmeros desafios a um tema social tão sensível.

Com o intuito de atender os objetivos propostos, os procedimentos de coletas adotados foram divididos em duas etapas. A primeira refere-se ao levantamento de dados quanto à epidemiologia das deficiências no município de Palmas a partir de informações extraídas das plataformas do IBGE e do e-SUS, utilizando as variáveis de população geral, população PcD, idade, sexo e tipo de deficiência.

Os dados foram extraídos da base de dados do e-SUS, um sistema de cadastro dos usuários da Atenção Primária em nível nacional, por meio do sistema

bi-esus palmas, onde esses dados foram exportados para planilha no Excel e compilados pela plataforma Microsoft Power BI, em que gerou-se os gráficos e tabela dos dados das deficiências por território de saúde do município de Palmas.

A segunda etapa refere-se à investigação arquitetônica do prédio da Sede administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Utilizou-se como instrumento para coleta de dados o roteiro em formato de checklist em conformidade com a Norma Técnica ABNT-NBT 9050/2015, que dispõe sobre orientações de acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos.

Para descrever as principais características de acesso e circulação da área externa e interna da Sede administrativa da Semus foi produzido registro de fotos da estrutura física dos espaços externo e interno da Semus utilizando-se da câmera fotográfica para registros, ficando reservado ao acervo da pesquisa.

Na análise quantitativa dos dados obtidos a partir do checklist foi realizado o agrupamento das variáveis arquitetônicas externa e interna apontando a presença, ausência ou não se aplica, apresentado em uma tabela.

Respeitando os aspectos éticos que envolvem pesquisa conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas por meio da plataforma Brasil conforme (parecer nº 5.712.210, de 20 de outubro de 2022).

Resultados e discussão

A partir dos resultados obtidos a pesquisa foi estruturada em duas categorias, sendo a primeira a descrição do perfil epidemiologico das deficiencias no municipio, em que utilizou-se as variavies de territorios de saúde, quanto ao tipo de deficineica, idade, sexo. A segunda categoria corresponde à descrição e mapeamento da estrutura física da sede administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

O município de Palmas é a mais nova capital do país, localizada na região norte do Brasil banhada por um dos principais rios do estado, o Rio Tocantins. Fundada em 1989, com 33 anos de existência, tem uma população estimada pelo censo do IBGE de 2010, de 228.332 pessoas e para 2021, 313.349 habitantes.

A Sede da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, responsável pela gestão da política de saúde do município, está localizada na região central com endereço na 1302 Sul, Avenida Teotônio Segurado, Plano Diretor Sul.

A Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-Palmas) foi instituída pela portaria Nª 518/2016, sendo atualizada em 2019 pela Portaria Nº457/SEMUS que redefiniu toda a estrutura da RAVS-Palmas organizando-a em oito divisões territoriais de Saúde que abrangem a distribuição de três distritos administrativos (região norte, central e sul) que compreendem os Centros de Saúde da Comunidade e demais pontos de atenção à saúde (PALMAS, 2019).

Os territórios de saúde foram denominados com nomes dos povos originários (Indígenas) do Tocantins: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu (Figura 1).

Fonte: Territórios de Saúde de Palmas, Tocantins

A rede municipal de saúde está organizada por: 1 Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS; Fundação Escola de saúde Palmas – FESP; Centro de Logística/CAF; 34 Unidade de Saúde da Família - USF; 1 Centro de Atenção Inclusiva Francisca Brandão Ramalho; 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD III;1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool – CAPS II; 1 Núcleo de Assistência Henfil; 1 Centro de Referência em Fisioterapia da Região Sul - CREFISUL;1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST; 1 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; 1 Ambulatório de Atenção à Saúde Dr. Eduardo Medrado - AMAS; 1 Centro de Atenção Especializada à Saúde Francisca Romana Chaves;1 Policlínica da 108 Sul 1 Policlínica de Taquaralto;1 Laboratório Municipal 2 Unidades de Pronto Atendimento – UPAS; 1 Serviço Móvel de Urgência de Emergência - SAMU; 1 Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses - UVCZ; 1 Vigilância Sanitária - VISA; 1 Central Municipal de Rede de Frio - CEMURF. (PALMAS,2021)

Assim, a SEMUS é a principal Unidade de planejamento e gestão, responsável pela gestão das ações e serviços públicos estabelecidos em seus territórios que primam o cuidado individual e coletivo.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos territórios de saúde e seus respectivos Centros de Saúde da Comunidade - CSC. Nota-se que o território Xerente (48.223) é o que apresenta maior população, seguido do Apinajé (46.464) e o que apresenta menor população é o Pankararu (8.771) (PALMAS, 2021).

Tabela – 1 Distribuição dos Territórios de saúde e seus respectivos Centro de Saúde da Comunidade-CSC.

Território de Saúde de Palmas	Centro de Saúde da Comunidade- CSC	População estimada
KANELA	CSC 307 Norte, CSC 403 Norte, CSC 405 Norte, CSC 409 Norte, CSC 503 Norte e CSC 603 Norte	**42.871**
APINAJÉ	CSC 406 Norte, CSC 508 Norte, CSC Loiane Moreno e CSC 108 Sul.	**46.464**
XAMBIOÁ	CSC 207 Sul, CSC 403 Sul, CSC 712 Sul e CSC 806 Sul.	**43.005**
KRAHÔ	CSC Albertino Santos, CSC Sátiro Alves, CSC Valéria Martins e CSC 1304 Sul.	**36.981**
XERENTE	CSC Laurides, CSC Taquari e CSC José Lúcio	**48.223**
KARAJÁ	CSC Eugênio Pinheiro, CSC Aureny II, CSC Novo Horizonte, CSC Liberdade e CSC Alto Bonito	**39.938**
JAVAÉ	CSC Bela Vista, CSC Santa Bárbara, CSC José Hermes, CSC Morada do Sol, CSC Santa Fé	**38.927**
PANKARARU	CSC Taquaruçu, CSC Mariazinha, CSC Walterly (Taquaruçu)	**8.771**

Fonte: PALMAS (2021).

No que tange a população com deficiência, em Palmas 43.345 da população declarou algum tipo de deficiência o que corresponde a 19% da população no mesmo período, considerando uma boa representatividade da população, evidenciando as necessidades de ações e desenvolvimento de Políticas Públicas efetivas para esse público (IBGE, 2010).

Para análise dos dados quanto ao número de PcD por território de saúde foram consideradas informações coletadas no período de outubro a dezembro de 2022, a partir dos dados do e-SUS considerando o número de pessoas cadastradas e o número de pessoas cadastradas com deficiência no período de 2019 a 2022. Foram excluídos os cadastros com duplicidade e desatualizado.

Na análise dos dados no e-sus foram encontradas 195.966 pessoas cadastradas, sendo declaradas 3.894 pessoas com algum tipo de deficiência distribuídas nos oito territórios de saúde, o que corresponde a 1,95% desta população. Quanto a distribuição do sexo, nota-se uma predominancia no sexo masculino com 2.206 pessoas e 1.688 do sexo feminino. Constata-se uma discrepância das informações quando comparado às do e-sus com as do IBGE em que apenas 1,8% das pessoas com deficiência cadastrada no e-SUS corresponde a população geral encontrada no IBGE, estando aquém da realidade..

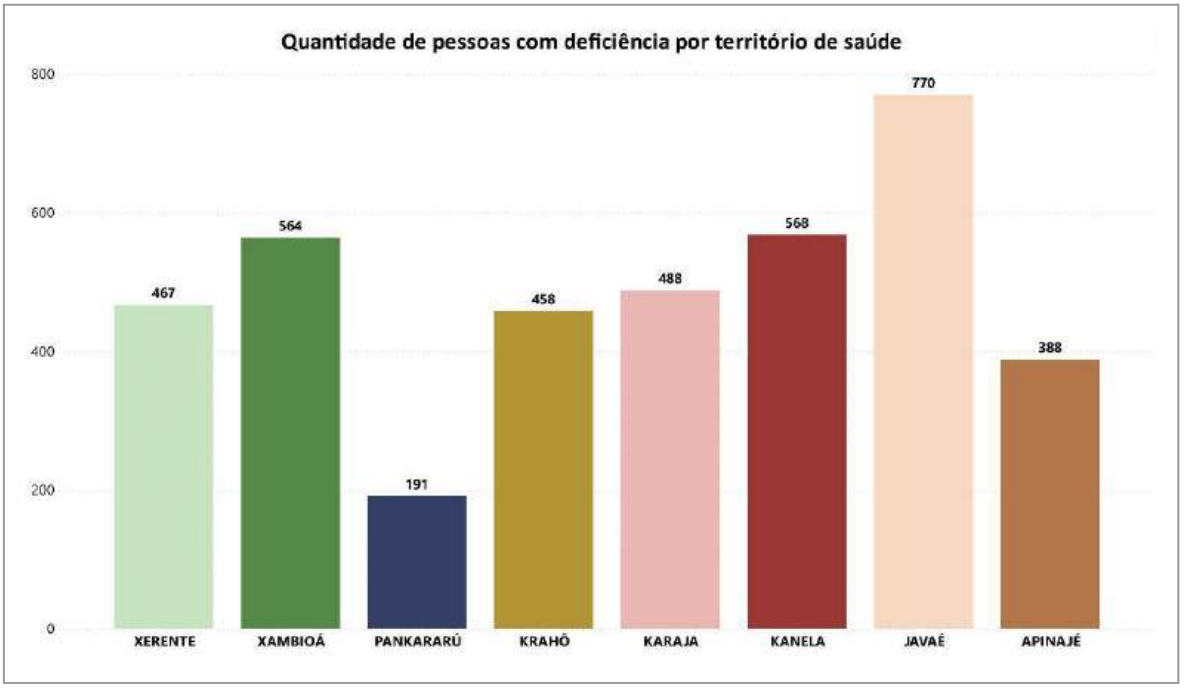
Considerando a exclusão dos dados em duplicidade e desatualizados, ainda assim há uma importante disparidade nas informações. Desse modo é necessário atualização das informações levantadas pela equipe de saúde a fim de mapear onde estão essas pessoas com deficiência e a partir daí poder-se-á elaborar um planejamento efetivo que atenda as necessidades deste público.

Seguindo os fio que tecem a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde, no que concerne a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência ou em suas subdivisões não foi encontrada menção no Plano Municipal de Saúde, bem como fluxogramas ou legislação que descrevam o acesso e o “caminhar” desse público na Rede de Atenção e Vigilância em Saúde em sua ampla dimensão.

Quanto à distribuição de PcD's por território de saúde, representada no gráfico 1, o território Javaé é o que apresenta maior número, 770, pessoas com deficiência, em contrapartida é o segundo com menor população geral em seu território, seguido do Kanela com 568 pessoas com deficiência. Já os territórios

Pankararu e Apinajé são os territórios com menor número de PcD, 191 e 388 respectivamente.

Gráfico-1: Quantitativo de Pessoas cadastradas com deficiência no território de saúde, município de Palmas-TO.



Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Na observação do número de pessoas com deficiência por tipo e território no gráfico 2 é possível notar que a deficiência física têm maior representatividade em todos os territórios com 1.530 pessoas, seguida da deficiência intelectual/cognitiva com 1.058 pessoas e a deficiência visual com 662 pessoas. Já a deficiência auditiva apresentou 584 registros, seguido de outras deficiências não especificadas com total de 598.

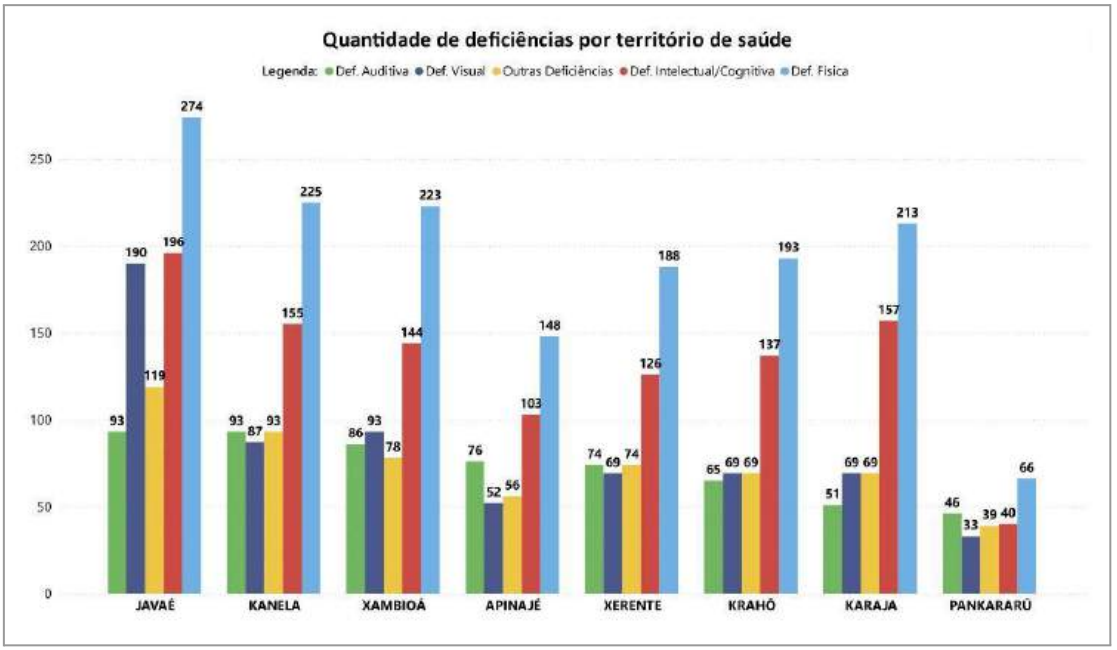
Em observância aos dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, as Leis 12.764/12 e 13.146/2015, bem como o Decreto Nº 5296/04 que regulamenta as Leis 10.048/2000 e 10.098/2000 os tipos de deficiência podem ser definidos da seguinte forma:

> **a) Deficiência Física** - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, nanismo, ou outras..
> **b) deficiência auditiva:** perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

> **c) deficiência visual:** cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
> **d) deficiência mental:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho;
> **e) deficiência múltipla** - associação de duas ou mais deficiências *(grifo nosso)*.

Inclui-se ainda as pessoas com mobilidade reduzida sendo aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção (Brasil, 2004). Como também a pessoa com Transtorno do Espectro Autista, considerado aquela que apresenta prejuízos na comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012).

Gráfico-2: Quantitativo das deficiências por território de saúde



Fonte: elaborado pela autora (2023)

Importante destacar que os territórios Javaé e Kanela apresentaram maior número de PcD com deficiência física. Já a deficiência visual está mais presente na população dos territórios Javaé e Karajá. O território Pankararu apresenta menor número de PcD para todos os tipos de deficiência.

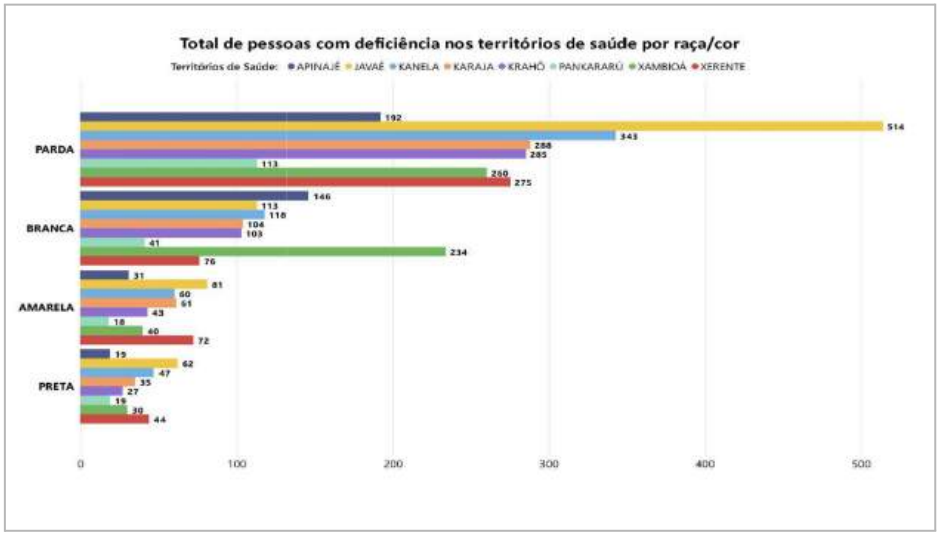
Em relação a variável raça/cor, representada no gráfico 3, esta informação é autodeclarada no momento da realização do cadastro, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico-IBGE, definido em cinco categorias: amarela, branca, indígena, parda e preta.

O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, adota o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.

Declarar a raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais (BRASIL, 2017, p. 9).

Nessa perspectiva os dados dessa variável são importantes para reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento ao indivíduo de acordo com suas necessidades, assim, atendendo aos princípios da equidade (BRASIL, 2017).

Gráfico-3 : Distribuição de pessoas com deficiência nos territórios de saúde pela variável raça/cor.



Fonte: Elaborada pela autora (2023)

O gráfico 3 apresenta uma predominância na população de raça parda com 2.270 pessoas, seguida de 935 de pessoas brancas, 406 amarelas e com menor representatividade da população preta com 283 pessoas. Não houve registro de pessoas indígenas o que contrapõe os dados nacionais.

Considerando os indígenas como povos originários do Tocantins, a ausência desta variável, na capital, nos remete a observação dos desafios frente aos registros da saúde, bem como da invisibilidade deste público que embora tenha uma Política de Saúde específica, considerando que o indigena com ou sem deficiência ainda sofre com práticas estereotipadas e discriminatórias.

Nessa conjuntura, no Brasil, dissemina-se – especialmente entre agentes religiosos, missionários e políticos – a ideia de que os povos indígenas produzem contextos sociais pouco sensíveis e receptivos às pessoas com deficiência, afirmando-se que o abandono e até mesmo a morte de neonatos seriam uma “prática cultural”, ou ainda, uma obrigação social das mães, pais e famílias (HOLANDA et al YAMADA, 2019,p 4) .

O estudo de Holanda et al Yamada (2019), aponta o aumento de crianças indígenas com deficiência, nas últimas duas décadas, a partir dos dados existentes do Sistema de Saúde e etnografias, bem como os esforços familiares, sociais e governamentais no aprimoramento das práticas de cuidado e das políticas públicas específicas.

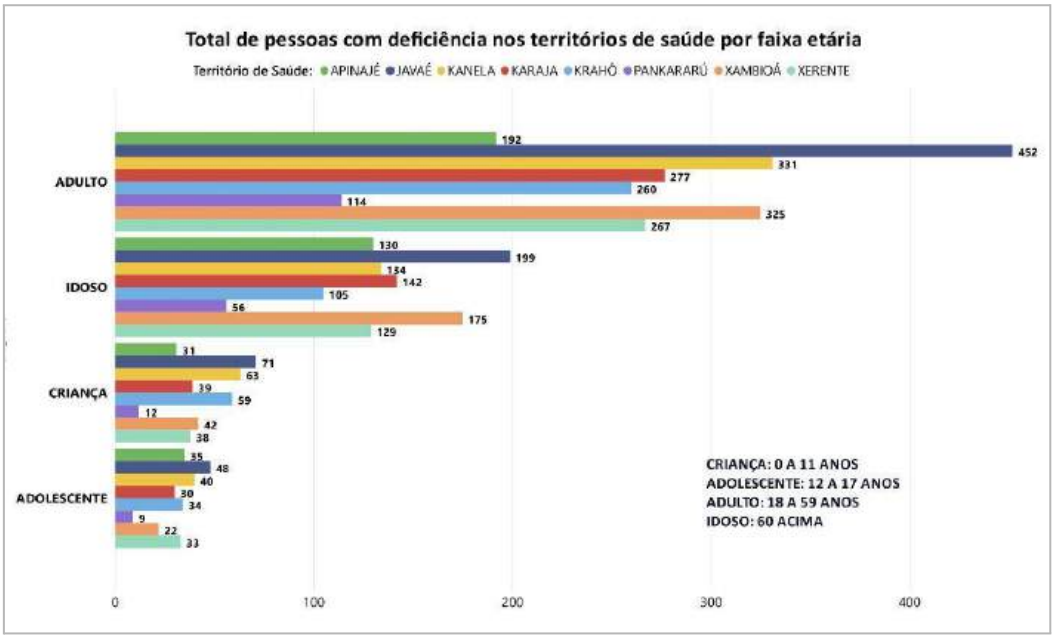
De acordo com o censo do IBGE de 2010, os indígenas são 20,1% das pessoas com deficiência no país. Questão Importante de pontuar, pois existem indígenas que moram na zona urbana de Palmas e que utilizam os serviços de saúde, e com grande representatividade em todos os espaços públicos. Não se podendo torná-los invisíveis perante a sociedade e as Políticas públicas. Em favor disso, recentemente foi criada a pasta da Secretaria dos Povos Originários e Tradicionais do Tocantins.

Outro aspecto observado é o menor número de pessoas que se declaram pretas em relação às outras categorias. O racismo estrutural enraizado na sociedade corrobora para que as pessoas tenham dificuldades em se declarar pretas. A fim de fortalecer a população preta, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra com o objetivo de combater as desigualdades no Sistema Único de Saúde e na promoção da população negra de forma integral. Não deixando de mencionar as barreiras que a pessoa preta enfrenta em decorrência do

vigente racismo, o fator deficiência implica no aumento das barreiras que divergem da justiça social.

Quanto à faixa etária nota-se que 57% das pessoas são adultos entre 18 e 59 anos, 27,4% são idosos, enquanto 6,4% são adolescentes entre 12 e 17 anos e 9,1% são crianças de 0 a 11 anos, conforme ilustra o gráfico 4.

Gráfico-4: Quantitativo de pessoas com deficiência por faixa etária



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Percebe-se que o território Javaé é o que apresenta o quantitativo maior de pessoas adultas e idosas com deficiência, logo levanta-se a hipótese da inclusão dessas pessoas ao direito à moradia pela Política municipal de habitação, conforme a lei nº1992/2013 que regulamenta as formas e os critérios para aquisição de Unidades Habitacionais de interesse social no município de Palmas-TO, uma vez que no artigo 4ª desta lei tem como uns dos critérios que 3% (três por cento) no mínimo, seja destinados a idosos; e no mínimo 3% (três por cento) para atendimento à pessoa com deficiência ou cuja família façam parte pessoas com deficiência, que figurará no cadastro de todos os candidatos além de cadastro específico (PALMAS, 2013).

Vale destacar a importância da articulação intersetorial na construção de Políticas Públicas. De acordo com Junqueira (2005,p,4),

> [...] a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso

> significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Assim, territorialidade e intersetorialidade potencializam as intervenções públicas, ampliando possibilidades e efetividade das ações integradas e desenvolvidas através da construção de diagnósticos, programas, ações e com responsabilidades compartilhadas (PAZ; et al , 2010 apud WANDERLEY; PAZ,2020,p 9).

Pode-se afirmar que é nos territórios que a intersetorialidade se materializa como condição essencial para a implementação de serviços públicos integrados, como resposta à multidimensionalidade da pobreza e à segregação socioespacial.

Portanto o números de pessoas com deficiência que moram nos territórios que tem Unidades habitacionais são bem maiores em comparação a outros territórios de saúde em áreas nobres. É imperativo mencionar que existem outros determinantes sociais que levam à segregação socioespacial e a fatores socioeconômicos da população destes territórios com maior vulnerabilidade.

Considerando a epidemiologia das deficiências autorreferidas no município Palmas faz-se necessário conhecer as condições de acessibilidade da PcD, com segurança e autonomia, à Secretaria Municipal de Saúde.

Investigar os desafios enfrentados pela Pessoa com Deficiência em Palmas é imperativo visto que favorece intervenções oportunas subsidiadas por evidências científicas favorecendo uma reflexão sobre as práticas e estratégias que qualifiquem a acessibilidade e inclusão nas ações de saúde.

Os resultados obtidos por meio do mapeamento da área física, engloba os diversos aspectos da via pública, acesso ao prédio e circulação no interior da sede da SEMUS, obedecendo os padrões técnicos estabelecidos na NBR 9050/2015 da ABNT que assegura o direito de acesso, circulação e utilização dos espaços urbanos de maneira segura e autônoma por PcD ou com mobilidade reduzida.

Conforme a NBR 9050/2015, estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados nos projetos, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural , e de condições de acessibilidade. A norma divide-se em seis eixos principais: Parâmetros antropométricos; Comunicação e sinalização; Acessos e circulação; Sanitários e vestiários; Equipamentos urbanos e mobiliário. (ARAUJO,2015.p.32)

Nesse sentido, os dados foram resultados de investigação in loco, realizada por meio de medição utilizando fita métrica e observação dos espaços com registros fotográficos (em anexos) de acordo com checklist baseado na NBR, com intuito de verificar se o prédio possui os mecanismos de acessibilidade necessários para promover o acesso aos serviços de saúde a pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, uma vez que se tem atendimento aos usuários de saúde.

A Sede Administrativa da Secretaria de saúde funciona em um prédio contendo piso térreo e um piso superior que atualmente passou por alguns reparos no período da coleta dos dados. O horário de expediente para atendimento ao público é de segunda a sexta, das 13 às 19h. A localização da SEMUS é um ponto estratégico, pois fica na região central de Palmas, o que favorece o acesso à população, tanto para região Norte quanto para a região Sul. Conta com paradas de ônibus próximo a Semus, que facilita o acesso aos serviços que a Sede dispõe à população usuária de saúde, bem como aos servidores.

Na Sede administrativa existem departamentos que a população em geral, bem como servidores da saúde procuram como os serviços de regulação na Rede de Saúde de Palmas, o Recursos Humanos para os servidores, os serviços de Cirurgia eletiva, Tratamento Fora do Domicílio-TFD e o Setor de Acolhimento que é destinado a informações sobre os departamentos da sede. Assim, dispondo de atendimento à população é importante pensar na acessibilidade e na equidade da população usuária, principalmente das pessoas com deficiências.

Na análise e descrição do Checklist foram levados em consideração os principais componentes dispostos no prédio, conforme tabela 2. As informações referentes a rampa e o mictório não foram analisadas por ausência no prédio.

Tabela 2- Resultados da análise do Checklist Acessibilidade

Prédio Público "SEDE ADMINSTRATIVA SEMUS".	Atende as exigências da NBR9050/2015?																							
Item conforme Cheklist	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	K	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x
1. Calçada	S		S	S	S	S		N	S	S														
2.Estacionamento	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S													
3. Acesso a edificação	S	S	N																					
4. Circulação interna	S	S	N	N	N	N	N																	
5.Portas	S	S	NP	S	S	S	S	S	S	S	NP	NP	N											
6. Banheiros	S	S	S	N																				
7. Auditório e Similares	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N								
8. Restaurante e Similares	N	S	S	N	N	N	N	N	N															
9. Escadas	N	S			S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	N	S	N	N
10. Bebedouros	S	S	S	S	S	N	S																	
	S= Sim N=Não NP=Não se aplica																							

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Na observação arquitetônica externa nota-se ausência de faixa de pedestres (foto 1), ausência de sinalização visual na entrada e saída de veículos do estacionamento, contudo o estacionamento dispõe de vagas para PcD e idosos (foto 2) com sinalização. Na calçada de acesso ao prédio foi observado ausência de linha guia e piso tátil.

Dentre os princípios de acessibilidade à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, a Lei nº 10.098/2000, art. 11 cita:

> reserva de vagas no estacionamento próximas ao acesso de circulação transeuntes; ao menos um acesso ao interior das edificações livre de barreiras arquitetônicas; no mínimo, uma via de comunicação acessível horizontal e vertical entre as dependências internas e externas ao edifício; um banheiro, ao menos, com equipamentos e acessórios acessíveis (BRASIL, 2000).

A Lei prevê ainda a criação de espaços específicos para Pessoas com deficiência auditiva, visual ou usuários de cadeiras de rodas (e acompanhante) (ARAUJO,2015,p.29).

A ausência do piso tátil (foto 3) também foi observado em todo o interior do prédio o que constitui como barreiras de acesso principalmente à PcD visual, visto que o piso tátil é utilizado para balizamento dos deficientes visual.

De acordo com as orientações técnicas da ABNT NBR 9050/2020 oferecem instruções básicas para acessibilidade em vias públicas e edificações. São organizadas da seguinte formas: sinalização: símbolos e sinalização tátil de piso; espaços públicos: parâmetros antropométricos e dimensões básicas, vias públicas, calçadas, travessia de pedestres, estacionamento, mobiliário e equipamentos urbanos, vegetação e, edificações: definições, circulação interna, circulação vertical, portas e janelas, sanitários e vestiários, corrimão e guarda-corpo, locais de reunião, hospedagem, esporte e lazer (BRASIL, 2020).

Embora a sede da SEMUS esteja bem localizada, considerando sua relevância e busca da comunidade por serviços ali disponibilizados existem condições que dificultam o acesso e tráfego de pessoas com autonomia e segurança ao prédio. Embora disponha de ponto de ônibus próximo, notou-se ausência de faixa de pedestre para travessia na larga avenida, bem como semáforo para pedestre. Não deixando de mencionar a importância e necessidade de tais dispositivos como garantia de acessibilidade com segurança para a PcD, independente de sua tipologia. É importante destacar a prevalência da deficiência visual no município, desse modo, para atender o dispositivo da legislação o semáforo para pedestre deverá emitir sinal sonoro como menciona o artigo 9 da Lei 10.098/2000.

> os semáforos para pedestres instalados nas vias públicas deverão estar equipados com mecanismo que emita sinal sonoro suave, intermitente e sem estridência, ou com mecanismo alternativo, que sirva de guia ou orientação para a travessia de pessoas portadoras de deficiência visual, se a intensidade do fluxo de veículos e a periculosidade da via assim determinarem (BRASIL, 2000).

No mapeamento arquitetônico interno pode-se observar ausência de elevador e/ou rampa de acesso ao piso superior, apenas escadas. O que já denota uma barreira de acesso ao piso superior por pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida. Nota-se que aqueles que necessitam de acesso a parte superior do prédio não conseguem devido ter barreiras que os impedem, desta forma fere o princípio da equidade, ou seja, reconhecer as necessidades de grupos específicos e atuar para reduzir o impacto das diferenças.

O acesso ao piso superior dá-se por meio de escada que dá acesso ao Gabinete, departamento de Planejamento, Financeiro, Orçamentário, Jurídico e Diretoria de Média e Alta complexidade, Banheiros Feminino e Masculinos entre

outros. No piso térreo estão dispostos os departamentos de Recurso Humanos, Recepção, Protocolo, Ouvidoria, Acolhimento, Cirurgia Eletiva, Cievs, Distrito de Território de Saúde, Tratamento Fora de Domicílio-TFD, Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Controle de Frota, banheiros masculino e Feminino e Lanchonete. Com isso, haja necessidade de visita ao gabinete ou jurídico por Pessoa com Deficiência Física ou mobilidade reduzida quer seja usuário, servidor ou mesmo parceiros intersetoriais o acesso não é possível, visto que as condições de relações são excludentes.

Portanto, é necessário uma mudança no olhar a PcD, não apenas suas necessidades mas também suas possibilidades trazendo novos parâmetros de interpretação de seu potencial. Desse modo, desenvolver sensibilidade e reconhecer que a deficiência vai além do que está implícito ou visível é essencial para um efetivo planejamento e adequação das estruturas físicas e sociais a fim de extinguir práticas segregativas.

Quanto ao balcão de atendimento ao público para cirurgia eletiva (foto 5) e os banheiros atendem ao disposto na legislação, bem como as portas de acesso ao prédio e aos departamentos. Embora o bebedouro e as escadas de acesso ao piso superior atendam ao disposto na legislação, existe a necessidade de adequação. Quanto ao auditório, lanchonete interna, balcão de atendimento ao protocolo e Rh (foto 4) não atendem ao disposto na legislação como pode ser observado na tabela 2.

O Símbolo Internacional de Acesso - SIA deve indicar a acessibilidade aos serviços e identificar espaços, edificações, mobiliário e equipamentos urbanos, onde existem elementos acessíveis ou utilizáveis por pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, estando disposto nas portas das instalações sanitárias, de entradas e saídas, rotas de fuga, auditórios, acentos ou local reservado para cadeirante, e outros, como exigido na legislação, contudo, foi observado a ausência em toda instalação interna da sede. A figura 2 mostra o padrão universal de cores e proporções do SIA.

Figura 2 : Símbolo internacional de acesso

Fonte: (ABNT 9050/15)

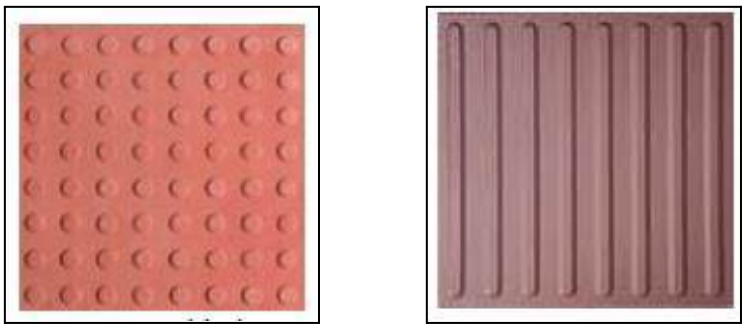
Outrossim, a necessidade de existir o Símbolo Internacional de Acesso - SIA para acesso a pessoas com deficiência visual e auditiva (figura 3) .

Figura 3: Símbolo Internacional de Acesso para pessoas com deficiência visual e auditiva

Fonte: (ABNT 9050/15)

Outro ponto importante a ser mencionado é a ausência de sinalização por piso tátil em toda circulação interna, bem como a identificação dos setores em braile. O tátil do piso é caracterizado por textura e cor contrastantes em relação ao piso adjacente, destinado a constituir alerta ou linha-guia, servindo de orientação, principalmente, às pessoas com deficiência visual ou baixa visão. São de dois tipos: piso tátil de alerta e piso tátil direcional (figura 4) (ABNT,2015).

Figura 4 : Piso tátil de alerta e Piso tátil direcional



Fonte: Cartilha de acessibilidade, 2017.

Os dados evidenciaram que, dentre as barreiras arquitetônicas encontradas, os setores que mais apresentaram itens que não atendiam às exigências da NBR 9050/2015 foram Circulação interna, auditório, lanchonete e escadas.

Nessa perspectiva a LBI apresenta como barreiras de acessibilidade

> qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:
> **a) barreiras urbanísticas:** as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;
> **b) barreiras arquitetônicas:** as existentes nos edifícios públicos e privados;
> **c) barreiras nos transportes:** as existentes nos sistemas e meios de transportes;
> **d) barreiras nas comunicações e na informação:** qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;
> **e) barreiras atitudinais:** atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;
> **f) barreiras tecnológicas:** as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias; (BRASIL, 2015) ***grifo nosso***.

Embora tenha muitas políticas voltadas à Pessoa com Deficiência, a implementação destas ainda se dá de maneira incipiente, o que pressupõe a falta de fiscalização, planejamento, pesquisas e/ou mecanismos que se façam necessários ao cumprimento de tais políticas.

De acordo com Amaral (2017), o sistema de saúde brasileiro enfrenta dificuldades para suprir todas as necessidades de assistência. Sendo que uns dos “elementos que colaboram para que isso ocorra é a inacessibilidade por grande parte da população que necessita dos serviços, tornando a assistência a esse usuário inviável”.

Assim, o Município de Palmas-To, como todos os municípios brasileiros, devem assegurar e adotar medidas necessárias para garantir a acessibilidade à pessoa com deficiência, como também eliminar as possíveis barreiras à acessibilidade. Para Cunha e Gemelli, (2018) é importante discutir acerca da promoção da acessibilidade e inclusão social na Rede de Atenção à Saúde. Nessa perspectiva a Atenção Primária à Saúde é de fundamental importância por meio da Estratégia de Saúde da Família estando alinhado no Plano Municipal de Saúde e as parcerias intersetoriais para o planejamento e implementação de ações e serviços de saúde relevantes e necessários para pessoas com deficiência.

Toda pessoa com deficiência apresenta alguma determinada limitação, desse modo, muitas vezes encontra-se fragilizada, tal como seus familiares, o que pode favorecer a invisibilidade dessas pessoas por insegurança ao buscar os serviços ou mesmo por falta de conhecimento de seus direitos. Vale destacar que as barreiras de acessibilidade não se restringe a obstáculos concretos mas também atitudes causadas pelo preconceito enraizado na sociedade que impedem a participação dessas pessoas nos diversos contextos sociais.

A legislação brasileira dispõe de regras claras que promovem a equidade para as pessoas com deficiência, contudo, sua aplicação é ineficiente, sendo necessário fazer cumprir as determinações da legislação.

Cabe ao poder público a responsabilidade pela aplicação e execução de ações que atendam as especificidades das deficiências em seus diferentes contextos que garantam a equidade por meio de políticas públicas integradas e intersetoriais nos três níveis de atenção.

Considerações finais

As pessoas com deficiência parecem ser invisíveis na operacionalização das Políticas Públicas, mesmo havendo legislação que assegurem seus direitos sociais. Considerando o números de pessoas que se autorreferidas com algum tipo de deficiência representa 23.9 % da população brasileira, segundo dados IBGE-2010, em Palmas, 19% da população palmense, dados, estes, muito significativos para que os gestores ampliarem a percepção a respeito das deficiências e implementem ações e serviços voltadas para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

Sobretudo, a Política Nacional da Pessoa com Deficiência no Brasil é, portanto, resultado de múltiplos movimentos, além de longa mobilização nacional e internacional, de muitos atores e instituições, porém suas medidas de implementação ainda são incipientes no município de Palmas, haja vista que é necessário um olhar ampliado na gestão e planejamento desta política além de debates no campo de pesquisas científicas.

Vale destacar a necessidade de articulação da intersetorial entre as instituições, considerando as três esfera de governo a fim de potencializar a integração na construção de Políticas públicas, assim, também como a gestão de saúde do município de Palmas precisa alinhar e agregar outros setores públicos na rede de saúde que propiciem acessibilidade nos ambiente dos prédios que dispõe os serviços de saúde de modo a garantir às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida espaços acessíveis e de qualidade a todos sem distinção, dando condições justas.

No que tange a acessibilidade à sede da SEMUS constata-se a inobservância da legislação vigente, outrossim, existem mecanismos que atendem aos dispositivos da legislação, portanto não garantem acessibilidade plena. O prédio apresenta barreiras arquitetônicas importantes a serem adequadas pois inviabiliza o acesso ao piso superior e a lanchonete por pessoa com deficiência física ou mobilidade reduzida, o acesso com autonomia a qualquer espaço do prédio por pessoa com deficiência visual, o acesso ao auditório, ausência de sinalização de acessibilidade, desse modo a parcela da população com deficiência têm seus direitos violados.

Ainda há muito a ser feito para melhoria tanto na Sede Administrativa da SEMUS como na gestão, sendo necessário ampliar e desenvolver ações e serviços para as pessoas com deficiência. Ponto importante para essa efetivação é a participação social e debates que contribuam para mais pesquisas acerca da temática. Contudo a importância deste estudo foi demonstrada não somente nos rol de normas legais, mas pelos dados apresentados pela pesquisa de campo.

Referências

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** 2015.3º edição -148p.

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** 2020 4º edição -161p

AMARAL, APS, Rebouças DSV, Silva MP et al.**Acessibilidade nas unidades de saúde da família**.Rev enferm UFPE on line.Recife, 11 (Supl.11): 4638-44, nov., 2017.

ARAÚJO, Eliece Helena Santos. **Acessibilidade e Inclusão de pessoas com deficiência na Faculdade de Direito da UFBA**- 2015. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades,Artes e Ciências Professor Milton Santos. Salvador, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/20772/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O-ELIECE%20HELENA%20SANTOS%20ARAUJO%202.pdf.

BARCELLOS, Ana Paula de. CAMPANTE, Renata Ramos**. A acessibilidade como instrumento de promoção de direitos fundamentais.** In: Manual dos direitos da pessoa com deficiência. Coordenadores: Carolina Valença Ferraz, George Salomão Leite, Glauber Salomão Leite e Glauco Salomão Leite. Editora Saraiva. 2012. São Paulo.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, 1988. Acesso em: 24/02/2022.

BRASIL. lei.Nª 10.098 de 19 de dezembro de 2000.Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponivel em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm#:~:text=LEI%20No%2010.098%2C%20DE%2019%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202000.&text=Estabelece%20normas%20gerais%20e%20crit%C3%A9rios,reduzida%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acessado em 28/01/2023.

BRASIL. Lei.N.5296 de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000,** que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm Acessado em 24.04.2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência. Brasília**: Editora do ministério da saúde, 2010. 24p:il -(Série B-textos básicos de saúde).

BRASIL. Lei N.1276 de 27 de dezembro de 2012.**Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista;** e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm Acessado em 12/02/2023.

____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017
.
_____.Lei 13.146,06 de julho de 2015.Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (**Estatuto da Pessoa com Deficiência**). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em 24/02/2022.

____.,Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº. 2 da**s normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http:/www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politica.

Cartilha de acessibilidade, 2017. Disponível em: http://www.creasc.org.br/portal/arquivosSGC/cartilha-acessibilidade-final-017_FINAL_WEB.pdf. Acessado em: 10 nov. 2022..

CUNHA, A.V.GEMELLI, D.A. **A importância de tornar o portal da transparência da secretaria municipal de saúde de Palmas**-TO acessível aos portadores de deficiência visual. 2018.

DYNIEWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2.ed. São Caetano do Sul,SP: Difusão editora, 2009.
GIL,Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6 ed.-São Paulo: Atlas,2008.

HOLANDA. Albuquerque, Yamada. Rev Bras Bioética 2019;15(e19):1-24 Crianças indígenas com deficiência e a violação dos direitos à saúde, territoriais e humanos no Brasil Disponivel em : file:///D:/Becup/Downloads/dalvinabn,+e19+-+Crian%C3%A7as+ind%C3%ADgenas_Defici%C3%AAncia_viola%C3%A7%C3%A3o+direitos_07.06+.....pdf.Acesso em :24.04.2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.Censo Brasileiro Demográfico 2010.Brasília . Disponível em : https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio. Acesso em 24.04.2022

PARAÍBA. Instituto Federal da Paraíba. A**lguns conceitos ligados à inclusão**. O que são barreiras? Coordenação de Ações Inclusivas. Disponível em:

https://www.ifpb.edu.br/assuntos/fique-por-dentro/alguns-conceitos-ligados-a-inclusao-ii-barreiras. Acesso em 25/01/2023.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Articulações entre o serviço público e o cidadão.** In: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública Santiago, Chile, oct. 2005.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATO, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PALMAS.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS. **Plano municipal de Saúde de Palmas** 2022 – 2015.ed 2021.Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/media/orgao/documentos/PMS_2022_-_2025.pdf Acesso em 19 de janeiro de 2023.

PALMAS.Lei N.ª 1992, de 29 de Agosto de 2013. **Regulamenta as formas e os criterios para aquisição de Unidades Habitacionais de interesse socical**, na dorma que especifica e adota outras providencias. Disponivel em: https://leismunicipais.com.br/a/to/p/palmas/lei-ordinaria/2013/199/1992/lei-ordinaria-n-1992-2013-regulamenta-as-formas-e-os-criterios-para-aquisicao-de-unidades-habitacionais-de-interesse-social-na-forma-que-especifica-e-adota-outras-providencias**.** Acesso em: 25/01/2023.

SANTOS.Maria da Conceição. **Deficiência**: o desafio da acessibilidade e da inclusão social. Disponível em: https://sp.unifesp.br/epe/ppg/noticias/pessoa-com-deficiencia-2020. Acesso em: 24.04.2022.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Como chamar as pessoas que têm deficiência? In: Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003.

SEMUS, Secretaria Municipal de saúde de Palmas, Diário oficial do município de Palmas n. 2.222 de 15 de abril de 2019. Disponível em : http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2222-15-4-2019-20-59-52.pdf acesso em 26/02/2022.

SILVA, Gustavo Correia Basto da et al SOUTO.Waleska Fernanda. **Epidemiologia e Saúde Coletiva:** aspectos históricos e evolução da produção científica Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 8, núm. 3, 2020 Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963985017. Acesso em 16/02/2023.

SILVA, Lilian Rodrigues Carvalho. Pelo direito de inclusão: **Um estudo de aplicação das medidas de acessibilidade para pessoas com deficiência no Fórum Central de Palmas**. Dissertação (mestrado profissional) Universidade Federal do Tocantins, mestrado em jurisdicional em direitos humanos,2017.

WANDERLEY et al PAZ. Mariangela Belfiore Wanderley;Maria Lúcia Martinelli;Rosangela Dias O. da Paz**. Intersetorialidade nas Políticas Públicas**.Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 137, p. 7-13, jan./abr. 2020. Disponível em : https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?lang=pt&format=pdf

ARTIGO

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Fatores associados ao desenvolvimento de sequelas de intoxicação exógena relacionada ao trabalho

Factors associated with the development of work-related exogenous poisoning sequelates

Suyanne Siloti Lucas Correa[1] Betânia Moreira Cangussu Fonseca[2], Tiago Veloso Neves[3]

[1]Enfermeira. Fundação Escola de Saúde Pública.
Email:suyhlucas@gmail.com

[2]Mestre em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas- TO.

[3] Mestre em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas- TO.

RESUMO

Objetivou-se: Conhecer os fatores associados à intoxicação exógena relacionada ao trabalho que contribuem para o desenvolvimento de sequelas em trabalhadores no município de Palmas/TO. **Materiais e Método:** Estudo observacional de caráter transversal, tendo como fonte de dados secundários o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Utilizou-se as variáveis tipo de exposição, evolução do caso, escolaridade, CNAE, agente tóxico, idade, sexo, e raça desses trabalhadores acometidos pela intoxicação exógena. A Regressão Logística foi utilizada para analisar os dados. **Resultados:** Verificou-se maior predominância de casos com intoxicação exógena em homens com (59%), de raça parda (66,02%), com faixa etária de 25 a 34 anos (35,9%). Foram identificados fatores associados, aguda-repetida tem mais chances para o desenvolvimento de sequelas à intoxicação exógena com (38,5%). **Conclusão:** Portanto, há necessidade de os profissionais identificarem os casos de intoxicação e a relação com o trabalho, para manejo desses pacientes, investigação e monitoramento.

Palavras-Chave: Epidemiologia; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the factors associated with work-related exogenous intoxication that contribute to the development of sequelae in workers in the city of Palmas/TO. **Materials and Method:** Observational cross-sectional study, using the Notifiable Diseases Information System (SINAN) as a secondary data source. The variables type of exposure, case evolution, education, CNAE, toxic agent, age, sex, and race of workers affected by exogenous intoxication were used. Logistic Regression was used to analyze the data. **Results:** There was a greater predominance of cases with exogenous intoxication in men with (59%), brown race (66.02%), aged between 25 and 34 years (35.9%). Associated factors were identified, acute-repeated has more chances for the development of sequelae to exogenous intoxication with (38.5%). **Conclusion:** Therefore, there is a need for professionals to identify cases of intoxication and their relationship with work, for the management of these patients, investigation and monitoring.

Keywords: Epidemiology; Occupational Health Surveillance; Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A intoxicação exógena pode ser compreendida como um conjunto de efeitos nocivos ao organismo produzidos pela interação de um ou mais agentes tóxicos, provocando manifestações clínicas ou laboratoriais características da intoxicação. De modo frequente, esse efeito tóxico pode ser evidenciado com a intensidade que ocorre em dose e tempo para que sobrevenha um desequilíbrio no organismo. Em geral, as fontes de intoxicação incluem agrotóxicos, gases tóxicos, metais pesados, produtos químicos industriais, substâncias alimentícias, plantas (BRASIL, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que 1,5% a 3% da população do mundo esteja submetida a casos de intoxicação exógena (ZAMBOLIM et al. Apud PEREIRA et al. 2021). No Brasil há diversos registros de casos de intoxicação, sendo acometidos 4,8 milhões de indivíduos a cada ano, resultando em aproximadamente 0,1% a 0,4% de casos de intoxicação que evoluem para óbito (ALVIM et al. 2020).

A portaria GM/MS nº 168 de 1997 incorporou a intoxicação por agrotóxicos na Lista Nacional das Doenças de Notificação Compulsória. Em 2004 o Ministério da Saúde estabeleceu pela Portaria GM/MS nº 777 de 2004 que as intoxicações exógenas, dentre elas aquelas relacionadas ao trabalho, deveriam ser um agravo de notificação compulsória, sendo assim, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A mesma foi atualizada recentemente pela portaria GM/MS nº 420, de 2 de março de 2022. Esses casos devem ser investigados, notificados e acompanhados, a fim de traçar o perfil epidemiológico dos trabalhadores, para atuação da Vigilância em saúde na prática da prevenção em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004).

Brasil (2021), classifica os tipos de intoxicações agudas ou crônicas. Estas podem se apresentar de forma mais branda, controlada ou grave, dependendo do tempo de exposição, quantidade do produto, toxicidade, vulnerabilidade do organismo e o tempo entre a exposição e o atendimento em saúde. A intoxicação aguda pode se manifestar de forma súbita através de um conjunto de sinais e sintomas, em um período de minutos após exposição excessiva ao agente tóxico, desse modo torna-se mais identificável a intoxicação. Por outro lado, a exposição crônica ocorre durante longos períodos, dificultando a associação do evento e o efeito, pois as sequelas sobre a saúde desse indivíduo podem impactar diferentes órgãos e sistemas do corpo humano.

Em uma pesquisa realizada no estado do Tocantins no período de 2010 a 2014, os autores encontraram em seus achados que os indivíduos mais acometidos pela intoxicação por todos os tipos de agentes tóxicos são do sexo feminino (56,8%), contudo quando é por um agente como agrotóxico, predominam casos do sexo masculino (69%). No campo ocupação, as notificações apresentam-se com frequente ausência de preenchimento (50% dos casos sem essa informação), as faixas etárias mais afetadas são entre 20 a 39 anos de idade, além disso, o tipo de exposição aguda única representou 85% dos casos, enquanto a aguda repetida representou somente um décimo da primeira (SILVA; COSTA, 2018).

Semelhante ao estudo acima, Freitas et al. (2020), constatou que houve aumento de casos de intoxicação em 2015 no estado do Rio Grande do Sul, esses também foram predominantes no sexo masculino quando se refere a agrotóxicos, por ser uma região predominantemente agrícola. Observou-se ainda que o tipo de exposição aguda-única está presente na maior parte das notificações, ou seja, quando os sintomas aparecem após o contato excessivo com o agente tóxico é mais provável a busca pelo atendimento e interrupção dos sintomas. Isso não ocorre em casos crônicos, pois os sintomas são leves ou indefinidos, sendo assim, podem ser confundidos com os de outras doenças, estes casos têm longa duração, são irreversíveis e podem se manifestar como inúmeras doenças ao longo dos anos.

Santana et al. (2009) apontam em seu estudo, que no Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, foram encontrados 2.052 óbitos entre os anos de 2000 a 2009 por intoxicação exógena. Dentre estes, a ocupação mais comum registrada nas fichas foi de trabalhadores da Agropecuária (51,9%), contudo esse percentual pode ser mais elevado ao considerar a falta de informação nos campos de ocupação e acidente de trabalho nas declarações de óbito.

Nota-se que os agrotóxicos têm produzido impactos para o meio ambiente e saúde da população. Esses agentes, quando são armazenados de maneira inadequada, com ausência de descartes das embalagens vazias e/ou quando há manuseio incorreto e práticas inadequadas por parte dos trabalhadores, potencializa-se as consequências para exposição humana e ambiental (CARNEIRO et al. 2015).

Para Santos et al. (2015), além de ser importante saber o tratamento de emergência para intoxicação exógena aguda, é necessário a reavaliação periódica desse paciente,

investigação detalhada juntamente com ele e família, observando se o evento foi acidental ou intencional.

Nesse contexto, por meio da notificação e investigação dos casos, a ficha deve ser preenchida criteriosamente em todos os campos, pois com as informações coletadas do caso do indivíduo, serão realizadas busca ativa de outros casos, controle de surtos e ações de prevenção desde análises de situação de trabalho, atividades de risco de exposição, prevenção, de acordo com a realidade da localidade para aquela população (TOCANTINS, 2016).

Assim, esse estudo pretendeu verificar, de acordo com os dados do SINAN, se existem fatores associados para o desenvolvimento de sequelas da intoxicação exógena relacionada ao trabalho.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional de caráter transversal, essa pesquisa buscou analisar os fatores associados à intoxicação exógena relacionada ao trabalho que contribuem para o desenvolvimento de sequelas em trabalhadores.

A população do estudo são todos indivíduos notificados com intoxicação exógena relacionada ao trabalho, ocorridos em residentes do município de Palmas/TO, no período de 2009 a 2021, com a faixa etária de 14 a 65 anos e excluídas as notificações no qual os campos das variáveis de interesse estejam em branco. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis observadas na pesquisa foram o tipo de exposição, evolução do caso, escolaridade, classificação nacional de atividades econômicas (CNAE), agente tóxico, idade, sexo, raça. Após o levantamento dos dados, foram exportados pelo programa para de bases Tabwin, armazenados em uma planilha de Microsoft Excel, apresentados em forma de tabelas e gráficos. Foram calculadas a frequência absoluta e relativa das variáveis. Os Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) das frequências relativas foram calculados por meio do software PAST versão 4.11. Para verificar a associação entre as variáveis e a evolução dos casos, foi utilizado modelo de Regressão Logística Binomial ou Binária, por meio do software Jamovi 2.2.5. Os resultados da análise de Regressão Logística foram representados pelo Teste Global de Razão de Verossimilhanças, pelo Pseudo R^2 de Nagelkerke (R^2N) e por Médias Marginais Estimadas.

Este estudo é um desdobramento do projeto “Agravos relacionados ao trabalho, incluindo a Covid-19 relacionado ao trabalho, no município de Palmas, Tocantins: análise retrospectiva e prospectiva", aprovado no comitê de ética em pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) por meio do parecer número 4.677.414 e seguirá, portanto, todas as diretrizes da resolução CONEP 466/2012 que rege os princípios éticos em pesquisa com seres humanos.

3. RESULTADOS

Foram encontrados no período de corte do estudo no Município de Palmas/TO, 206 casos notificados por intoxicação em exógena na base do SINAN.

Com relação ao perfil das vítimas, observou-se nos dados sociodemográficos que o sexo masculino foi o que apresentou maior percentual de notificação com 59,22%, a raça parda predominou com 66,02%, seguido pela raça branca com 17% dos casos notificados. A variável de faixa etária foi maior entre os 25-34 anos com (35,9%) seguida dos 15-24 anos por (26,2%).

O período mais predominante de escolaridade foi de 5ª a 8ª série do ensino fundamental, com 14,1%. Tivemos ainda neste campo da ficha, 12,1% de preenchimento do item branco/ignorado. Na Classificação Nacional de Atividade Econômica - CNAE, a categoria administração pública em geral alcançou 27,1%, enquanto as atividades agrícolas tiveram 20,83% de casos notificados, dados apresentados na tabela 1.

Tabela 01: Dados sociodemográficos dos casos notificados em trabalhadores do município de Palmas, Tocantins.

Variável	Categoria	Frequência Absoluta	%	IC 95%
Sexo	Masculino	122	59,22	52,2-66
	Feminino	84	40,78	34-47,8
Raça	Ign/Branco	5	2,43	1,0-5,6
	Branca	34	16,50	12,1-22,2
	Preta	16	7,77	4,8-12,2
	Amarela	15	7,28	4,1-11,7
	Parda	136	66,02	59,1-72,5
Faixa Etária	15-24	54	26,2	20,35-32,78
	25-34	74	35,9	29,37-42,88
	35-44	44	21,4	15,97-27,59

	45-54	24	11,7	7,61-16,84
	55-64	8	3,9	1,69-7,51
	65 e+	2	1	0,12-3,46
Escolaridade	Ign/Branco	25	12,1	8,01-17,39
	Analfabeto	2	1	0,12-3,46
	1ª a 4ª série incompleta do EF	7	3,4	1,38-6,88
	4ª série completa do EF	4	1,9	0,53-4,90
	5ª a 8ª série incompleta do EF	29	14,1	9,64-19,59
	Ensino fundamental completo	15	7,3	4,13-11,73
	Ensino médio incompleto	23	11,2	7,21-16,28
	Ensino médio completo	66	32	25,72-38-88
	Educação superior incompleta	11	5,3	2,70-9,35
	Educação superior completa	22	10,7	6,81-15,72
	Não se aplica	2	1	0,12-3,46
CNAE- Atividade Econômica	Administração pública geral	13	27,1	15,28-41,85
	Atividades relacionadas com a atenção a saúde	2	4,17	0,51-14,25
	Atividades de limpeza e serviço	2	4,17	0,51-14,25
	Atividades agrícolas	10	20,83	10,47-34,99
	Comércio alimentício	6	12,5	4,73-25,25
	Comércio de a varejo e combustíveis	1	2,08	0,05-11,07
	Edificações e vendas de imóveis	3	6,25	1,31-17,20
	Sistema educacional	2	4,17	0,51-14,25
	Estabelecimentos Hoteleiros	2	4,17	0,51-14,25
	Fabricação de madeiras	2	4,17	0,51-14,25
	Fabricação de massas em geral	1	2,08	0,05-11,07
	Manutenção de veículos automotores	1	2,08	0,05-11,07
	Transporte regular	1	2,08	0,05-11,07
	Outros tipos de comércio varejistas	1	2,08	0,05-11,07
	Outras atividades	1	2,08	0,05-11,07

Fonte: Dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de agosto de 2022.

Na tabela 02 o agente tóxico mais referido foi o produto químico com 25,2%, seguido por agrotóxico agrícola com 14,1%, produto domiciliar com 13,06% e agrotóxico de saúde pública com 10,7%. A variável “tipo de exposição” revelou que a exposição aguda-única representou a grande maioria dos casos, 74% deles, seguida pela aguda-repetida com 15% e em menor porcentagem a crônica (5%), e aguda sobre crônica (2%) respectivamente. Os ignorados/brancos totalizaram 4% das fichas notificadas. O perfil das vítimas quanto à variável evolução dos casos mostra que a grande maioria (91,7%) evoluíram para cura sem sequelas e apenas 8,3% dos casos tiveram cura com sequela.

Tabela 02: Dados das características da notificação de intoxicação exógena relacionada ao trabalho no município de Palmas, Tocantins.

Variável	Categoria	Frequência Absoluta	%	IC 95%
Agente Tóxico	Ign/Branco	2	1	0,12-3,46
	Medicamento	21	10,2	6,42-15,16
	Agrotóxico agrícola	29	14,1	9,64-19,59
	Agrotóxico doméstico	20	9,7	6,03-14,60
	Agrotóxico saúde pública	22	10,7	6,81-15,72
	Raticida	5	2,4	0,79-5,57
	Prod. veterinário	2	1	0,12-3,46
	Prod. uso domiciliar	28	13,6	9,23-19,04
	Cosmético	1	0,5	0,01-2,67
	Prod. químico	52	25,2	19,46-31,75
	Drogas de abuso	2	1	0,12-3,46
	Alimento e bebida	7	3,4	1,38-6,88
	Outro	15	7,3	4,13-11,73
Tipo de exposição	Ign/Branco	8	3,9	1,69- 7,51
	Aguda–única	152	73,8	67,22- 79,65
	Aguda–repetida	31	15	10,46- 20,68
	Crônica	11	5,3	2,70- 9,35
	Aguda sobre crônica	4	1,9	0,53-4,90
Evolução	Cura sem sequela	189	91,7	87,12-95,12
	Cura com sequela	17	8,3	4,88-12,88

Fonte: Dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de agosto de 2022.

Quando o modelo de Regressão Logística Binomial foi aplicado, constatou-se que a idade, o sexo, o agente tóxico, a escolaridade e a raça das vítimas não estiveram associados à evolução do caso na população observada. Das variáveis testadas, a única estatisticamente associada à evolução foi a variável “Tipo de exposição”. Na Tabela 03 é possível observar os resultados do Teste Global de Razão de Verossimilhanças, com o valor do teste de Qui-quadrado (χ^2), graus de liberdade (gl) e o valor de p (p).

Tabela 03: Teste global de razão de verossimilhanças.

Preditor	χ^2	gl	p
Idade	0.245	1	0.62036
Tipo de exposição	21.463	3	0.00008
Agente tóxico	8.893	11	0.63172
Escolaridade	10.239	8	0.24866
Sexo	1.929	1	0.16486
Cor/Raça	0.526	3	0.91316

Fonte: Dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de agosto de 2022.

O Tipo de Exposição apresentou um grande poder preditivo para sequelas por intoxicação exógena, sendo capaz de explicar 39,1% da variação dos dados da evolução do caso (R^2N =0,391; χ^2= 30,1; p=<0,00001). Na tabela 04 é possível verificar, para cada tipo de exposição, a probabilidade de evoluir com sequela por intoxicação exógena, que foi calculada por meio das Médias Marginais Estimadas. A exposição aguda repetida é a única que apresentou, na população analisada, um real aumento de probabilidade de evoluir com sequelas (38,5%), apesar de ter um IC95% bastante amplo (IC95%= 22-58%). Entretanto,

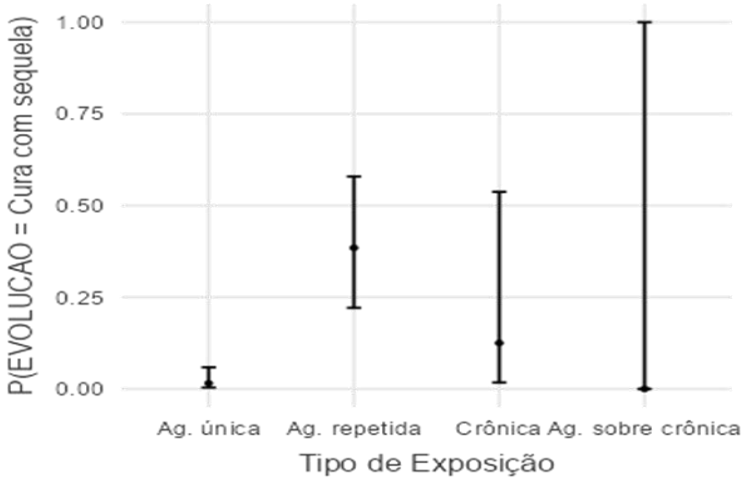
o IC95% dos outros tipos de exposição, ainda mais amplo, demonstram a sua falta de significância estatística para essa probabilidade. A comparação múltipla dos tipos de exposição e significância estatística dos mesmos está representada graficamente na Figura 01.

Tabela 04: Médias marginais estimadas - Tipo de Exposição

			Intervalo de Confiança a 95%	
Tipo de Exposição	**Probabilidade**	**Erro-padrão**	**Lim. Inferior**	**Lim. Superior**
Ag. única	0.0153	0.0107	0.00382	0.0590
Ag. repetida	0.3846	0.0954	0.22096	0.5793
Crônica	0.1250	0.1169	0.01727	0.5373
Ag.sobre crônica	2.35e-8	5.37e-5	2.22e-16	1.0000

Fonte: Dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de agosto de 2022.

Figura 01: Médias Marginais Estimadas para cura com sequelas.



4. DISCUSSÃO

Foi observado um número significativo de casos registrados em trabalhadores do sexo masculino com intoxicação exógena relacionada ao trabalho. Outro estudo também encontrou resultados semelhantes (REIS et al,. 2013), fato que pode ser justificado pelo maior envolvimento de trabalhadores do sexo masculino com atividades ocupacionais que apresentam maior acesso a produtos tóxicos. Para Pereira et al. (2021) a predominância de pardos declarados nas notificações pode estar ligada a cultura do branqueamento da população brasileira ou equivocadas quanto à declaração da cor da pele, outro estudo menciona que pesquisas sobre raças são inabituais (ALVES et al,. 2005)..

As faixas etárias mais notificadas (25 a 34 anos) podem estar relacionadas ao período em que os indivíduos estão mais produtivos economicamente, expondo-os a maiores riscos e consequentemente a mais casos de acidentes de intoxicação exógena relacionada ao trabalho (BATISTA et al,. 2017).

Em relação ao grau de escolaridade, estudos relatam que o baixo nível de alfabetização pode-se apresentar como um fator de risco para este agravo. Foi observado que os trabalhadores da agricultura, apresentam maior números de casos de intoxicação exógena, muitas dessas exposições estão associadas, a dificuldade de leitura, interpretação dos rótulos dos produtos, ocasionado pelo teor técnico das informações e baixa escolaridade, onde as prescrições operacionais existentes não estão compatíveis com a linguagem dos trabalhadores agrícolas que pressupõe uma formação técnica inexistente, tornam uma barreira à comunicação sobre o uso e cuidados e os efeitos sobre a saúde e o ambiente, é o que explica o baixo percentual de indivíduos que lêem os rótulos, todavia os fabricantes constantemente omitem as consequências destas substâncias presentes nos produtos, com o objetivos de facilitar a venda (SILVA et al,. 2001; (SOBREIRA; ADISSI, 2003). Alguns autores sugerem que as regiões mais quentes podem desfavorecer o uso de equipamento de proteção individual (EPI) (MAGALHÃES; CALDAS, 2019; GUIMARÃES et al,. 2019; SAMPAIO et al., 2021).

Em relação ao tipo de exposição, a literatura está em concordância com os resultados presentes, onde a aguda-única evidencia-se na maioria das vezes, esses casos se apresentam com coeficientes mais elevados do que aguda-repetida (DIÓGENES et al., 2022). Segundo Mello e Silva (2013) há uma subnotificação de casos, principalmente de

intoxicação crônica, uma vez que, as intoxicações agudas apresentam-se de forma mais súbita e com sintomas mais característicos e são menos complexas que a crônica, isso reflete na qualidade da notificação, pois a falta de capacitação dos profissionais em relação ao agravo prejudica a maior parte dos casos, em relação às ações de monitoramento da saúde desses trabalhadores.

Silva et al, (2010) refere que os desfecho dos casos que encontra-se com a maior porcentagem é de cura sem sequela, demonstrando que os atendimentos da atenção de urgência e emergência estão correspondendo às ocorrências adequadamente, não necessitando de serviços especializados.

No que está relacionado aos fatores associados, destaca-se que não existe resultados aceitáveis para desfecho dos casos, o estudo de (Bochner, 2015) afirma que é importante conhecer o perfil epidemiológico específico por intoxicações no Brasil por múltiplos agentes, sendo útil para saúde pública a inserção de novas informações e intervenções gerando ações políticas mais direcionadas.

Freitas e Garibotti (2020) caracteriza o perfil epidemiológico das notificações por agrotóxicos e apresenta que a relação causa-efeito é mais visível nas intoxicações agudas e o diagnóstico se baseia em condições clínicas apresentadas pelo paciente e sua história pregressa. Ressalta que exames laboratoriais ajudariam a prescrever um tratamento mais específico para casos como tipo de exposição aguda-repetida.

Os resultados obtidos neste estudo sobre a temática em relação à aguda-repetida com evolução com sequelas necessitam de novos estudos. A saúde do trabalhador requer mais destaque nas políticas públicas com ênfase em ações de prevenção e promoção de saúde nos agravos como intoxicação exógena (BRUST et al,. 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora fatores associados, como sociodemográficos, não tiveram significância estatística para evolução dos casos com sequela, houve um destaque no fator “aguda-repetida” para o desfecho com sequelas desses trabalhadores. Os pacientes com esse tipo de intoxicação, anteriormente citada, têm os sinais e sintomas mais brandos após o primeiro atendimento à saúde, devido o sistema imunológico reconhecer os agentes causadores da intoxicação exógena. Assim como a exposição aguda, a exposição "aguda-repetida" tem o

mesmo nível de toxidade, mas o tempo entre as exposições é reduzido, o que contribui para o surgimento de sequelas.

Com a exposição repetida, pela volta do contato com o agente de intoxicação e o atual tipo de atendimento feito aos trabalhadores, com poucas notificações que por muitas vezes não são qualificadas, investigação e monitoramento de outros casos relacionados, acaba favorecendo o surgimento dessas sequelas.

Dessa forma, há necessidade de que os profissionais consigam identificar adequadamente a relação entre a intoxicação e o trabalho dos pacientes e atestando isso na notificação marcando o campo devido, a investigação epidemiológica quanto aos casos de exposição aguda-repetida; por consequência essa intoxicação pode-se tornar cronificada na saúde dos trabalhadores podendo levar a patologias diversas. O monitoramento de intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, apesar de possuir fluxo de vigilância, haja demanda também de capacitação continuada dos profissionais notificadores, referente ao agravo. As atividades laborais, as circunstâncias de exposição e as caracterizações dos ambientes de trabalho, necessitam de novos estudos, visto o fluxo contínuo de transformações nas diversas profissões.

Além do mais, é importante conhecer o perfil epidemiológico específico por intoxicações por múltiplos agentes no município, visto a utilidade para a saúde pública de inserção de novas informações e intervenções, fomentando ações políticas mais direcionadas. Pois, a saúde do trabalhador requer mais destaque nas políticas públicas com ênfase em ações de prevenção e promoção de saúde nos agravos como intoxicação exógena.

REFERÊNCIAS

ALVES, C; et al. Aplicação e o conceito de raça em saúde pública: definições, controvérsias e sugestões para uniformizar sua utilização nas pesquisas biomédicas e na prática clínica. **Gaz. méd. Bahia 2005;75:1(Jan-Jun):92-115**.

SILVA-ALVIM, A.L; et al. Epidemiologia da intoxicação exógena no Brasil entre 2007 e 2017. **Braz. J. of Develop** Curitiba**,** v. 6, n. 8, p. 63915-63925 aug. 2020.

ABRANTES-BATISTA L; et al.Perfil epidemiológico dos casos de intoxicação notificados no Estado do Maranhão**. Rev. Investig, Bioméd**. São Luís, 9(2): 129-137,2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 777 de 28 de abril de 2004. **Procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde – SUS.** Diário Oficial da União 2004; 28 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº420, de 2 de março de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.** Diário Oficial da União 2022; 04 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde : volume único** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BOCHNER R. Óbito ocupacional por exposição a agrotóxicos utilizado como evento sentinela: quando pouco significa muito. **Vigil. sanit. debate 2015;3(4):39-49.**

SHUCMACKER-BRUST, R. et al., Epidemiological profile of farmworkers from the state of Rio de Janeiro. **Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):122-8.**

FERREIRA-CARNEIRO, F. et al,.. **Dossiê da ABRASCO**: Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 30 abril de 2012.1a. Parte, 98p.

VIEIRA-DIÓGENES, I; et al. Perfil dos casos notificados de intoxicação exógena em um município cearense no período de 2017 a 2021. **Research, Society and Development, v. 11, n. 12, e206111234477, 2022** (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409.

FREITAS, A. B; GARIBOTT, V. Caracterização das notificações de intoxicações exógenas por agrotóxicos no Rio Grande do Sul, 2011-2018. **Epidemiol. Serv. Saude,** v.29, n.5, p. 1-10, 2020.

GUIMARÃES, T. R. A.; LOPES, R. K. B.; BURNS G. V. Perfil epidemiológico das vítimas de intoxicação exógena em Porto Nacional (TO) no período de 2013 a 2017. no período de 2013 a 2017**. Scire Salutis, v.9, n.2, p.37-48, 2019.**

MAGALHÃES, A. F. A; CALDAS, E. D. Exposição e intoxicação ocupacional a produtos químicos no Distrito Federal. **Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):36-44**.

MELLO C. M; SILVA L. F. Fatores associados à intoxicação por agrotóxicos: estudo transversal com trabalhadores da cafeicultura no sul de Minas Gerais. **Epidemiol. Serv. Saúde. 2013; 22(4):609-620.**

ALVES-PEREIRA, M. J; et al. Perfil dos Casos Notificados de Intoxicação Exógena por Medicamentos no Estado do Ceará. Id on Line **Rev.Mult. Psic.**, v.14, n.54, p. 457-477, 2021.

MARGARETE-REIS L; et al. Saúde do homem: internações hospitalares por intoxicação registradas em um centro de assistência toxicológica. **Esc Anna Nery (impr.) 2013 jul-set; 17(3):505-51.**

SANTANA, V. S; MOURA, M. C. P; NOGUEIRA, F, F. Mortalidade por intoxicação ocupacional relacionada aos agrotóxicos, 2000-2009, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.3, p.598-606, 2013.

SILVA-OLIVEIRA, J.J et al. Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos, Brasil. **Rev Saúde Pública 2001;35(2):130-135 131** www.fsp.usp.br/rsp.

SILVA, C. M. S; LIMA, E. S; CANTALICE, M. L; ALENCAR, M. T; SILVA, W. A. L. **Seminário Piauiense: Educação e Contexto. Campina Grande: Triunfal Gráfica e Editora. (2010).**

SILVA, H. C. G, Da Costa, J. B. Intoxicação Exógena: casos no estado de Santa Catarina no período de 2011 A 2015**. Arq. Catarin Med. 47(3), 02-15 . (2018).**

SILVA, S. L. O; COSTA, E. A. Intoxicações por agrotóxicos no Tocantins. **Rev Vigilância sanitária debate,** v.6, n.4, p.13-22, 2018.

SANTOS, R. R; NETO,O. P. A; CUNHA, C. M. PERFIL DE VÍTIMAS DE INTOXICAÇÕES EXÓGENAS AGUDAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online].** v.4, 2, p.45-55, 2015.

SILVA-SAMPAIO, J. P; et al,.Perfil epidemiológico dos casos notificados de intoxicação exógena no Estado do Piauí, Brasil. **Research, Society and Development, v. 10, n. 5**, e52810515425.

SOBREIRA, A. E. G; ADISSI, P. J. Agrotóxicos: falsas premissas e debates. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (4):985-990, 2003.

THE JAMOVI PROJECT. **Jamovi**. Versão 2.2.5. Software de computador. 2021. Disponível em: https://www.jamovi.org. Acesso em: 11 mar 2022.

TOCANTINS. Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção a Saúde Diretoria de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Protocolo de investigação de intoxicação exógena – 2016 Estado do Tocantins, Brasil.** Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

TOSETTO, E. E; ANDRIOLI, A. I; CHRISTOFFOLI, P. I. Análises das causas das subnotificações das intoxicações por agrotóxicos na rede de saúde em município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva, 26(12):6037-6047, 2021.**

VELOSO C; et al,. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e66187.**

ZAMBOLIM, C. M. et al,. Perfil das intoxicações exógenas em um hospital universitário. **Revista Médica de Minas Gerais,** v. 18, n. 1, p. 5-10, 2008.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS CONFIRMADOS DE covid-19 DE PALMAS-TO DO ANO DE 2021

Talessa Neves Pereira[1] (ORCID: 0000-0003-3553-5446)

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos[2] (ORCID: 0000-0002-0406-1535)

[1] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

[2] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

RESUMO:A covid-19 é uma doença que ocasionou uma pandemia e durante esse tempo, a vigilância epidemiológica trabalha monitorando os acometidos e coletando dados. Esse trabalho utilizou os dados da cidade de Palmas/TO com o intuito de mostrar os meses e a população mais atingida. Esse trabalho se caracteriza como um estudo retrospectivo, transversal, descritivo com abordagem quantitativa e as variáveis para a análise mensal foram: número de casos, número de óbitos, incidência, letalidade e mortalidade e para o perfil epidemiológico foram utilizados faixa etária e sexo. O primeiro semestre apresentou 71,12% dos casos do ano, com destaque para março que obteve a maior alta (6.998) e a população mais atingida foram mulheres de 20 a 49 anos. A vacinação foi um dos fatores que permitiu que no segundo semestre o número de casos diminuísse significativamente. Os resultados encontrados neste trabalho mostram informações importantes as quais permitem que as ações de prevenção e vigilância sejam melhor elaboradas em situações semelhantes.

Palavras chave: covid 19, Pandemia, Vigilância.

INTRODUÇÃO

No final do ano de 2019, de acordo com Silva (2020) surgiu uma doença respiratória que ocasionava consequências graves e espalhava-se rapidamente no interior da China. Como até então não se sabia muito sobre ela, não foram tomadas medidas de contenção e isso somado ao alto índice de viagens nacionais e internacionais, a doença foi acometendo pessoas do mundo todo. O nome dado à ela foi doença do coronavírus (covid-19), esse agravo nos anos de 2020 e 2021 no Brasil, trouxe graves consequências se tornando motivo de muita tristeza, encurtamento de relacionamentos, depressão, crise financeira e outras situações (CABRAL, 2021).

Devido ser uma doença que afetou em larga escala, Klokner (2021) afirma que estudos em diversos sentidos são necessários para se entender a covid-19, cada município, estado e país assumiu a responsabilidade de estudar o comportamento da doença em seus respectivos locais, fazendo dessas informações um norte para as ações de prevenção e vigilância e um apoio às gerações futuras que trarão mais respostas a respeito desse agravo.

Em Palmas, de acordo com o boletim epidemiológico de 03 de janeiro de 2022 foram totalizados 33.267 casos confirmados de covid-19, distribuídos entre as semanas epidemiológicas de 2021, nesse ano a população estimada de Palmas foi de 313.349 habitantes (IBGE,2021), ou seja, aproximadamente 10% da população foi acometida com a doença. A cidade de Palmas é dividida em oito territórios de saúde, os quais são chamados por nomes indígenas: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu, esses territórios contam com 34 unidades de saúde e todas elas se uniram durante o processo pandêmico para garantir que os exames atendessem toda a população.

Após feita a coleta do exame, para haver a confirmação da doença nas pessoas, inicialmente elas têm que apresentar sintomas de Síndrome Gripal (SG), como tosse, febre, cansaço e outros (GOMES, 2020). É indicado aguardar de 3 a 5 dias para fazer um exame laboratorial, o padrão ouro é o exame RT-PCR, no qual a técnica de biologia molecular permite dizer se na amostra coletada possui o material genético do vírus (NOGUEIRA, 2020). Além desse exame, conforme diz Albert (2021), também são realizados testes que buscam antígeno e anticorpos relacionados ao vírus e a partir de um deles, em caso de resultado positivo ou negativo dá-se início a um fluxo de vigilância.

De acordo com Moura (2020), dentro do fluxo de vigilância quando um caso é considerado confirmado, ele é contabilizado para fins de boletim epidemiológico e o paciente precisa passar por um momento de coleta de informações que são lançadas em um sistema de notificação e com essas informações é possível: monitorar o paciente, informar sobre internações, cura ou óbito e fazer um estudo de perfil epidemiológico. Na cidade de Palmas o

fluxo segue da mesma maneira, já que essa é a maneira preconizada pelo ministério da saúde (SEMUS Palmas, 2020).

Atualmente, o setor responsável pela covid-19 na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS) é a Coordenação de Agravos Imunopreveníveis. Porém desde o início do enfrentamento da pandemia o COEs (Centro de Operações de Emergências), se dedicou a coletar, qualificar e organizar os dados epidemiológicos que trouxeram o benefício de poder acompanhar a evolução do número de casos, direcionando os gestores na tomada de decisões em prol da população (BRASIL, 2020).

Sendo assim, é inegável que estudos epidemiológicos são indispensáveis pois trazem diversas informações a respeito das características do agravo nas mais diversas condições dependendo da localidade, esses dados podem elucidar quais os grupos mais suscetíveis e os momentos em que a doença atingiu mais a população (SILVA, 2020). Diante da importância dessa temática, este projeto realizou uma análise epidemiológica dos casos confirmados de covid-19 de Palmas-TO, do ano de 2021.

MÉTODOS

Essa pesquisa é caracterizada como um estudo retrospectivo, transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A análise foi realizada a partir da tabela disponibilizada pela coordenação técnica de agravos imunopreveníveis da SEMUS-Palmas, retratando 33.267 casos confirmados, em 1 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2021, por critério laboratorial do município de Palmas do estado do Tocantins. A coleta e tabulação desses dados foram de responsabilidade da coordenação técnica de agravos imunopreveníveis da SEMUS-Palmas.

As variáveis utilizadas para a análise mensal foram: número de casos, número de óbitos, incidência, letalidade e mortalidade. Foi realizada uma análise pontual do período que obteve maior número de casos, sendo que para o perfil epidemiológico foram utilizados faixa etária, dividida nas categorias, sendo menor ou igual a 10 anos**,** 11 a 19 anos, dos 20 aos 89, que foram divididos em intervalos de 10 anos, e maiores ou igual a 90 anos de idade e sexo (femino e masculino).

Foram incluídos para a análise os dados dos casos que apresentaram resultado confirmado para covid-19 no ano de 2021 e que estejam no banco de dados da vigilância epidemiológica de covid-19 da cidade de Palmas, do Estado do Tocantins, excluindo assim os que não eram residentes de Palmas - TO durante o período analisado, e que apresentaram as variáveis a serem analisadas não preenchidas.

Na figura 1 ficam evidentes todas as etapas seguidas neste projeto. Em cumprimento aos requisitos exigidos pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto

foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Fundação Escola de Palmas (FESP), sob o parecer nº 5.661.144.

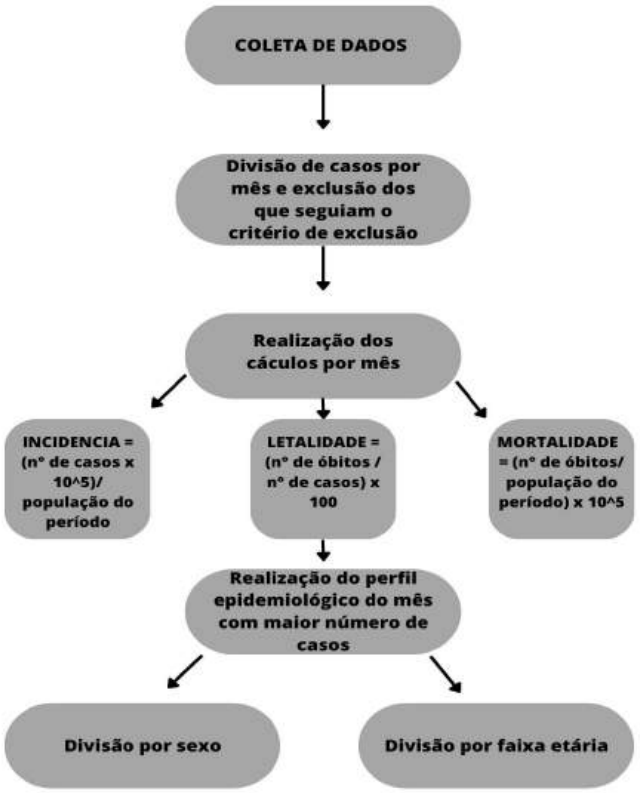


Figura 1: Fluxo metodológico utilizado no trabalho.

RESULTADOS

Do dia 01 de janeiro de 2021 até 31 de dezembro de 2021, a cidade de Palmas no Tocantins, notificou 33.267 casos confirmados de covid-19. Foram excluídos 20 casos por estarem com as variáveis não preenchidas de acordo com critério de exclusão desse trabalho. Na tabela 1 é possível visualizar a distribuição evolução desses casos por mês com suas respectivas incidências.

Tabela 1: Distribuição de casos confirmados de covid-19 do ano de 2021 por mês.

Mês	casos (n)	casos(n) %	incidência
Janeiro	2951	8,88%	963,45
Fevereiro	3929	11,82%	1.282,75
Março	6998	21,05%	2.284,72
Abril	2944	8,85%	961,16
Maio	3409	10,25%	1.112,98
Junho	3414	10,27%	1.114,61
Julho	2434	7,32%	794,66

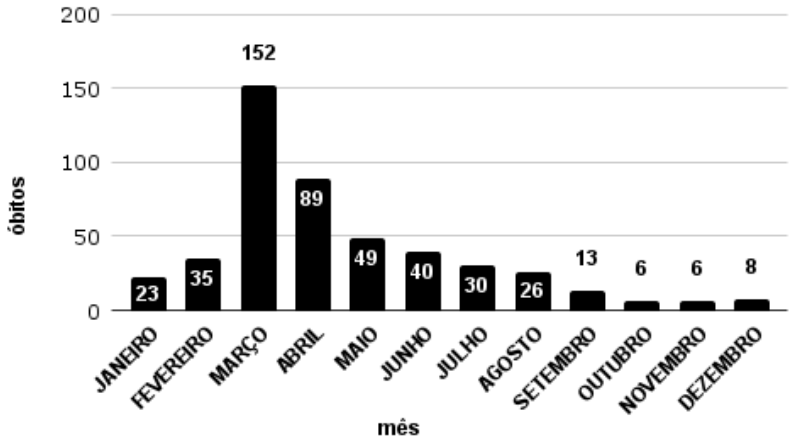
Agosto	2031	6,11%	663,08
Setembro	1649	4,96%	538,37
Outubro	1320	3,97%	430,96
Novembro	959	2,88%	313,10
Dezembro	1209	3,64%	394,72

O primeiro trimestre do ano foi marcado pela maior alta no número de casos confirmados de 2021, com destaque para o mês de março, que apresentou 6.998 notificados, o que representa 21,05% dos casos do ano. O primeiro trimestre do ano representou 41,74% dos casos anuais, e o primeiro semestre representou 71,12% dos casos confirmados do ano de 2021. A partir do segundo semestre, os casos começaram a diminuir significativamente, sendo que no mês de novembro obteve o menor número de casos (959), representando 2,88% dos casos anuais.

O cálculo realizado para incidência utiliza o número de casos e o mês de março apresentou a maior incidência com 2.284,72 casos por 100.000 habitantes e o mês com menor incidência foi o de novembro com 313,10 casos por 100.000 habitantes.

O gráfico 01 mostra o número de óbitos do ano, a variação segue a tendência do gráfico de número de casos, com a maior quantidade de óbitos em março e uma diminuição significativa no segundo semestre. O mês de março apresentou 152 óbitos, em contrapartida, os meses de outubro e novembro apresentaram o menor número do ano com 6 óbitos cada.

Gráfico 01: Distribuição de óbitos por covid 19 do ano de 2021 por mês.



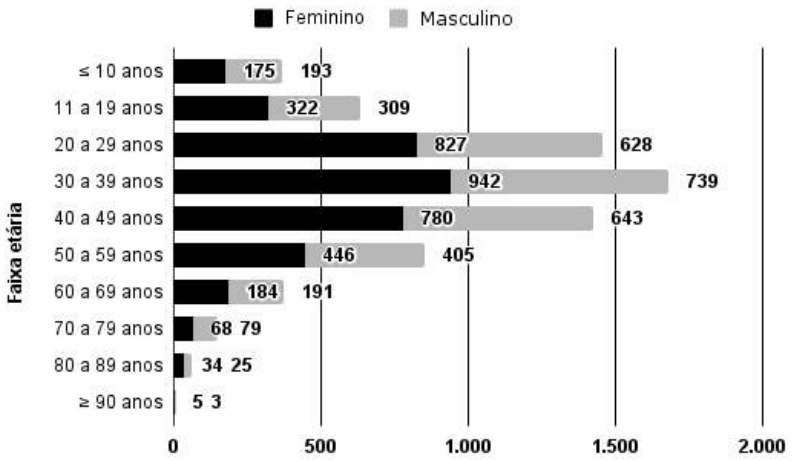
A tabela 02 mostra a letalidade e mortalidade e suas respectivas médias. A letalidade é interpretada como a proporção de casos de óbito entre casos da doença, indicando a gravidade dela, nesse caso os períodos mais letais da covid-19 no ano de 2021, foram os meses de março e abril. A mortalidade mostra a proporção de óbitos para cada 100.000 habitantes e de acordo com a análise do ano, os meses de março e abril também obtiveram a maior taxa.

Devido ao alto número de casos no mês de março, foi realizado um perfil epidemiológico desses casos com o intuito de mostrar as características da população mais atingida. No gráfico 02, encontra-se a distribuição dos casos por sexo e idade, no qual o sexo feminino apresentou o maior número de casos, com uma diferença de 658 em relação ao sexo masculino e a faixa etária mais afetada é dos 30 aos 39 anos de idade e corresponde a 24,02% do casos.

Tabela 02: Distribuição da letalidade e mortalidade de covid 19 do ano de 2021

Mês	Letalidade	Mortalidade
Janeiro	0,78%	7,51
Fevereiro	0,89%	11,43
Março	2,17%	49,63
Abril	3,02%	29,06
Maio	1,44%	16,00
Junho	1,17%	13,06
Julho	1,23%	9,79
Agosto	1,28%	8,49
Setembro	0,79%	4,24
Outubro	0,45%	1,96
Novembro	0,63%	1,96
Dezembro	0,66%	2,61
Média	1,21%	12,98

Gráfico 02: Distribuição de casos por sexo e idade no mes de março de 2021



DISCUSSÕES

O ano de 2021 ficou marcado pela continuação da pandemia de covid-19, na cidade de Palmas foram 33.267 casos e 477 óbitos. O mês de março foi o período que mais apresentou casos, totalizando 6.998 confirmados, equivalente a 21,05% dos casos do ano e com uma incidência de 2.284,72 . O estado do Pará também obteve a sua maior alta de casos no

primeiro semestre, em abril foram 54.036 notificados e em março, quando ocorreu a segunda maior alta, foram 52.880 pessoas acometidas pela doença, as incidências desses meses foram respectivamente 626,22 e 612,82 (SOUSA et al., 2021). Portanto a incidência na cidade de Palmas foi maior que a do Pará.

De acordo com o boletim extraordinário do observatório covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz (2021), a semana epidemiológica de 28 de março a 03 de abril de 2021, teve uma aceleração na propagação de SARS-CoV-2 no Brasil, atingindo recordes de óbitos, com contínuo aumento de testes positivos para covid-19 e de leitos de UTI. Os resultados de Palmas e do Pará vão de encontro com a informação divulgada no boletim e com a análise do ano ficou comprovado que esse foi o período com o maior número de casos.

Em Palmas outro período que também possuía expectativa de aumento no número de casos eram os meses de janeiro e fevereiro, já que esses são os correspondentes a um período após os meses de grande incitação de aglomeração devido às festas de fim de ano, viagens e férias. Os meses de janeiro e fevereiro apresentaram 2.951 e 3.929 casos respectivamente, o que corresponde a 20,7% dos casos e 58 óbitos, considerando a proporção de casos durante o ano, esses foram meses que apresentaram alta.

No primeiro semestre foram 23.645 notificados, esse resultado representou 71,12% dos casos do ano, portanto no segundo semestre o número de casos diminuiu significativamente. Um fato que explica essa situação é o avanço da vacinação que permitiu a diminuição de pessoas com sintomas mais graves e o número de óbitos (PERCIO et al., 2022). Em Palmas, de acordo com o site da prefeitura (2021) ela começou em 20 de de janeiro de 2021 com os profissionais de saúde da linha de frente e idosos com mais de 80 anos e atingiu a maior parte da população apenas no segundo semestre.

Em relação ao número de óbitos, o mês de março apresentou um total de 152 óbitos e uma letalidade de 2,17%. Esse foi o mês em que a cidade de Palmas teve o maior número de vítimas fatais em 2021. O estado de Roraima nesse mesmo período apresentou 225 óbitos e letalidade de 2,81% (VALENZUELA et al., 2021). Os dois apresentaram uma letalidade próxima durante esse período.

A maior mortalidade do ano foi de 49,63 no mês de março, então nesse mesmo momento houve 49,63 mortes para cada 100.000 habitantes. O estado do Pará apresentou uma mortalidade de 21,27, mortes para cada 100.000 habitantes (SOUSA et al., 2021). A cidade de Palmas apresentou um pouco mais que o dobro que o estado do Pará.

Antes dessa alta, com o intuito de conter o avanço dos casos, a prefeitura publicou diversos decretos no primeiro semestre, mais especificamente no dia 29 de janeiro de 2021, o decreto de n° 1.985 publicado pelo diário Oficial da cidade de Palmas/TO determinou a proibição da realização de festas de carnaval no período de 12 a 16 de fevereiro. O esperado

após esse decreto era que no mês de março houvesse uma diminuição de casos porém de acordo com o apresentado, o mês de março teve o maior número de casos do ano.

Os casos desses período crítico foi composto em sua maioria por pessoas que estavam na faixa etária dos 20 aos 49 anos e do sexo feminino. Outros estados apresentaram a mesma tendência de pessoas atingidas como o Amazonas (DABOIN et al., 2022) e o Espírito Santo (SOUSA et al.,2021), essa propensão de serem mais mulheres e nessa faixa etária pode ser explicada pelos seguintes fatos: existem mais mulheres nas profissões relacionadas à saúde e que as mulheres em sua maioria são vistas e ocupam o cargo de cuidadoras na família e por elas ficam mais expostas a contração do vírus (CONASEMS, 2021)

CONCLUSÃO

Esses resultados demonstram a realidade da variação de casos da Covid-19 em Palmas no ano de 2021, sendo que o mês de março foi o momento em que a doença mais impactou a cidade e no segundo semestre houve uma diminuição no número de casos. Esses resultados possuem algumas limitações já que a pandemia trouxe muitas dificuldades na execução dos fluxos de notificação e acompanhamento de casos, então possivelmente, alguns pacientes tiveram covid-19 e não foram notificados por motivos como, laudos com identificação incompleta e laudos não buscados. A análise aqui realizada, tem por finalidade principal orientar atitudes de prevenção e enfrentamento para diminuição dos índices de incidência, letalidade e mortalidade, portanto é necessário que se façam mais trabalhos como esse, que mostram as principais fortalezas e fragilidades do fluxo de vigilância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

ALBERT, Eliseo et al. Field evaluation of a rapid antigen test (Panbio™ covid-19 Ag Rapid Test Device) for covid-19 diagnosis in primary healthcare centres. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 3, p. 472. e7-472. e10, 2021.

Boletim Epidemiológico 02, COE nCoV, Brasília DF - FEV 2020

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCov). DOU, Brasília, 03 de fev. 2020.

CABRAL, Máderson alvares de Souza et al. Perfil epidemiológico dos pacientes adultos notificados com suspeita ou confirmação de covid‑19 no hospital das clínicas da UFMG. **The brazilian journal of infectious diseases**, v. 25, p. 101086, 2021

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Dia internacional da mulher: Mulheres na linha de frente. CONASEMS. Brasilia, 2021. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/noticias/140_dia-internacional-da-mulher-mulheres-na-linha-de-frente

DABOIN, Blanca Elena Guerrero *et al*. Deciphering Multifactorial Correlations of covid-19 Incidence and Mortality in the Brazilian Amazon Basin. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 1153, 20 jan. 2022. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031153.

Fundação Oswaldo Cruz. Observatório covid-19. Boletim extraordinário, 6 de abril de 2021 [Internet]. [citado em 21 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46591/2/boletim_ extraordinario_2021-abril-06-red_2.pdf

GOMES, Guilherme Gallo Costa et al. Perfil epidemiológico da Nova Doença Infecciosa do Coronavírus-covid-19 (Sars-Cov-2) no mundo: Estudo descritivo, janeiro-junho de 2020. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 7993-8007, 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Resultados preliminares -Palmas - Tocantins. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

KLOKNER, Sarah Gisele Martins et al. Perfil epidemiológico e preditores de fatores de risco para a covid-19 na região sul do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e17710313197-e17710313197, 2021.

MOURA, Pedro Henrique de et al. Perfil epidemiológico da Covid-19 em Santa Catarina. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 9, n. 1, 2020.

NOGUEIRA, Joseli Maria da Rocha. Diagnóstico laboratorial da Covid-19 no Brasil. **A Tempestade do Coronavírus**, v. 52, n. 2, p. 117-21, 2020.

OLIVEIRA, Lucas Reis et al. Análise epidemiológica da segunda onda de covid-19 no estado da Bahia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7006-e7006, 2021.

PALMAS. Decreto n° 1.985, de 29 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a proibição da realização de festas de carnaval na cidade de Palmas/TO, 2021.

PERCIO, Jadher *et al*. Effect of vaccination against Covid-19 one year after its introduction in Brazil. **Tropical Diseases, Travel Medicine And Vaccines**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-11, 18 nov. 2022. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1186/s40794-022-00183-5.

Prefeitura de Palmas, Secretaria Municipal de Saúde: A Prefeitura de Palmas recebe 3.331 doses da vacina contra a Covid-19. Disponível em <https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/prefeitura-de-palmas-recebe-3331-doses-da-vacina-contra-a-covid-19/26979/>

Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Epidemiológico de Palmas-TO. Doença pelo novo coronavírus (covid 19). N°638, 03 de Jan de 2022. Palmas, 2022

SILVA, Célia Guarnieri da *et al*. covid-19 mortality and lethality in the State of Pará, legal Espírito Santo, Brasil, de março de 2020 a junho 2021. **J Hum Growth Dev**, v. 31, n. 3, p. 507-520, 2021.

SILVA, Lara Lívia Santos da et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da covid-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

SOUSA, Claudia Dobes Kawatake et al. Perfil epidemiológico da covid-19 no Estado do of Roraima, Brazil, from march 2020 to july 2021. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 3, p. 447-457, 2021.

VALENZUELA, Edwin Vivanco et al. Evolution of mortality and lethality due to covid-19 in the State Amazon, Brazil. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 390-396, 1 dez. 2021. Faculdade de Filosofia e Ciências. http://dx.doi.org/10.36311/jhgd.v31.12605.

ABSTRACT

covid-19 was a disease that caused a pandemic and during that time, epidemiological surveillance worked by monitoring those affected and collecting data. This work used data from the city of Palmas/TO in order to show the months and the most affected population. This paper is characterized as a retrospective, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach and the variables for the monthly analysis were: number of cases, number of deaths, incidence, lethality and mortality and for the epidemiological profile, age group was used, divided into categories , being less than or equal to 10 years, 11 to 19 years, from 20 to 89, which were divided into 10-year intervals, and greater than or equal to 90 years of age and sex (female and male). The first semester had 71,12% cases of the year, with emphasis on March (6,998 cases) with the highest increase, and the most affected population were women aged 20 to 49 years. Vaccination was one of the factors that allowed the number of cases to decrease significantly in the second half. The results found in this work show important information which allow prevention and surveillance actions to be better elaborated in similar situations.

Key words: covid 19, Pandemic, Surveillance.

SOBRAL, Thallyne Alves. Perfil epidemiológico de pacientes em tratamento de hanseníase em Palmas-TO. 2023. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Coletiva) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2023. [Não disponível nesta versão do Acervo]

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE 2018 E 2021 NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GENDER VIOLENCE BETWEEN 2018 AND 2021 IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS-TO

Resumo: A violência de gênero é um problema complexo e tem impactos individuais e coletivos. É sabido que muitas mulheres que sofreram algum tipo de violência apresentam dificuldade de buscar ajuda, problema que parece ter se agravada com a pandemia da COVID-19. Diante dessa realidade, o estudo teve como objetivo identificar características epidemiológicas da violência de gênero em Palmas/TO entre 2018 e 2021, considerando antes e durante a pandemia. Nessa perspectiva, tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, de natureza básica e análise documental. Os dados foram coletados das notificações de violência, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A Análise dos dados permitiu identificar que o gênero feminino sofre mais violência e que os principais agressores possuem algum vínculo com a vítima, reforçando a necessidade de mais pesquisas em relação à natureza e motivação das violências, visando a prevenção e promoção à saúde no município.
Palavras-chave: Violência; Violência de gênero; Notificação Compulsória; COVID-19.

Abstract: Gender violence is a complex problem and has individual and collective impacts. It is known that many women who have suffered some kind of violence have difficulty seeking help, a problem that seems to have been aggravated by the COVID-19 pandemic. In view of this reality, the study aimed to identify epidemiological characteristics of gender violence in Palmas/To between 2018 and 2021, considering before and during the pandemic. From this perspective, this was a quantitative, descriptive, basic study and documentary analysis. Data were collected from notifications of violence through the Notifiable Diseases Information System (SINAN). Data analysis allowed us to identify that the female gender suffers more violence and that the main aggressors have some link with the victim, reinforcing the need for further research in relation to the nature and motivation of violence, aiming at prevention and health promotion in the municipality.
Keywords: Violence; Gender violence; Compulsory Notification; COVID-19.

Introdução

A violência é definida como qualquer ação efetuada por indivíduos, grupos ou nações contra si mesmo ou a outras pessoas, cujo objetivo seja gerar danos físicos, psicológicos, emocionais, morais ou patrimoniais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 1996). Saffioti (2004, p. 17) entende que a violência se caracteriza “como ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral”.

A violência é um problema complexo inerente à história da humanidade e suas consequências afetam não só de forma individual, mas também coletiva. O impacto causado pela violência pode ser visto de diversas formas, uma vez que a cada ano

milhões de pessoas morrem ou sofrem ferimentos, fatais ou não, decorrentes de violências autoprovocadas, de agressões interpessoais ou até mesmo coletiva (DAHBERG; KRUG, 2006).

Segundo a Lei Maria da Penha (Lei Nº 11.340/2006) se considera violência doméstica e familiar contra mulher a violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial. A violência física provoca ferimentos e danos ao corpo da vítima, a violência patrimonial implica em destruir bens materiais, objetos e documentos pessoais, já a violência sexual acontece quando a vítima é obrigada a participar, presenciar ou manter relação sexual não consentida. A violência moral é caracterizada por calúnia, difamação ou injúria. Na violência psicológica ou emocional é praticada pelos agressores por meio de xingamentos, desvalorização, humilhações, diminuindo a autoestima da companheira, através da violação dos valores morais da mulher (BRASIL, 2006).

No Brasil ainda se conserva o modelo patriarcal, no qual a violência contra a mulher costuma ser naturalizada (SOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000). Os homens possuem o poder de estabelecer as condutas sociais adequadas e recebem a autorização e até mesmo a tolerância da sociedade para penalizar quem as desvia (SAFFIOTI, 2001). Desta forma, os conflitos que ocorrem em relacionamentos amorosos podem se tornar desencadeadores das violências sofridas por mulheres e intensificar a ocorrência dos diferentes tipos de agressão (RAZERA; FALCKE, 2017).

Dentro do contexto da saúde pública brasileira, o Ministério da Saúde (MS) aborda a violência nas áreas técnicas de Causas Externas. Este conceito se refere ao conjunto de agravos que provocam algum dano à saúde do indivíduo podendo ser ela física, mental ou psicológica, que pode ou não levar à óbito, prioritariamente relacionados às violências e acidentes (BRASIL, 2016). Destaca-se que “a violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, perpetuam-se entre as gerações futuras” (BRASIL, 2016, p. 9).

Em 2011, por meio da Portaria MS/GM Nº 104, passou a ser notificação compulsória casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências atendidas na rede pública ou privada, sendo atualizada em 2020 pela Portaria MS/GM Nº 264. Em 2014, a Portaria MS/GM Nº 1.271 trouxe que as tentativas de suicídio e violência de cunho sexual passaram a ser de notificação imediata, devendo ocorrer até 24h após o

atendimento. A Ficha de Notificação Individual é um instrumento de coleta de dados que serve para analisar e planejar políticas públicas. Através dessa Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal e autoprovocada é possível ter acesso a informações sobre a vítima (BRASIL, 2017).

Além disso, o mundo ainda enfrenta uma crise na saúde com a pandemia da COVID-19, em que um vírus denominado coronavírus (SARS-COV-2), altamente contagioso, atinge todas as classes sociais. Diante disso, a OMS estabeleceu medidas de proteção desde o início de 2020 à população para a diminuição da proliferação do vírus, sendo elas distanciamento social, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção dos ambientes, entre outras.

Apesar do distanciamento social ser uma medida de prevenção para a COVID-19, pode gerar consequências sociais, econômicas e psicológicas. Assim, o risco de violência doméstica aumentou devido à necessidade do cumprimento do distanciamento social como forma de controle da infecção, contexto em que boa parte da população passou a ficar mais tempo em casa, e este local costuma ser um dos principais ambientes em que ocorrem agressões (GELDER *et al*, 2020).

Há ainda a hipótese de que o período pandêmico tenha impactado o cenário da violência em Palmas, quer seja em possível subnotificação ou também aumento da violência no ambiente doméstico. Sobre isso, Malta, Guenaga e Lisboa (2021) discutem que o confinamento fez refletir sobre como o lar, muitas vezes, pode ser um ambiente inseguro, principalmente para mulheres.

Portanto, a violência de gênero não pode ser vista como um problema privado, mas como uma questão de saúde pública que viola a integridade física e psicológica da pessoa em situação de violência, desrespeita os direitos humanos e fere a dignidade (DAHLBERG; KRUG 2006). Com o crescimento numérico de situações de agressão às mulheres (CERQUEIRA *et al* 2020) se sinaliza a necessidade de ainda explorar a temática no meio acadêmico. Desse modo, se faz necessário discussões acerca da violência de gênero e suas consequências para a sociedade.

A partir do exposto, o objetivo do estudo é levantar o perfil epidemiológico das violências, analisando as características da violência de gênero no município de Palmas/TO, qual gênero sofre mais violência interpessoal, a motivação da violência, o

vínculo entre o agressor e a vítima, o local da ocorrência e o impacto causado pela pandemia no número de casos notificados, sendo o recorte temporal o período que compreende os anos de 2018, 2019, 2020 e 2021, ou seja dois anos antes e dois anos durante a pandemia da COVID-19.

Metodologia

A pesquisa é de natureza básica, quantitativa, descritiva e de análise documental. Foi utilizado como instrumento dados secundários retirados das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), referentes a violência de gênero em Palmas - TO no período entre 2018 e 2021.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), via e-mail capp.fesp@gmail.com. Após aprovação pela CAPP, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FESP), de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Após aprovação pelo CEP/FESP 61614122.1.0000, foi enviado e-mail para nupesfesp@gmail.com solicitando liberação para iniciar a pesquisa, com confecção e envio de ofício para o local de pesquisa, qual seja, SUPAVS/SEMUS. Após isso, a coleta de dados foi iniciada.

A partir disso, foram filtradas informações relacionadas a gênero, faixa etária, natureza das violências e vínculo com agressor, referentes aos últimos 4 anos (2018 à 2021). Os dados foram coletados por meio do Tabwin, um programa para análise local de base de dados do SINAN Net. Por meio dele foi gerado uma tabela no programa Microsoft Excel versão 2016 para tabulação de dados das notificações de violência. Após extraídos os dados, foram alocados em uma planilha do Excel e construídas tabelas para organizar as variáveis do estudo. Para discutir esses dados, foram utilizados referenciais teóricos apropriados, com destaque para as publicações das autoras Heleieth Saffioti (2001; 2004), Maria Amélia Azevedo (1985), Ana Carcedo (2006). Desta pesquisa, foram

retirados da análise as notificações de violência cujo agressor seja a própria pessoa, ou seja, a violência autoprovocada.

Resultados e discussões

Os dados apresentados serão divididos por gênero, e analisados a partir das especificidades identificadas. Nos últimos 4 anos, houve um total de 2375 notificações de violência interpessoal no município de Palmas, sendo 1899 de violência contra o sexo feminino, o que equivale a 80% das notificações de acordo com os dados observados na tabela 1.

Tabela - 1 Percentagem e quantitativo de notificações de violência de 2018-2021 no município de Palmas/TO.

SEXO	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	CUMULATIVO	%
Fem.	605	78,6	480	80,1	467	81,5	347	80,1	1889	80
Masc.	165	21,4	119	19,9	106	18,5	86	19,9	476	20
TOTAL	770	100	599	100	573	100	433	100	2375	100

Fonte: SINAN (2022).

É lugar comum a constatação de que a população feminina sofre violência em diversos âmbitos, seja ele familiar, profissional, social, entre outros, apenas por serem mulheres. Segundo Carcedo (2010), cada vez que se fala de violência contra mulher, se atribui tais expressões não de maneira circunstancial, mas na condição de discriminação e submissão das mulheres.

Chama atenção, ainda, o fato de o número total de notificações anuais ter diminuído de um ano para o outro, tendência já identificada antes da pandemia da COVID-19, conforme comparação entre 2018 (770 notificações) e 2019 (599 notificações). De acordo com Gelder *et al* (2020), o isolamento social pode revelar vulnerabilidades individuais e coletivas, limitando a capacidade de acesso a unidades de saúde ou outras redes de apoio impactando no número de notificações, mas no cenário de Palmas/TO não é possível afirmar que a pandemia tenha influenciado nessa diminuição.

Em relação à faixa etária[1], nos últimos 4 anos, foram mais expostos a situações de violência os adultos e crianças, sem distinção do sexo, correspondendo a 39,9% e 29,6% dos casos notificados, respectivamente, representando 69,5% das notificações, estes dados podem ser observados na junção dos dados cumulativos das tabelas 2 e 3. Quando se faz o recorte por gênero, entre as mulheres as principais vítimas de agressão nos últimos 4 anos foram as adultas (20-64 anos) com 45,7% das notificações. Porém no ano de 2021, a faixa etária mais notificada foi a de adolescentes (10-19) com 38,3 dos casos, como observado na tabela 2.

Tabela - 2 Número de casos de violência contra a mulher notificados entre 2018-2021 de acordo com a faixa etária no município de Palmas/TO.

FAIXA ETÁRIA FEMININO	**2018**	**%**	**2019**	**%**	**2020**	**%**	**2021**	**%**	**CUMULATIVO**	**%**
Criança (0-9)	133	22,2	116	24,3	99	21,3	101	29,1	449	23,8
Adolescente (10-19)	173	28,9	131	27,3	126	27,1	133	38,3	563	29,7
Adulto (20-64)	289	48,2	229	47,8	238	51,2	107	30,8	863	45,7
Idoso (65 +)	4	0,7	3	0,6	2	0,4	6	1,8	15	0,8
TOTAL	599	100	479	100	465	100	347	100	1890	100

Fonte: SINAN (2022).

Entre os casos masculinos notificados, a faixa etária que mais sofreu violência entre 2018-2021 foi a de crianças (0-9 anos) e adolescentes com 53,7% e 25,6%, respectivamente, das notificações. No decorrer dos últimos 4 anos foram as duas faixas etárias mais notificadas anualmente, como demonstra os dados da tabela 3.

[1] A faixa etária de notificação de violência contra crianças e adolescentes adotada na Vigilância de Violências e Acidentes é a faixa etária definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

Tabela - 3 Número de casos notificados masculino entre 2018-2021 de acordo com a faixa etária no município de Palmas/TO.

FAIXA ETÁRIA MASCULINO	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	CUMULATIVO	%
Criança (0-9)	81	52,3	64	54,7	48	45,3	56	65,1	249	53,7
Adolescente (10-19)	30	19,4	34	29,1	37	34,9	18	20,9	119	25,6
Adulto (20-64)	35	22,6	17	14,5	17	16	9	10,5	78	16,8
Idoso (65 +)	9	5,8	2	1,7	4	3,8	3	3,5	18	3,9
TOTAL	155	100	117	100	106	100	86	100	464	100

Fonte: SINAN (2022).

Entre os casos notificados nos últimos 4 anos, há uma discrepância entre o total de notificações e a quantidade de notificações por faixa etária. Isso se deve ao fato de que o campo data de nascimento foi preenchido com a mesma data da ocorrência, gerando uma diferença entre os dados tabulados do sistema de notificação SINAN quanto a idade da vítima. Todavia, optou-se por manter os números e o quantitativo de notificações com data de nascimento indefinida por ano, o que está posto na tabela 4.

Tabela - 4 Número de notificações com equívoco no preenchimento da data de nascimento das vítimas de violência no município de Palmas/TO por ano de notificação.

ANO	2018	2019	2020	2021	CUMULATIVO	%
Notificações	7	3	2	0	12	100

Fonte: SINAN (2022).

Quanto à natureza, os principais tipos de violência sofridos pelo sexo feminino foram sexual 46,9%, física 33,9% e psicológica 10,5%, mesmo quando se faz um recorte por ano, o padrão e a ordem se mantém. Em relação aos tipos menos notificados, tortura, violência financeira e negligência apresentam 0,4%, 0,6% e 7,7% dos casos, respectivamente, os números absolutos e percentagem anual podem ser observados na tabela abaixo (tabela 5):

Tabela - 5 Quantitativo e percentual dos tipos de violência contra o sexo feminino notificados no período de 2018 a 2021 em Palmas/TO.

TIPO DE VIOLÊNCIA	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	CUMULATIVO	%
Física	235	37,6	184	37,8	163	33,2	79	22,8	661	33,9
Sexual	272	43,5	228	46,8	214	43,6	200	57,6	914	46,9
Tortura	3	0,5	1	0,2	4	0,8	0	0	8	0,4
Psicológica	73	11,7	42	8,6	78	15,9	11	3,2	204	10,5
Negligência	37	5,9	30	6,2	27	5,5	57	16,4	151	7,7
Financeira	5	0,8	2	0,4	5	1	0	0	12	0,6
TOTAL	625	100	487	100	491	100	347	100	1950	100

Fonte: SINAN (2022).

Ao analisar os dados é possível observar a expressiva concentração de violência sexual nos últimos 4 anos. Segundo Bandeira (2014), os variados tipos de violências são concentrados sobre corpos femininos há muitos anos e essa perspectiva não se trata de um olhar vitimizador, é um lugar de constatação quando se observa a centralização das ações violentas em mulheres.

Quando analisado o vínculo com o agressor, os casos de violência contra mulheres foram cometidos principalmente por cônjuge (15,3%), amigo/conhecido (15%), outros (11,9%) e desconhecidos (11,6%). No recorte por ano, no período 2018-2020, na maioria dos casos o cônjuge foi o agressor, porém no ano de 2021 há uma mudança no padrão, em que a maioria dos casos foram cometidos por amigos/conhecidos (19,3%), pelas mães (15%), pais (11,2%) e desconhecidos (10,1%), de acordo tabela 6.

Tabela - 6 Número de notificações de violência contra a mulher de acordo com o vínculo com o agressor em Palmas/TO entre 2018-2021.

VÍNCULO COM AGRESSOR	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	CUMULATIVO	%
Pai	53	8,8	31	6,5	27	5,7	39	11,2	150	7,9
Mãe	36	6	35	7,3	28	6	52	15	151	8
Padrasto	38	6,3	28	6	30	6,3	16	4,6	112	5,9
Cônjuge	104	17,3	79	16,6	74	15,6	33	9,5	290	15,3
Ex cônjuge	71	11,8	34	7,2	50	10,6	27	7,8	182	9,6
Namorado	41	6,8	33	7	38	8	14	4	126	6,6
Ex namorado	20	3,3	7	1,5	20	4,2	6	1,7	53	2,8
Filho	5	0,8	7	1,5	6	1,3	2	0,6	20	1,1
Desconhecido	69	11,5	68	14,3	48	10,1	35	10,1	220	11,6
Irmão	15	2,5	13	2,7	14	3	9	2,6	51	2,7
Amigo/conhecido	79	13	74	15,5	64	13,5	67	19,3	284	15

Cuidador	1	0,2	3	0,6	3	0,6	3	0,9	10	0,5
Patrão	1	0,2	1	0,2	6	1,3	0	0	8	0,4
Relação institucional	4	0,7	2	0,4	6	1,3	0	0	12	0,6
Policial	2	0,3	1	0,2	0	0	0	0	3	0,2
Outros	63	10,5	60	12,6	59	12,5	44	12,7	226	11,9
TOTAL ANUAL	**602**	**100**	**476**	**100**	**473**	**100**	**347**	**100**	**1898**	**100**

Fonte: SINAN (2022).

A violência de gênero costuma ocorrer entre parceiros íntimos e dentro do ambiente doméstico e, conforme Razera e Falcke (2017), um dos principais focos da violência conjugal é o entendimento a respeito de gênero e os papéis atribuídos a homens e mulheres que podem vincular-se ao de agressor e vítima, respectivamente.

Toda violência cometida tem uma motivação e ao analisarmos o sexo dos possíveis autores (tabela 7) das violências podemos observar que existe um número expressivo do gênero masculino (80,8%), tal número reforça o entendimento de que a motivação das violências está prioritariamente relacionada ao sexismo. O sexismo “é uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculino sobre as mulheres" (BRASIL, 2016). Assim, o comportamento violento entre os sexos, portanto, revela que a violência de gênero não tem relação com a natureza humana, mas sim como resultado do processo de socialização (TELES; MELO, 2003).

Tabela - 7 Número de notificações de violência contra a mulher de acordo com o sexo do provável agressor em Palmas/TO entre 2018-2021.

SEXO DO AUTOR	**2018**	**%**	**2019**	**%**	**2020**	**%**	**2021**	**%**	**CUMULATIVO**	**%**
Masculino	500	82,6	385	80,2	395	84,6	254	73,2	1534	80,8
Feminino	58	9,6	70	14,6	55	11,8	53	15,3	236	12,4
Ambos os sexos	19	3,2	8	1,7	9	1,9	17	4,9	53	2,8
Ignorado	28	4,6	17	3,5	8	1,7	23	6,6	76	4
TOTAL	**605**	**100**	**480**	**100**	**467**	**100**	**347**	**100**	**1899**	**100**

Fonte: SINAN (2022).

Quanto ao vínculo com o agressor no período 2018-2021, os casos de violência contra os homens foram cometidos principalmente por mãe (29,9%), pai (18,8%), outros

(12,7%) e desconhecido (11,7%). A análise dos dados aponta que as mães foram as que mais perpetraram violência contra os filhos nos últimos anos, geralmente relacionado a negligência.

Tabela - 8 Número de notificações de violência contra o homem de acordo com o vínculo com o agressor em Palmas/TO entre 2018-2021.

VÍNCULO COM AGRESSOR	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	CUMULATIVO	%
Pai	36	20,6	20	16	15	14	24	24,5	95	18,8
Mãe	45	25,7	44	35,2	22	20,6	40	41	151	29,9
Padrasto	1	0,6	5	4	4	3,7	1	1	11	2,2
Cônjuge	6	3,4	7	5,6	5	4,7	1	1	19	3,7
Ex cônjuge	2	1	0	0	0	0	1	1	3	0,6
Namorado	1	0,6	3	2,4	0	0	0	0	4	0,8
Ex namorado	1	0,6	0	0	0	0	0	0	1	0,2
Filho	4	2,3	0	0	3	2,8	1	1	8	1,6
Desconhecido	24	13,7	13	10,4	16	15	6	6,1	59	11,7
Irmão	10	5,7	2	1,6	6	5,6	2	2	20	3,9
Amigo/conhecido	26	14,9	13	10,4	10	9,3	9	9,2	58	11,5
Cuidador	0	0	3	2,4	1	0,9	2	2	6	1,2
Patrão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Relação institucional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Policial	4	2,3	0	0	2	1,9	0	0	6	1,2
Outros	15	8,6	15	12	23	21,5	11	11,2	64	12,7
TOTAL ANUAL	**175**	**100**	**125**	**100**	**107**	**100**	**98**	**100**	**505**	**100**

Fonte: SINAN (2022).

Apesar de, quando analisado o vínculo com o possível agressor, as mães apresentarem a maior porcentagem de notificações, quando analisado o sexo do possível agressor, os homens representam 53,9% dos casos notificados, os quais podem ter diferentes vínculos com a pessoa violentada, tais como pai, desconhecidos e outros, enquanto as mulheres representam 31%.

Tabela - 9 Número de notificações de violência contra o homem de acordo com o sexo do provável agressor em Palmas/TO entre 2018-2021.

SEXO DO AUTOR	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	CUMULATIVO	%
Masculino	86	55,1	60	50,4	68	64,1	38	44,2	252	53,9
Feminino	40	25,7	43	36,1	31	29,3	31	36,1	145	31
Ambos os sexos	20	12,8	13	11	6	5,7	12	13,9	51	11
Ignorado	10	6,4	3	2,5	1	0,9	5	5,8	19	4,1
TOTAL	156	100	119	100	106	100	86	100	467	100

Fonte: SINAN (2022).

Quanto à natureza, os principais tipos de violência sofridos pelo sexo masculino nos últimos anos são física (40,6%), negligência (35,9%) e sexual (16,9%), como demonstrado em tabela (Tabela 10).

Tabela - 10 Quantitativo e percentual dos tipos de violência contra o sexo masculino notificados no período de 2018 a 2021 em Palmas/TO.

TIPO DE VIOLÊNCIA	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	CUMULATIVO	%
Física	73	45,9	48	39,3	49	46,2	22	25,6	192	40,6
Sexual	23	14,5	17	13,9	23	21,8	17	19,8	80	16,9
Tortura	1	0,6	0	0	1	0,9	0	0	2	0,4
Psicológica	11	6,9	11	9,1	6	5,7	0	0	28	6
Negligência	51	32,1	46	37,7	26	24,5	47	54,6	170	35,9
Financeira	0	0	0	0	1	0,9	0	0	1	0,2
TOTAL	159	100	122	100	106	100	86	100	473	100

Fonte: SINAN (2022).

Quanto à análise de violência contra homens, nota-se que as principais vítimas são as crianças e os adolescentes, e os possíveis agressores são familiares. Segundo Minayo (2001), a violência contra criança e adolescente sempre esteve associada ao processo de educação, muito utilizada como instrumento de punição para “rebeldias e indisciplinas”. A autora afirma ainda que a violência costuma acontecer dentro de casa, na esfera privada, sendo os principais tipos agressão física, psicológica, sexual e negligência.

Considerações Finais

Ao analisar o cenário de violências interpessoais do município de Palmas/TO nos anos 2018 a 2021 se observa que o gênero feminino é o que mais sofreu violência nos últimos anos, dentre as vítimas estão em maior parte mulheres adultas e adolescentes. Os principais tipos de violência sofridos pelo sexo feminino são sexual, física e/ou psicológica. Por meio da pesquisa foi possível constatar que os vínculos mais íntimos são os principais autores da violência, majoritariamente agressores do sexo masculino, indicando que o sexismo é a maior motivação para as ações violentas contra as mulheres.

Em relação ao gênero masculino, as crianças apresentaram o maior número de notificações nos últimos 4 anos, sendo violência física, negligência e/ou sexual os principais tipos de violência. Quando analisado o vínculo com o provável autor as mães, pais e/ou outros são os principais agressores. A violência perpetrada contra crianças e adolescentes muitas vezes está relacionada como método educativo. Desse modo a criança acaba legitimando a ideia de que a violência é uma forma de resolução de conflitos.

Houve uma diferença significativa de notificações em uma comparação do período antes e durante a pandemia, e a subnotificação reflete diretamente na produção e análise dos dados e consequentemente no planejamento de ações de combate a violência, mas não foi possível afirmar, com os dados levantados, que essa diminuição estivesse relacionada ao período pandêmico, uma vez que a tendência de queda já havia sido percebida em 2019.

Muitos são os benefícios referentes à possibilidade de conhecer o cenário epidemiológico de violência de gênero em Palmas/TO, pois pode colaborar na construção de estratégias de enfrentamento para esse problema de saúde pública. Além disso, através dos resultados da pesquisa, outras pessoas poderão ser beneficiadas de forma indireta, pois os dados obtidos poderão motivar novos estudos, debates e reflexões acerca do assunto.

Dessa forma, entende-se que, além da contribuição científica, a pesquisa

apresenta um caráter social relevante, pois dar visibilidade a esta pauta, especialmente no contexto da saúde pública e não somente na área da justiça, contribui para promover debates e reflexões sobre o impacto da violência de gênero na sociedade e as possibilidades de enfrentamento a partir de políticas públicas diversas.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Loures Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado** [online]. v. 29, n.2, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>. Acesso em 8 janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, De-partamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 22 p.: il. Disponível em: <Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico] (saude.gov.br)> Acesso em 29 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

CARCEDO, Ana. **No olvidamos ni aceptamos: Femicidio en Centroamérica 2000-2006**. – 1 ed. San José: Asociación Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA); 2010.

CERQUEIRA Daniel, et al. **Atlas da Violência (2020)**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes> Acesso em: 14 de jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2005). Resolução CFP n° 010/2005. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, XIII Plenário. Brasília, DF: CFP.

DAHLBERG, Linda; KRUG, Etienne. Violência: um problema global de saúde pública**.** **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2006, v. 11, n. supl. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007> Acesso em: 21 Janeiro 2023.

GELDER N, PETERMAN A, POTTS A, O'DONNELL M, THOMPSON K, SHAH N, OERTELT-PRIGIONE S; COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk ofintimate partner violence. **EClinicalMedicine.** 2020. Disponível em: COVID-19: Reduzir o risco de infecção pode aumentar o risco de violência por parceiro íntimo - eClinicalMedicine (thelancet.com) Acesso em 10 de janeiro de 2023.

MALTA, Renata Barreto; GÜENAGA, Tatiana Aneas., LISBOA, Aline; DE ARAÚJO VIEIRA, Iasmin. (2021). Crise dentro da crise: a pandemia da violência de gênero. **Sociedade E Estado**, 36(03), 843–866. https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136030001

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2001, v. 1, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>. Acesso em 14 Janeiro 2023.

RAZERA, Josiane; FALCKE, Denise. Por que eles permanecem juntos? Contribuições para a permanência em relacionamentos íntimos com violência. **Psicol. clin**., Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, p. 543-562, 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652017000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 fevereiro 2022.

SAFFIOTI, Heleieth I.B.. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad. Pagu,** Campinas , n. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 de fevereiro de 2022. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332001000100007.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** 1ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

DE SOUZA, Eros, BALDWIN, John R. e ROSA, Francisco Heitor da. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online]. 2000, v. 13, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000300016>. Acesso em 29 maio de 2022.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de. **O que é violência contra a mulher.** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2003.

Epidemiologia e Serviços de Saúde
RESS | REVISTA DO SUS

MODALIDADE: Investigação de eventos de interesse da saúde pública

Perfil Epidemiológico da Toxoplasmose Gestacional e Toxoplasmose Congênita no Município de Palmas, Tocantins

Epidemiological Profile of Gestational Toxoplasmosis and Congenital Toxoplasmosis in the Municipality of Palmas, Tocantins

Perfil epidemiológico de la toxoplasmosis gestacional y la toxoplasmosis congénita en el municipio de Palmas, Tocantins

Perfil Epidemiológico da Toxoplasmose

Ana Vitória Lima Barbosa[1] - orcid.org/0009-0005-9057-9718

Meire da Silva Pereira Rodrigues[2] - orcid.org/0000-0002-0310-8004

Eziane de Fátima Paraense da Costa[2] - orcid.org/0009-0005-6317-5873

[1]Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), Plano Integrado de Residência em Saúde (PIRS): Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Palmas, TO, Brasil.

[2]Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS), Palmas, TO, Brasil.

CORRESPONDÊNCIA

Ana Vitória Lima Barbosa | e-mail: ana96vitoria@gmail.com

FINANCIAMENTO

Não se aplica.

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Artigo derivado de monografia de conclusão de residência intitulada “perfil epidemiológico da toxoplasmose gestacional e toxoplasmose congênita no município de Palmas, Tocantins”, defendida por ‘Ana Vitória Lima Barbosa’ no Programa de Residência em Saúde Coletiva, da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), em 2024.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não possuir conflitos de interesse

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Barbosa AVL contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Rodrigues MSP e Costa EFP contribuíram na revisão crítica do conteúdo do manuscrito. A colaboração harmoniosa entre os autores resultou em uma versão final do manuscrito que foi aprovada por todos, sendo eles coletivamente responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

AGRADECIMENTO

Não se aplica.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico da toxoplasmose gestacional e congênita no município de Palmas. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, coleta e análise de dados disponíveis no eSUS, SINASC e notificações no SINAN, dos anos de 2018 a 2022. **Resultados:** Foram analisadas 253 notificações de gestantes com toxoplasmose, com 222 notificações confirmadas para toxoplasmose gestacional. A faixa etária mais afetada foi de 21 a 25 anos, com 74 gestantes. Foram 28 gestantes com educação superior completa e 83 com ensino médio completo sugere que a zoonose não está associada com a falta de conhecimento formal. Foram analisadas 63 notificações de recém-nascidos, com 14 notificações confirmadas de toxoplasmose congênita, destes, 6 apresentaram alteração oftalmológica ou alguma outra complicação. **Conclusão:** O conjunto de dados apresentou lacunas com informações ausentes, os quais foram um desafio para a coleta e análise de dados, levantando a necessidade de releitura dos fluxos de trabalho.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Perfil Epidemiológico. Serviços de Vigilância Epidemiológica. Toxoplasmose Congênita.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of gestational and congenital toxoplasmosis in the municipality of Palmas. **Methods:** A cross-sectional, descriptive, retrospective study was carried out with a quantitative approach, comprising research for theoretical reference, collection and analysis of data available in eSUS, SINASC and notifications in SINAN, from the years 2018 to 2022. **Results:** 253 notifications of

pregnant women with toxoplasmosis, with 222 confirmed reports of gestational toxoplasmosis. The most affected age group was 21 to 25 years old, with 74 pregnant women. There were 28 pregnant women with completed higher education and 83 with completed secondary education, suggesting that zoonosis is not associated with a lack of formal knowledge. 63 notifications of newborns were analyzed, with 14 confirmed notifications of congenital toxoplasmosis, of which 6 presented ophthalmological changes or some other complication. **Conclusion:** The results raise the need for a reinterpretation of workflows, for better surveillance planning.

Keywords: Congenital toxoplasmosis. Epidemiological Profile. Epidemiological Surveillance Services. High Risk Pregnancy.

RESUMÉN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de la toxoplasmosis gestacional y congénita en el municipio de Palmas. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo, que comprendió investigación de referencia teórica, recolección y análisis de datos, de los años 2018 al 2022. **Resultados:** 253 notificaciones de gestantes con toxoplasmosis, con 222 reportes confirmados de toxoplasmosis gestacional. El grupo etario más afectado fue el de 21 a 25 años, con 74 mujeres embarazadas. Hubo 28 mujeres embarazadas con educación superior completa y 83 con educación secundaria completa, lo que sugiere que la zoonosis no está asociada con la falta de conocimiento formal. Se analizaron 63 notificaciones de recién nacidos, siendo 14 notificaciones confirmadas de toxoplasmosis congénita, de las cuales 6 presentaron cambios oftalmológicos o alguna otra complicación. **Conclusión:** Los

resultados plantean la necesidad de una reinterpretación de los flujos de trabajo para una mejor planificación de la vigilancia.

Palabras clave: Embarazo de Alto Riesgo. Perfil Epidemiológico. Servicios de Vigilancia Epidemiológica. Toxoplasmosis congénita.

Contribuições do estudo
Principais resultados Baixa correlação entre nível de escolaridade e toxoplasmose, sugerindo a não associação à falta de educação formal. Predomínio da toxoplasmose gestacional em mulheres entre 21-25 anos. Aumento nas notificações após a pandemia de COVID-19
Implicações para os serviços Reforça a necessidade de estratégias preventivas eficazes durante o pré-natal, especialmente em mulheres de 21-25 anos. Destaca a importância do acompanhamento adequado para minimizar complicações em recém-nascidos.
Perspectivas Necessidade de melhorias na coleta e validação de dados, considerando as limitações observadas. Destaca a importância contínua da vigilância epidemiológica para promover a saúde materno-infantil em contextos semelhantes.

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, é uma infecção com distribuição global, sendo especialmente prevalente em populações com vulnerabilidades socioeconômicas e limitado acesso ao saneamento básico (Souza, 2014). É uma doença infecciosa com preferência a regiões de clima quente e úmido, podendo ser intensificada através de hábitos alimentares (Varella et al., 2003).

O estudo epidemiológico é o responsável para entender as variações regionais e identificar o quadro de saúde das gestantes infectadas pelo protozoário da toxoplasmose (Mitsuka-Breganó; Lopes-Mori; Navarro, 2010).

O agravo é de notificação compulsória segundo a Portaria GM/MS Nº 420, de 2 de março de 2022. A NOTA TÉCNICA Nº 133/2022-CGZV/DEDT/SVSA/MS esclarece sobre as notificações, relatando que a toxoplasmose gestacional e congênita possuem limitações nas análises de dados, como o período para tabulação, que está disponível a partir de 2019. Além disso, a ficha de notificação/conclusão é muito restrita e não apresenta campos para análise de fatores ou dados de monitoramento, para acompanhar o comportamento da doença no país, reforçando a necessidade de uma ficha de notificação mais específica à doença (Brasil, 2022).

Os felinos são os principais reservatórios na cadeia de transmissão da zoonose, por serem os hospedeiros definitivos do *T. gondii,* eliminando cistos no solo através das fezes. Dessa forma, as principais formas de contágio é através da ingestão de água ou alimentos contaminados, carne crua ou malcozida, pelo manuseio da terra ou areia utilizada para higienização de gatos domésticos e via transplacentária (Silva et al., 2023).

O contágio via transplacentária ocorre em casos de primo-infecção, quando a gestante não possui alguma memória imunológica. A gravidade dessa contaminação vai depender

da idade gestacional, considerando que no início da gestação pode ter uma melhor resposta ao tratamento, porém, se não tratado, as consequências podem ser irreversíveis, devido ao feto estar passando pelo desenvolvimento ontogenético, além do risco de morte intrauterina (Moura et al, 2019). A partir do terceiro trimestre as lesões são neurológicas, oftalmológicas, auditivas e aborto.

A triagem é neonatal é um conjunto de ações preventivas para identificar a precocemente alguma anomalia ou doença no feto, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida ao recém-nascido (Moura et al., 2019). Entre essas ações está a identificação do *Toxoplasma gondii*, sendo um exame obrigatório pela Portaria GM/MS Nº 1.369, de 6 de junho de 2022, do Ministério da Saúde (Brasil, 2022).

Com o objetivo de identificar e impedir a transmissão da toxoplasmose gestacional para o feto, o diagnóstico da doença é realizado através da detecção do protozoário por meio de materiais coletados em soro ou saliva, para realização de exames sorológicos da gestante para a detecção de IgG (anticorpo de memória imunológica) e IgM (infecção aguda ou ativa) (Silva et al., 2023).

Os casos suspeitos precisam ser notificados no SINAN como doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério - CID-10 O98.6, Toxoplasmose congênita - P37.1 e Toxoplasmose - B58 (Brasil, 2022), e posteriormente, se for excluída a infecção aguda, deve ser descartado (Brasil, 2023).

A pesquisa dos anticorpos é para diagnóstico e definição do tratamento. Por ser uma doença assintomática, a prevenção deve ser orientada para toda gestante que realiza o pré-natal, que é a repetição da sorologia a cada três meses, no parto e duas a quatro semanas após o parto (Brasil, 2023).

Para a toxoplasmose congênita, o tratamento é indicado para crianças durante o primeiro ano de vida, independente do quadro clínico (Brasil, 2023). Quanto mais precoce o tratamento, maior as chances de reduzir as sequelas oculares, auditivas e neurológicas (Souza; Belfort Jr., 2014).

Este trabalho visa preencher uma lacuna na compreensão da toxoplasmose em Palmas, evidenciando a necessidade de aprimorar a assistência pré-natal para evitar novos casos de toxoplasmose congênita. O estudo busca, portanto, descrever o perfil epidemiológico da toxoplasmose gestacional e congênita no município entre 2018 e 2022, caracterizando gestantes e recém-nascidos notificados, além de identificar fatores relacionados à gestação e à ocorrência da toxoplasmose congênita.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, compreendendo pesquisa para referencial teórico, coleta e análise de dados disponíveis no eSUS (Sistema de Informação em Saúde para Notificação de Agravos), SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) e notificações no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), nos anos entre 2018 e 2022.

A população do estudo foi composta por gestantes com toxoplasmose, residentes em Palmas, cadastradas no eSUS e que foram acompanhadas durante seu pré-natal, em Palmas, Tocantins, nos anos de 2018 a 2022. A amostra foi composta por notificações para toxoplasmose gestacional e notificações com toxoplasmose congênita no SINAN.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2023. E a análise destes materiais aconteceu entre os meses de setembro a outubro do mesmo ano.

Os critérios de Inclusão, entre os anos de 2018 e 2022, foram: Notificações de gestantes residentes em Palmas, para toxoplasmose gestacional com critério de confirmação laboratorial e data de notificação; Notificações para toxoplasmose congênita em nascidos vivos residentes no município de Palmas; Notificações de recém-nascidos vivos, incluindo dados do pré-natal, mesmo sem diagnóstico prévio durante a gestação, nascidos no município de Palmas.

Os critérios de Exclusão foram: Notificações com desfecho indeterminado, ou ainda em investigação registradas no SINAN; Notificações de toxoplasmose gestacional/congênita de residentes em outros municípios; Pacientes notificados em período diferente do período de estudo (2018 a 2022); Casos de óbito fetal ou neonatal notificados sem confirmação laboratorial.

Fontes de coleta de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informações e notificações do SUS (e-SUS notifica); Planilha interna de monitoramento de casos confirmados da Coordenação Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Variáveis: Idade, sexo, escolaridade, raça/cor, idade gestacional, classificação final e sequelas.

A pesquisa somente foi realizada após sua apreciação e devida aprovação pela comissão de avaliação de projeto de pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), bem como pelo comitê de ética em pesquisa da mesma fundação, então realizou-se por meio da análise de dados secundários, para tanto foram solicitados aos responsáveis da Secretaria Municipal de saúde, a liberação dos bancos de dados do SINAN, SINASC e eSUS, via e-mail após prévio contato e após autorização e liberação pela FESP (Fundação Escola de Saúde Pública) para a coleta.

Os dados foram organizados por meio de tabelas e planilhas utilizando sistema operacional Microsoft Excel 2017, analisados por meio de estatística descritiva, calculadas taxas de incidência, prevalência e utilização de teste qui-quadrado para averiguar relação e significância entre a variáveis de interesse no estudo.

O projeto de pesquisa (PP) foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), via e-mail para análise, aprovado com número de parecer: 192, 2° Versão. Após apreciação e aprovação, o PP foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do CEP/FESP, que foi aprovado com o número do parecer: 6.088.499, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2013). O resultado da pesquisa está submetido por meio de artigo científico, disponível para as Secretarias Municipais de Saúde e para a FESP.

Quanto aos riscos da pesquisa, conforme Resolução 466/12 no seu inciso II-22 que define risco da pesquisa como a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente, destaca-se que os riscos e as medidas de precaução/prevenção para minimização destes decorrentes da participação nesta pesquisa se restringe ao acesso às informações pessoais dos pacientes notificados.

RESULTADOS

Durante a pesquisa, foram analisadas 253 notificações de gestantes com toxoplasmose, com um total de 222 notificações confirmadas para toxoplasmose gestacional. No que diz respeito aos recém-nascidos, foram analisadas 63 fichas de notificação de recém-

nascidos, com um total de 14 notificações de toxoplasmose congênita confirmada, no período compreendido entre os anos de 2018 e 2022.

Para a coleta de dados, realização dos cálculos e análise da evolução da toxoplasmose no intervalo de cinco anos, através da análise descritiva, encontramos a distribuição por idade, raça, escolaridade e a classificação final dos resultados dos testes laboratoriais.

As notificações analisadas foram de gestantes, sendo um total de 42 mulheres brancas, 20 negras, 35 amarelas e 146 pardas. A faixa etária mais afetada foi de 21 a 25 anos, com um total de 74 gestantes (33,18%), seguida por mulheres com idades entre 31 e 40 anos, totalizando 68 casos (21%). No que diz respeito à escolaridade, observou-se um número significativo de mulheres com ensino médio completo (83 casos), e 28 mulheres com educação superior completa, sugerindo que a contaminação por toxoplasmose não está associada à falta de educação ou conhecimento.

Quanto a quantidade de notificações que finalizaram o fluxo para confirmar a toxoplasmose gestacional foram de 80% no ano de 2018, 84% em 2019, 96% em 2020, 91% em 2021 e 78% em 2022. Com um aumento de notificações confirmadas em 2020 na época da pandemia e uma diminuição de casos em 2022, que também foi o ano com a maior quantidade de fichas de notificações com informações em branco (5%).

O número de recém-nascidos de gestantes com toxoplasmose gestacional que receberam acompanhamento após o nascimento, no intervalo de cinco anos, foi um total de 63. Entre esses, 14 testaram positivo (22,22%) e receberam os devidos cuidados e 6 (42,86%) recém-nascidos apresentaram alteração oftalmológica ou alguma outra complicação.

Ao analisar os dados, avaliamos hipóteses relacionadas à prevalência da toxoplasmose gestacional e congênita em Palmas. As hipóteses consideradas foram:

H1: As gestantes com toxoplasmose gestacional são acompanhadas durante o pré-natal.

H2: O tratamento para toxoplasmose gestacional é oportuno e adequado.

As gestantes com toxoplasmose gestacional recebem acompanhamento durante o pré-natal, apoiando a hipótese H1. O mesmo padrão é observado em relação à H2, sugerindo que, quando diagnosticadas, as gestantes com toxoplasmose gestacional recebem tratamento oportuno e adequado.

Após um levantamento de informações e pesquisas sobre o assunto, observou-se a escassez de informações acerca desse agravo no município de Palmas. Existe um protocolo nacional que orienta o diagnóstico, rastreio e tratamento, porém a existência de casos novos de toxoplasmose congênita indica uma falha no fluxo de trabalho na assistência das gestantes durante o acompanhamento pré-natal, sendo necessário entender o contexto desses casos e detectar as lacunas na assistência que favorecem a transmissão congênita.

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa revelam um aumento no número de infecções e nos resultados obtidos nos anos subsequentes à pandemia de COVID-19. Esse fenômeno pode ser atribuído principalmente à significativa melhoria no diagnóstico e na gestão de dados relacionados à saúde em tempos de pandemia.

Com avanços tecnológicos e aprimoramento das práticas médicas, houve uma detecção mais eficaz de casos de infecção, resultando em uma representação mais precisa da incidência real. Esses fatores combinados destacam a importância do progresso no campo da saúde, refletindo diretamente na qualidade e confiabilidade dos dados obtidos após o período pandêmico, destacando a significativa incidência de toxoplasmose gestacional e congênita em Palmas ao longo de cinco anos.

O perfil predominante das gestantes afetadas indicou uma distribuição expressiva entre diferentes grupos raciais e faixas etárias. A concentração mais elevada de casos em mulheres entre 21 e 25 anos sugere uma atenção especial a esse grupo etário durante as intervenções preventivas. A quantidade de gestantes que finalizaram o ensino médio enfatiza que a toxoplasmose não está associada à falta de educação formal.

A quantidade de gestantes positivas para a toxoplasmose gestacional, considerando o número de gestantes notificadas que realizaram o teste no pré-natal ressalta a urgência de estratégias preventivas eficazes. Este dado destaca a necessidade de um foco mais acentuado em medidas de conscientização e prevenção durante o pré-natal, visando reduzir a incidência e garantir um diagnóstico precoce.

Os resultados relacionados aos recém-nascidos de gestantes positivas para toxoplasmose gestacional revelaram uma proporção relativamente alta de complicações, com 6 casos apresentando alterações oftalmológicas ou outras complicações, de 14 recém-nascidos (42,86%) confirmados para toxoplasmose congênita. Isso sugere que o acompanhamento durante e após o parto pode estar inadequado, afetando na eficácia do acompanhamento, tratamento e consequências da toxoplasmose congênita.

A superação das hipóteses nulas relacionadas à baixa prevalência indica que as estratégias de monitoramento e intervenção estão ativas e têm impacto na gestão da toxoplasmose em Palmas. Porém, a alta taxa de recém-nascidos com complicações reflete na ineficácia das fichas de notificação-conclusão.

No âmbito deste estudo, é importante destacar a presença de uma limitação relacionada à integridade dos dados das planilhas geradas. O conjunto de dados apresentou lacunas notáveis, com informações ausentes em várias células da planilha. Os campos em branco são um desafio para a coleta e análise de dados.

Este cenário prejudicou a capacidade de realizar cálculos específicos. A ausência de dados críticos compromete a análise estatística planejada, impactando diretamente as conclusões relacionadas a caracterizar os recém-nascidos notificados para toxoplasmose congênita, identificar fatores relacionados à gestação e a ocorrência da toxoplasmose congênita. Essas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados deste estudo.

Como sugestão para a gestão de dados, recomenda-se a criação de uma ficha de investigação para os dois agravos no sistema de notificação municipal que já existe (notifica sus), ao invés do uso de planilhas paralelas para o acompanhamento dos casos notificados.

A ocorrência dessas lacunas pode ser atribuída à recusa das mães em permitir a realização de testes nos recém-nascidos, informações não divulgadas durante o preenchimento do questionário para a ficha de notificação, falha de comunicação efetiva entre os diferentes estágios da gestão de dados. Independentemente da origem dessas lacunas, é crucial reconhecer que os dados ficam comprometidos quando os fluxos não são executados de maneira adequada e com informações abrangentes.

Em síntese, embora este estudo enfrente desafios relacionados à integridade dos dados, suas informações podem orientar intervenções futuras. A contínua vigilância epidemiológica, aliada a melhorias nos processos de coleta e validação de dados, é fundamental para promover a saúde materno-infantil em Palmas e em contextos semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. **SOUZA, W.; BELFORT JR., R.** Toxoplasmose & *Toxoplasma gondii* . Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, 214 p. ISBN: 978-85-7541-571-9. https://doi.org/10.7476/9788575415719. Disponível em: https://books.scielo.org/id/p2r7v. Acesso em: 19 nov. 2022.
2. **VARELLA, IS et al.** Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. Artigos Originais J. Pediatr.(Rio J.) n79 v1, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jped/a/rbDXNSmrY3TVQq4ZsG5TnmJ/#. Acesso em: 15 fev. 2024.
3. **MITSUKA-BREGANÓ, R.; LOPES-MORI, FMR.; NAVARRO, IT,.** Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas. SciELO Books. Londrina: EDUEL, 62p., 2010. ISBN 978-85-7216-676-8. Acesso em: 15 fev. 2024.
4. **BRASIL.** Nota técnica nº 133/2022-CGZV/DEDT/SVSA/MS. Processo nº 25000.107131/2022-61, SEI nº 0030602864. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose/arquivos/nota-tecnica-no-1332022-cgzvdedtsvsams.pdf
5. **MOREIRA, LMO; ALVES, C.** Documento científico - Toxoplasmose Congênita. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal Erros Inatos do Metabolismo (SBTEIM), 2022. Disponível em: https://www.sbteim.org.br/uploads/ebook%20-%20toxoplasmose%20congenita%20v2.pdf. Acesso em 15 fev. 2024.

6. **SILVA, DL et al.** Diagnóstico da infecção pelo *Toxoplasma gondii* em gestantes de fronteira brasileira, Foz do Iguaçu. Artigo Original • Cad Saúde Colet. n31, v4, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/DhXBwYmfxLZcnLrb8zzgKQR/?lang=pt#. Acesso em 15 fev. 2024.
7. **MOURA, IPS et al.** Conhecimento e comportamento preventivo de gestantes sobre toxoplasmose no município de Imperatriz, Maranhão, Brasil. Ciência saúde coletiva. v(24), n(10), 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n10/3933-3946/. Acesso em 15 fev. 2024.
8. **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.** Vigilância da Toxoplasmose: Diagnóstico e Tratamento, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose. Acesso em: 03 nov. 2023.
9. **BRASIL. Conselho Nacional de Saúde.** Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 03 out. 2022.

TABELAS, QUADROS E FIGURAS

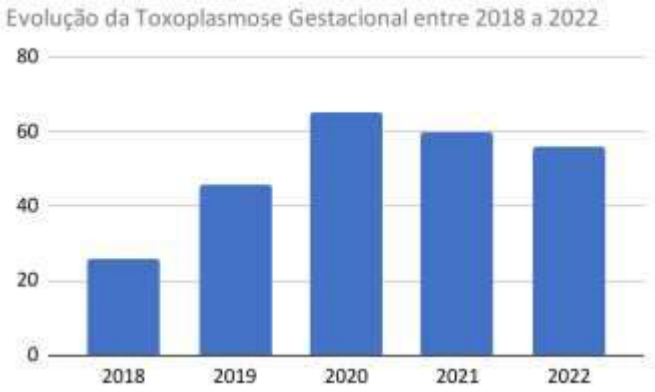


Figura 1: Evolução da toxoplasmose gestacional quanto ao número de gestantes que realizaram o teste, com comparativo entre os anos de 2018 a 2022. Dados disponibilizados pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no ano de 2023.

Evolução da Toxoplasmose Gestacional							Cálculos e medidas		
Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total	Média	Mediana	Desvio Padrão
	26	46	65	60	56	253	50.6	56	13.79
Idade									
14 a 20	6	6	20	18	10	60	12	10	5.93
21 a 25	7	17	16	19	15	74	14.8	16	4.12
26 a 30	6	11	13	11	6	47	9.4	11	2.87
>31	6	12	16	10	24	68	13.6	12	6.12
>41	0	0	0	2	1	3	0.6	0	0.80
Ign/Branco	1	0	0	0	0	1	0.2	0	0.40
Raça									
Ign/Branco	0	1	1	2	6	10	2	1	2.10
Branca	1	12	11	11	7	42	8.4	11	4.08
Preta	2	3	5	5	5	20	4	5	1.26
Amarela	0	8	9	9	9	35	7	9	3.52
Parda	23	22	39	33	29	146	29.2	29	6.34
Escolaridade									
Ign/Branco	6	13	21	12	14	66	13.2	13	4.79
Fundamental incompleto	0	3	5	4	1	13	2.6	3	1.85
Fundamental completo	2	0	7	6	1	16	3.2	2	2.79
Médio incompleto	4	5	8	8	4	29	5.8	5	1.83
Médio completo	10	14	15	19	25	83	16.6	15	5.08
Superior incompleto	2	6	4	2	4	18	3.6	4	1.50
Superior completo	2	5	5	9	7	28	5.6	5	2.33

Classificação final									
Descartado	5	7	2	3	9	26	5.2	5	2.56
Confirmado	21	39	63	55	44	222	44.4	44	14.39
Ign/Branco	0	0	0	2	3	5	1	0	1.26

Tabela 1: Evolução da toxoplasmose gestacional com dados disponibilizados pela Planilha interna de monitoramento de casos confirmados da Coordenação Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Dados coletados em setembro de 2023.

Evolução da Toxoplasmose Congênita							Cálculos e medidas		
Variáveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total	Média	Mediana	Desvio Padrão
	18	9	4	17	15	63	12.6	15	5.31
Sexo									
F	8	4	1	2	6	21	4.2	4	2.56
M	10	4	1	0	6	21	4.2	4	3.60
Ignorado	0	1	2	15	3	21	4.2	2	5.49
Sequelas									
Oftalmológica	3	1	0	0	1	5	1	1	1.10
Outras	1	0	0	0	0	1	0.2	0	0.40
Não tem	14	8	4	17	9	52	10.4	9	4.59
Classificação final									
Confirmado	8	3	0	2	1	14	2.8	2	2.79
Descartado	8	3	1	8	3	23	4.6	3	2.87
Ignorado	2	3	3	7	11	26	5.2	3	3.37

Tabela 2: Evolução da toxoplasmose congênita, com dados disponibilizados pela Planilha interna de monitoramento de casos confirmados da Coordenação Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Figura 2: Evolução da toxoplasmose congênita, com dados disponibilizados pelo SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) entre os anos de 2018 a 2022, apresentando a classificação final.

ANÁLISE DE RÓTULOS DE ALIMENTOS EM UMA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

ANALYSIS OF FOOD LABELS IN A HEALTH SURVEILLANCE IN THE NORTHERN REGION OF BRAZIL

Camilla Rodrigues Evangelista Silva (https://orcid.org/0000-0001-9463-030X)[1]

Silvana Marques Filgueiras Teixeira (https://orcid.org/0000-0001-7614-6610)[2]

1- Nutricionista, Residente em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Quadra Arso 151 (1503 Sul), Alameda16, Qi 46, Lote 48, 77025-449, camillaalves.nutri@gmail.com

2- Orientadora, Analista de Saúde/Inspetora Sanitária e Gerente no Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária da Vigilância Sanitária de Palmas-TO, 104 Norte Rua NE 03, Lote 09 - Plano Diretor Norte, Palmas - TO, 77006-018, silvanateixeira21.@gmail.com

Resumo

Os rótulos de alimentos têm a finalidade de informar os indivíduos sobre as propriedades do produto, são considerados essenciais para a promoção da alimentação saudável. Considerando a necessidade da observação das condições da rotulagem, o presente estudo teve como objetivo analisar os rótulos de alimentos protocolados em uma Vigilância Sanitária Municipal (VISA) anteriormente à comercialização. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa descritiva realizada a partir da coleta dos pareceres técnicos de análise de rótulos emitidos pela VISA de Palmas, Tocantins, Brasil. A análise foi realizada a partir de um roteiro de avaliação baseado nas principais normativas sobre rotulagem de alimentos com variáveis da rotulagem geral e nutricional, em seguida foram calculadas as frequências absolutas e relativas e apresentadas em tabelas. Dentre os 36 rótulos de alimentos analisados, 100% apresentaram inconformidades às legislações vigentes, 65,5% na denominação de venda, 47,7% na conservação, 37,1% na porção, 34,3% no tamanho e cor da letra da tabela nutricional. Foi possível observar alta prevalência de inconformidades, evidenciando a necessidade de educação em vigilância sanitária para a elaboração de rótulos e educação em saúde para maior participação social.

PALAVRAS-CHAVE: Rotulagem de Alimentos. Alimentação Saudável. Vigilância Sanitária.

ABSTRACT:

Food labels are intended to inform individuals about the properties of the product and are considered essential for promoting healthy eating. Considering the need to observe labeling conditions, the present study aimed to analyze food labels filed with a Municipal Health Surveillance (VISA) prior to commercialization. This is a study with a descriptive quantitative approach carried out from the collection of technical opinions on the analysis of labels issued by VISA in Palmas, Tocantins, Brazil. The analysis was carried out using an evaluation script based on the main regulations on food labeling with variables from general and nutritional labeling, then the absolute and relative frequencies were calculated and presented in tables. Among the 36 food labels analyzed, 100% presented non-compliance with current legislation, 65.5% in the sales denomination, 47.7% in conservation, 37.1% in the portion, 34.3% in the size and color of the letter of the nutritional table. It was possible to observe a high prevalence of non-conformities, highlighting the need for education in health surveillance for the elaboration of labels and health education for greater social participation.

KEYWORDS: Food Labeling. Healthy Diet. Dieta Saludable. Health Surveillance.

Introdução

A temática de rótulo de alimentos tem sido cada vez mais discutida nas três esferas de governo e nas suas respectivas políticas públicas de saúde como um dos componentes para a promoção da alimentação adequada e saudável e assim, melhoria da qualidade de vida. Os rótulos de alimentos são considerados ferramentas essenciais para o auxílio à autonomia alimentar e premissa em realizar escolhas alimentares mais saudáveis através da observação das informações nutricionais descritas[1].

A rotulagem é caracterizada como toda informação sobre a composição e origem do gênero alimentício, devendo ser disposta sob a embalagem do alimento, de todo produto que seja comercializado e embalado fora das vistas do consumidor[2]. A disponibilização de informações adequadas e compreensíveis sobre os aspectos nutricionais pode contribuir para a promoção da saúde, além de reduzir o risco de doenças relacionadas à alimentação e à nutrição[3].

Além disso, por meio da sua interpretação, os rótulos de alimentos contribuem para a efetivação da garantia de Segurança Alimentar e Nutricional, que consiste no direito de todos os indivíduos ao acesso regular e permanente a alimentos em quantidade suficiente e qualidade nutricional para manutenção da saúde, e também para garantia do direito à informação, como preconizado pelo Código do Consumidor[4].

A discussão sobre rótulos de alimentos é extremamente importante visto que o desenvolvimento econômico e tecnológico potencializou a produção de alimentos no mundo, o que tem causado a substituição de dietas ricas em alimentos de *in natura*, aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais, pelo consumo exagerado de produtos ultraprocessados, descritos como hipercalóricos, com baixo valor nutricional, excesso de açúcares, gorduras e sódio, o qual o consumo é frequentemente associado ao desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e outros agravos associados à má alimentação[3].

Logo, a disponibilização de informações adequadas e compreensíveis sobre os aspectos nutricionais pode contribuir para que a população possa realizar escolhas alimentares conscientes e exercer sua autonomia decisória por meio da compreensão dos malefícios dos ultraprocessados e diminuição do consumo destes, favorecendo a promoção de saúde e maior diversidade alimentar advinda de alimentos *in natura*[5,6].

Neste aspecto, países latino americanos contemplam melhorias no sistema de informação dos alimentos, e no Brasil, os alimentos ofertados e comercializados são regulamentados por leis, decretos, normas, portarias e políticas públicas para adequada elaboração da rotulagem geral e nutricional de alimentos, para correta descrição e composição de toda informação necessária à interpretação do indivíduo e coletividades[7].

Além disso, em 2020, foi proposto um novo modelo de introdução obrigatória, a Rotulagem Nutricional Frontal (RNF), em produtos ultraprocessados para aprimorar a visibilidade e legibilidade das informações descritas e assim facilitar a compreensão dos rótulos, tal ferramenta é recomendada internacionalmente para auxiliar o consumidor na interpretação das declarações de determinados nutrientes. Sua apresentação no Brasil se dá por meio de um símbolo de lupa indicando, quando o alimento apresentar, altas quantidades de açúcar adicionado, gordura saturada e sódio[8].

Nesse sentido, as indústrias de alimentos visam adequar-se às exigências quanto à rotulagem, mas irregularidades ainda podem ser observadas, sendo considerados por muitos de difícil leitura e compreensão das informações presentes, atribuída à utilização de linguagem técnica, abreviaturas, siglas e uso de letras de tamanho pouco legível[3]. Nesse cenário, 82% da população acima de 16 anos consideram as informações presentes em rótulos de difícil leitura, evidenciando a necessidade da promoção e aperfeiçoamento na confecção de rótulos e de uma prática eficiente no monitoramento e fiscalização dos mesmos[9].

Considerando a importância e a complexidade da rotulagem de alimentos para a

promoção e proteção à saúde coletiva e que por meio da sua interpretação é possível evitar inúmeras doenças relacionadas a alimentação inadequada, faz-se essencial a identificação de prioridades sobre a temática para o planejamento e gerenciamento de educação em saúde para empresas que comercializam alimentos, setor regulado, e também as autoridades fiscais, com o propósito de minimizar as inconformidades às legislações aos produtos sujeitos a rotulagem e considerando a necessidade do constante aperfeiçoamento das ações de controle sanitário[10].

Em Palmas-TO, todo rótulo confeccionado deve ser protocolado e encaminhado para a Vigilância Sanitária de Palmas que realiza a observação das condições de apresentação dos produtos no que se refere à embalagem e rotulagem e realiza a análise segundo as legislações vigentes. Após análise, a autoridade sanitária emite um parecer técnico informando se o rótulo apresentado atende às normas sanitárias vigentes e os erros encontrados descritos de forma discursiva para que a empresa realize as correções indicadas e o produto possa ser comercializado[11].

Tendo em vista a necessidade de conhecer os principais erros cometidos na elaboração dos rótulos, o objetivo do presente trabalho foi analisar os rótulos de alimentos protocolados na Vigilância Sanitária de Palmas, por meio dos pareceres técnicos de análise de rótulos de alimentos, anteriormente da correção e distribuição para comercialização.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa descritiva analítica realizada a partir da coleta documental dos pareceres técnicos de análise de rótulos emitidos pela Coordenação de Produtos e Serviços de Alimentos da Gerência de Vigilância Sanitária da Secretaria da Saúde de Palmas, Tocantins. O presente estudo foi aprovado na Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), com apreciação e análise do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). O estudo foi apresentado também para avaliação ética via Plataforma Brasil para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que comunicou formalmente que essa pesquisa estava dispensada dessa análise.

Foram analisados 36 pareceres de análise de rótulos obtidos por meio do relatório no Sistema Integrado de Gestão Prodata, sistema de tecnologia que atende o município, nos anos de 2020 a 2022, com exceção dos pareceres técnicos inelegíveis e os que não estavam registrados no Sistema.

A análise dos erros descritos nos pareceres técnicos foi realizada a partir de um instrumento de roteiro de avaliação, cujo conteúdo foi elaborado pela pesquisadora, baseado nas Resoluções de

Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de RDC n° 727 de 1 de julho de 2022 que dispõe sobre a rotulagem dos alimentos embalados, RDC n° 259 de 20 de setembro de 2002 que dispõe sobre rotulagem de alimentos embalados, RDC n° 429 de 8 de outubro de 2020, que dispõe sobre a rotulagem nutricional de alimentos embalados e Instrução Normativa (IN) n° 75, da ANVISA de 8 de outubro de 2020 que estabelece os requisitos técnicos para declaração da rotulagem nutricional nos alimentos embalados[3,7,12,13].

O roteiro de avaliação apresenta-se em duas categorias, rotulagem geral e informação nutricional. A categoria de rotulagem geral consistiu em 8 itens que abrangeram informações necessárias para a segurança higiênico-sanitária do alimento e direito à informação, sendo as variáveis: denominação de venda, conteúdo líquido, identificação de origem, nome do fabricante, identificação do lote, prazo de validade, conservação e tamanho da letra.

A categoria de informação nutricional foi composta por 18 itens que abrangeram informações necessárias para analisar a qualidade nutricional do produto comercializado, sendo as variáveis: porção, medida caseira, carboidratos, gorduras totais, gordura trans, gordura saturada, proteína, açúcar adicionado, sódio, micronutrientes, valor energético, percentual de valor diário, fibras alimentares, lista de ingredientes, alegações nutricionais, alergias alimentares, tamanho e cor da letra da tabela nutricional e rotulagem frontal.

Os itens de inconformidade descritos nos pareceres técnicos foram avaliados a partir do roteiro de avaliação em conforme (C), quando os rótulos atenderam às legislações, inconforme (I), quando o rótulo não atendeu a norma exigida e não se aplica (NA), quando o item não possui a obrigatoriedade de atender as legislações ou quando o item em questão abordou sobre uma legislação que não se encontrava em vigor no período que o rótulo foi protocolado.

A partir da avaliação dos pareceres técnicos de análise de rótulos organizados conforme as variáveis citadas no roteiro de avaliação construído, foram calculadas as frequências absolutas e relativas por meio do software Microsoft® Office Excel. Esses valores foram apresentados neste estudo por tabelas.

Resultados e discussão

Foram analisados 36 pareceres técnicos de rótulos de alimentos, os resultados obtidos estão registrados na Tabela 1, Tabela 2 e Tabela 3.

Foi observado que dentre os 36 rótulos de alimentos, 100% eram de produtos ultraprocessados, caracterizado pela lista de ingredientes e aditivos alimentares, entre eles,

suplementos alimentares, produtos de panificação congelados, pão de forma integral, pão de forma tradicional, salgados diversos congelados, produtos à base de queijo, sorvetes, açaí congelado e sucos industrializados.

Notou-se também que 100% dos rótulos protocolados na Vigilância Sanitária de Palmas apresentaram inconformidades às legislações vigentes, ou seja, todos os rótulos analisados pelas autoridades sanitárias nos anos do presente estudo fornecem alguma particularidade que não atendeu às normas sanitárias. Tal resultado pode ser atribuído à dificuldade de interpretação das inúmeras legislações existentes relacionadas à confecção de rótulos, visto que existem leis e normativas para diferentes particularidades de produtos alimentícios[14].

Foi observado que dentre os pareceres de rótulos analisados, 91,4% apontaram inconformidades na rotulagem geral e 48,6% na rotulagem nutricional, como demonstrado na tabela 1. Foi possível observar que a alta prevalência de inconformidades na confecção dos rótulos pode estar atribuída ao desconhecimento das normativas atualizadas pelo profissional que confecciona os rótulos. Isso revela a necessidade de formação e capacitação para estes profissionais exercerem tal prática.

Tabela 1. Análise de inconformidades de acordo com a categoria de rotulagem no município de Palmas-TO nos anos 2020 a 2022.

Rotulagem de alimentos	Quantidade de inconformidades (n)	%
Rotulagem Geral	32	91.4
Rotulagem nutricional	17	48.6

Legenda: n- número absoluto; %- frequência relativa.

Dentre as inconformidades observadas na rotulagem geral, 65,5% dos rótulos apresentaram erros às legislações na denominação de venda do produto (tabela 2), que se trata do nome específico e não genérico que indica a verdadeira natureza e as características do alimento[2].

É essencial que tal informação seja redigida de forma correta para que o indivíduo tenha compreensão da origem do produto que está consumindo, além de evitar erros de aquisição de produtos alimentares e reações alérgicas por consumo acidental. Ademais, a denominação de venda contribui para a proteção do direito à informação dos consumidores, uma vez que por meio da identificação do nome do produto, é estimulada a autonomia de tomada de decisões. De acordo com Andrade *et al*.[(15)], o consumidor quando corretamente informado, pode realizar melhores escolhas alimentares.

Foi possível observar que 47,7% dos rótulos apresentaram inconsistências às legislações em relação à conservação e 17,1% na descrição do prazo de validade conforme tabela 2, resultado semelhante ao estudo realizado por Gonçalves[16] que demonstrou que 21% das amostras de rótulos da pesquisa estavam fora dos padrões exigidos em relação ao requisito de "Conservação".

A alta prevalência de erros na declaração da conservação e data de validade encontradas na presente pesquisa pode contribuir para o armazenamento incorreto de alimentos e o desconhecimento do prazo de validade, e assim, perder a qualidade higiênico-sanitária dos mesmos, facilitando o desenvolvimento de Doenças Transmitidas por Alimentos.

Tabela 2. Análise de inconformidades da rotulagem geral no município de Palmas-TO nos anos 2020 a 2022.

Rotulagem Geral	Quantidade de inconformidades (n)	%
Denominação de Venda	23	65.7
Conteúdo líquido	22	62.8
Conservação	16	47.7
Prazo de Validade	6	17.1
Tamanho de letra	5	14.3
Identificação do Lote	1	2.8
Identificação de Origem	0	0
Nome do Fabricante	0	0

Legenda: n- número absoluto; %- frequência relativa.

Em relação à rotulagem nutricional, 37,1% apresentou inconformidade na descrição da porção (tabela 3). É importante que esteja seguindo o recomendado pelas normativas, que definem a porção correta a ser utilizada por categoria de alimento, para que os indivíduos tenham a autonomia de escolher o preconizado de acordo com suas necessidades nutricionais, considerando que os produtos ultraprocessados apresentam altas quantidades de nutrientes e valor energético por porção, que quando consumidos em porções excedentes são associados à inadequação do estado nutricional.

Ainda, foi possível observar que 22,8% dos rótulos apresentaram inconformidades em relação à medida caseira, como descrito na tabela 3. A declaração adequada da porção e medida caseira conforme o tipo de produto reflete na porcentagem do valor diário que quando incorreto pode ser subestimado e associado a porções extremamente pequenas que não evidenciam a

realidade da quantidade consumida e qualidade nutricional do produto[3].

Notou-se que 34,3% dos rótulos apresentaram erros às legislações relacionados ao tamanho e cor de letra da tabela nutricional (tabela 3), o que dificulta a leitura e interpretação das informações nutricionais. Tal resultado assemelha-se ao estudo realizado por Guimarães *et al.*[17] que identificou que as pessoas possuem dificuldade em aplicar a observação das informações nutricionais dos rótulos na rotina de sua alimentação, principalmente por não as compreender em sua totalidade. Em um de seus resultados reforçam a complexidade da compreensão devido ao tamanho pequeno da letra, o que demonstra nos 17,07% dos rótulos analisados em sua pesquisa[17].

Foi possível observar também que 11,4% das inconformidades observadas na rotulagem nutricional foram encontradas na lista de ingredientes (tabela 3). As irregularidades encontradas em relação à Lista de ingredientes são preocupantes, uma vez que os produtos ultraprocessados apresentam excesso de ingredientes nas suas formulações, com alta prevalência de aditivos, emulsificantes, corantes e pouca quantidade de alimentos in natura em sua composição que quando consumidos em excesso podem levar ao desenvolvimento de DCNT[3].

Tabela 3. Análise de inconformidades da informação nutricional no município de Palmas-TO nos anos 2020 a 2022.

Informação Nutricional	Quantidade de inconformidades (n)	%
Porção	13	37.1
Tamanho e Cor da Letra da Tabela Nutricional	12	34.3
Medida Caseira	8	22.8
Lista de Ingredientes	4	11.4
Carboidratos	3	8.6
Gorduras Totais	3	8.6
Gordura Trans	1	2.8
Gordura Saturada	3	8.6
Proteína	3	8.6
Açúcar adicionado	3	8.6
Sódio	3	8.6

Micronutrientes	3	8.6
Valor Energético	3	8.6
Percentual de Valor Diário	3	8.6
Fibras	3	8.6
Lista de Aditivos Alimentares	0	0
Alegações Nutricionais	2	5.7
Alergias Alimentares	0	0
Rotulagem Frontal	0	0

Legenda: n- número absoluto; %- frequência relativa.

Considerações finais

A partir do presente estudo, foi possível observar grande prevalência de inconsistências e inconformidades nos rótulos de alimentos confeccionados pelas indústrias alimentícias no que diz respeito ao seguimento das normativas, leis e resoluções que dispõe sobre a rotulagem de alimentos.

Os resultados evidenciam a necessidade de realização de educação em vigilância sanitária para os profissionais elaboram os rótulos, como qualificações e palestras visando contribuir para maior segurança das informações contidas na embalagem e assim, auxiliar o indivíduo em suas escolhas alimentares viabilizando o menor consumo de produtos ultraprocessados e adequado estado nutricional da população brasileira.

Além disso, o levantamento das inconformidades descritas no presente trabalho foi realizado a partir da análise de rótulos pelas autoridades sanitárias responsáveis. Considerando que a Vigilância Sanitária possui em seu organograma o Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária, faz-se necessário o levantamento e estudo de habilidades e atualizações do profissional que realiza a análise, bem como, a realização de capacitações periódicas sobre as legislações que regulamentam a adequada elaboração dos rótulos para o constante aperfeiçoamento das atividades de fiscalização.

O trabalho foi realizado a partir dos rótulos que são devolvidos para correção pelo profissional que elaborou para posterior comercialização nas indústrias de alimentos e distribuição em locais de venda. Dessa forma, é possível que os rótulos que não foram protocolados no órgão competente, seguiram ao consumidor de forma incorreta, prejudicando a

interpretação e dificultando melhores escolhas alimentares, sendo necessária a implementação de estratégias que visem a ampliação da atividade de análise de rótulos protocolados na Vigilância Sanitária, assim como, o monitoramento desses produtos em outras ações de fiscalização do órgão.

Faz-se necessário também a realização de educação em saúde voltada para população para fomentar a participação social como instrumento de construção da cidadania e desenvolvimento da autonomia na garantia do direito à informação adequada e clara nos rótulos de alimento para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional.

Verificou-se ainda, que o tema da pesquisa foi de extrema relevância considerando o levantamento das principais inconformidades encontradas na elaboração de rótulos de alimentos. Tais dados poderão auxiliar no planejamento de estratégias de gestão de Vigilância em Saúde a fim de ofertar possibilidades de intervenções e ações que auxiliem no estado de saúde do consumidor.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais Marilene e Matuzalém; aos meus irmãos Gabriella, João e Geovanna pelo profundo apoio e compreensão e por sempre desejarem o melhor para mim. Ao meu esposo Matheus pelo imenso apoio e dedicação, sem sua ajuda teria sido impossível finalizar esta pesquisa. A minhas amigas da residência que me ensinaram muito e que não pouparam esforços para estarem ao meu lado. Minha gratidão especial a Me. Silvana Marques Filgueiras Teixeira, minha orientadora e, sobretudo, uma querida grande amiga, pela pessoa e profissional que é, pelo compartilhamento de experiências e ensinamentos. Obrigada por sempre acreditar e depositar sua confiança em mim e pela sua dedicação.

Referências

1. Landim APM, Bernardo CO, Martins IBA, Franscisco MR, Santos MB, Melo NR. Sustentabilidade quanto às embalagens de alimentos no Brasil. Revista Polímeros: Ciência e Tecnologia. 2016; 26, p. 82-92.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC - n° 727 de 1° de julho de 2022. Dispõe sobre a rotulagem dos alimentos embalados. Diário Oficial da União 2022; 05 fev.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. – Brasília, 2014; 10 set.

4. Costa ALM, Barreto B, Bevilacqua S, Junior, EVM. Rotulagem, Segurança Alimentar e Nutricional e Políticas Públicas: uma análise bibliométrica. Goiânia (GO): Revista Gestão & Políticas Públicas. 2020; 10(2): 224-244.
5. Harrison S, Couture P, Lamarche. Diet Quality, Saturated Fat and Metabolic Syndrome. Review Nutrients. 2020; 12 (11) 3232. Disponível em: https://doi.org/10.3390/nu12113232
6. Figueiredo AVA, Recine E. A regulação de produtos alimentícios ultraprocessados: o desafio de governar o mercado. Caderno de Saúde Pública; 2021; 37:e00207220. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00207220
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC - n° 259 de 20 de setembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico sobre Rotulagem de Alimentos Embalados. Diário Oficial da União 2002; 20 mar.
8. Bandeira LM, Pedroso J, Toral N, Gubert MB. Performance and perception on front-of-package nutritional labeling models in Brazil.Brasília (DF): Revista de Saúde Pública. 2021;55:19. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002395
9. Nascimento C, Raupp SMM, Townsend RT, Balsan GA, Minossi V. Conhecimento de consumidores idosos sobre rotulagem de alimentos. Journal of Epidemiology and Infection Control. 2013; 3 (4): p.144-147.
10. Figueiredo AVA, Recine E, Monteiro R. Regulação dos riscos dos alimentos: as tensões da Vigilância Sanitária no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(7):2353–66. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.25952015
11. Palmas. Lei nº 1.840, de 29 de dezembro de 2011. Institui o Código Sanitário do Município de Palmas e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011 Dez 29 (seção 1): 18-29.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC - n° 429 de 8 de outubro de 2020. Dispõe sobre rotulagem nutricional de alimentos embalados. Diário Oficial da União 2020b; 28 mar.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa N° 75, de 8 de outubro de 2020. Estabelece Requisitos Técnicos para a Declaração da Rotulagem Nutricional nos Alimentos Embalados. Diário Oficial da União 2020a; 26 abr.
14. Rubio, I. G. Rotulagem nutricional de alimentos: importância e um novo olhar frente à nova legislação. Fortaleza, CE. [tese]. Universidade Federal do Ceará; 2022. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/67564.
15. Andrade AAS, Vieira SM, Rosa R. Hábito de Leitura e Compreensão dos Rótulos dos Alimentos por Consumidores. In: Evangelista-Barreto NS, Cordeiro CAM. Ciência e Tecnologia de Alimentos: O Avanço da Ciência no Brasil. Guarujá (SP): Editora

Cientifica Digital; 2023. p. 251-261.

16. Gonçalves IS. Análise de rótulos de pães e biscoitos produzidos por pequenas e médias indústrias das regiões do Recôncavo e Sudoeste da Bahia e comercializados em Cruz das Almas – BA. Salvador, BA [dissertação]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/16234.
17. Guimarães, MMR, Wanderley LB, Benizio EEC. Análise de Conformidade da Rotulagem de Alimentos Lácteos Intitulados Diet E Light. Recife, PE [dissertação]. Faculdade Pernambucana de Saúde; 2021. Disponível em: http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/1096.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OCUPACIONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS EM PALMAS TOCANTINS: ANÁLISE À LUZ DA METODOLOGIA SWOT (FOFA).

ORGANIZATION AND STRUCTURING OF OCCUPATIONAL HEALTH AND WORKER HEALTH SERVICES IN THE SUS IN PALMAS TOCANTINS: ANALYSIS IN THE LIGHT OF THE SWOT METHODOLOGY (FOFA).

ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL Y SALUD DEL TRABAJADOR EN EL SUS EN PALMAS TOCANTINS: ANÁLISIS A LA LUZ DE LA METODOLOGÍA SWOT (FOFA).

Creuziane Cutrim Garcia:

Psicóloga Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva - FESP/ULBRA. E-mail: creuzianegarcia@gmail.com | Orcid.org/0009-0009-0416-4647

Betania Moreira Cangussu Fonseca:

Fonoaudióloga, Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - FESP/ULBRA, Gerente do CEREST Municipal de Palmas. E-mail: betaniacangussu2@gmail.com | Orcid.org/0000-0002-1273-0794

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

Como citar este artigo:

GARCIA, C. C..; FONSECA, B. C..Organização e estruturação dos serviços de saúde ocupacional e saúde do trabalhador no SUS em Palmas Tocantins: análise à luz da metodologia SWOT(FOFA). Palmas, v. 4, n. 1, p. 1-21, 2024.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

RESUMO:

Falar em Saúde do Trabalhador significa se envolver nas discussões em curso sobre Saúde Pública, Coletiva, prática multiprofissional e abranger temas amplos e diversificados. O presente estudo teve por objetivo contribuir com a articulação intrasetorial e organização dos serviços de saúde ocupacional e saúde do trabalhador nas secretarias de saúde no SUS, existentes no território do município de Palmas – TO. Trata-se de uma pesquisa de campo participante com estudo avaliativo de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio de oficinas com as equipes envolvidas e a análise dos dados por meio da análise de conteúdo. Os resultados encontrados fazem menção ao desconhecimento do trabalho do outro. Além da complexidade de acessar os recursos para o bom desempenho das ações e serviços. Verificou-se dificuldade na vinculação dos serviços e essas agruras mostram-se evidentes nas falas explicitadas. Fazer este processo convidando os atores envolvidos e discutindo com os servidores mostrou-se um caminho inclusivo, empoderador e que compromete seus atores com a transformação esperada, colocando ainda as sugestões dos participantes de que essas reuniões poderiam ter uma melhor periodicidade para que nesse processo aprendessem e conhecessem os trabalhos uns dos outros e que a partir disso haja aprendizado.

Palavras chave: Saúde Ocupacional; Saúde do Trabalhador; Planejamento de trabalho;

ABSTRACT:

Talking about Occupational Health means engaging in ongoing discussions about Public Health, Collective Health, multiprofessional practice, and encompassing broad and diversified topics. This study aimed to contribute to the intrasectoral articulation and organization of occupational health services within the municipal health secretariats in the Unified Health System (SUS), existing in the territory of Palmas – TO municipality. It is a participatory field research with an evaluative study of qualitative approach, whose data collection was carried out through workshops with the involved teams and data analysis through content analysis. The results found mention the lack of knowledge about each other's work. In addition to the complexity of accessing resources for the proper performance of actions and services. Difficulty in linking services was observed, and these hardships are evident in the expressed speeches. Engaging in this process by inviting involved actors and discussing with the

staff proved to be an inclusive, empowering path that commits its actors to the expected transformation, also incorporating suggestions from participants that these meetings could have a better frequency so that in this process they could learn and get to know each other's work, fostering learning from it.

Keywords: Occupational Health; Worker Health; Work Planning.

RESUMEN:

Hablar sobre Salud Laboral implica participar en las discusiones en curso sobre Salud Pública, Colectiva, práctica multiprofesional y abordar temas amplios y diversificados. El presente estudio tuvo como objetivo contribuir a la articulación intra-sectorial y organización de los servicios de salud ocupacional y salud laboral en las secretarías de salud en el SUS, existentes en el territorio del municipio de Palmas – TO. Se trata de una investigación de campo participativa con un estudio evaluativo de enfoque cualitativo, cuya recolección de datos se llevó a cabo a través de talleres con los equipos involucrados y el análisis de datos mediante análisis de contenido. Los resultados encontrados hacen mención al desconocimiento del trabajo del otro. Además de la complejidad de acceder a los recursos para el buen desempeño de las acciones y servicios. Se observaron dificultades en la vinculación de los servicios y estas dificultades se evidencian en los discursos expresados. Realizar este proceso invitando a los actores involucrados y discutiendo con los servidores demostró ser un camino inclusivo, capacitador y que compromete a sus actores con la transformación esperada, incorporando además sugerencias de los participantes de que estas reuniones podrían tener una mejor periodicidad para que en este proceso aprendieran y conocieran los trabajos unos de otros y a partir de ello se diera aprendizaje.

Palabras clave: Salud Ocupacional; Salud del Trabajador; Planificación del trabajo.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

INTRODUÇÃO

Aspectos concernentes à saúde e trabalho têm sua evolução histórica pautada no movimento de instituições políticas e econômicas na busca de pactuações que possam garantir direitos à classe trabalhadora. Essa evolução perpassa pela história da Medicina do Trabalho que surge enquanto especialidade médica a partir de 1830 na Inglaterra com a Revolução Francesa, nesta época, toda a responsabilidade pela prevenção dos riscos de trabalho seria tarefa médica, sendo este atendimento centrado na doença (Mendes; Dias;1991).

Como este modo de intervenção mostrou-se ineficaz, surge a "Saúde Ocupacional", que teve como principal estratégia a intervenção nos locais de trabalho por meio da atuação multiprofissional com a finalidade de controlar os riscos ambientais. Contudo, a partir do final dos anos 60, em meio a um intenso processo mundial de mudanças sociais que questiona os modelos de trabalho, surgem críticas ao modelo de Saúde Ocupacional (médico centrado), e uma nova forma de tratar as questões trabalhistas, alicerçada no reconhecimento do exercício de direitos fundamentais dos trabalhadores começa a ser construída, a Saúde do Trabalhador (Mendes; Dias;1991).

Portanto, falar em Saúde do Trabalhador significa se envolver nas discussões em curso sobre Saúde Pública, Saúde Coletiva, equipe multiprofissional e abranger temas amplos e diversificados que se configuram como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos (Minayo, Gomez C. et al, 2018).

De acordo com o que fomenta Rohm e Lopes (2015) podemos entender que o trabalho é uma condição fundamental na existência humana. Por meio dele, o homem se relaciona com a natureza, constrói sua realidade, inserindo-se em contextos grupais e atuando em papéis. Por viabilizar a relação dos indivíduos com o meio em um dado contexto, o trabalho expressa-se como incessante fonte de construção de subjetividade, produzindo significado da existência e do sentido de vida, sendo assim, o trabalho e as relações desenvolvidas a partir dele se constituem enquanto pilar da sociedade.

Traçando uma linha histórica recente do trabalho no Brasil, com o intuito de assegurar a prevenção da segurança e saúde de trabalhadores em atividades laborais e segmentos econômicos específicos, a partir do ano de 1978 foram criadas pelo Ministério do Trabalho e Previdência, as Normas Regulamentadoras (NRs) e estas são disposições complementares ao Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho) do Título II

da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977.

Minayo, Gomez C. et al (2018) evidenciam que nos primeiros programas, anteriores ao advento do SUS, prevaleciam a dimensão assistencial. O foco principal dessas estratégias era diagnosticar, orientar e acompanhar as patologias decorrentes do trabalho com a perspectiva de criar condições para que a rede pública viesse a se constituir em instância efetiva para assistência à saúde dos trabalhadores.

Uma mudança relevante nesse cenário vem a ocorrer com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, quando este apontava que o trabalho em condições dignas são pré-requisitos para o pleno exercício do acesso à saúde, direito que figura como universal na Constituição Federal de 1988. A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) incorpora a proposta de que o SUS deve englobar ações e órgãos de Saúde do Trabalhador, na perspectiva da saúde como direito.

A partir disso, entendendo a complexidade da temática e o quão caro esse aspecto é para sociedade, o Ministério da saúde, através da Portaria n° 1.679/2002 cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (a) (RENAST), com o objetivo de estruturar e proteger a saúde dos trabalhadores. Esta rede foi estruturada e fortalecida pelo Ministério da Saúde com a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST municipais, estaduais e regionais, através da Portaria Ministerial nº 2.437/2005.

Dentre as principais atribuições, de acordo com a Resolução nº 603, de 8 de novembro de 2018, está a de dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho. A RENAST, incluindo o CEREST, não pode assumir atividades caracterizadas como de Saúde Ocupacional, como exames clínicos pré-admissionais, periódicos e demissionais, exames complementares para fins ocupacionais, dentre outros.

A Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005 em seu inciso 5º, afirma que: “os CEREST não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT ou similar, tanto do setor público quanto do privado”. Evidencia ainda o papel do CEREST enquanto polo irradiador da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

É atribuição do SUS/CEREST realizar a avaliação dos programas de saúde do trabalhador nas empresas, sendo isto posto na Lei Orgânica da Saúde 8080/1990 “que

fala acerca da participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas.”

Dessa forma, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) em seu Art. 6º§ 3º VI, não cabe aos CEREST realizar atividades de Medicina do Trabalho ou Saúde Ocupacional, como homologar atestados e emitir laudos de insalubridade e periculosidade. Os CEREST devem atuar como fiscais para que esses serviços cumpram as normas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores.

Nesse sentido e sabendo da necessidade legal de existência do serviço de saúde ocupacional nas empresas públicas e privadas (NR 01), verifica-se que as Secretarias de Saúde do Estado do Tocantins e do Município de Palmas têm buscado se organizar a fim de ofertar o serviço em questão.

A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES - TO) instituiu, através do Decreto 4.210 de 16 de Dezembro de 2010, o Núcleo de Atenção à Segurança e Saúde do Trabalhador (NASST), articulando-se aos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH–SUS) e às Normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho. Formula-se em 2017 um Grupo de Assessoramento Técnico, Portaria SES/GABSEC Nº100 de 07 de Fevereiro de 2017, formado por profissionais especializados na área de saúde e segurança, onde foram elaborados instrumentos e registros que deverão ser implantados em todos os estabelecimentos de saúde da SES-TO.

Criado no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde Pública, atua em um conjunto permanente de ações, medidas e programas, previstos em normas e regulamentos, além daquelas desenvolvidas por livre iniciativa do estabelecimento, tendo como objetivo a prevenção de acidentes e doenças, de modo a tornar compatível o trabalho com a preservação da vida, a promoção da saúde do trabalhador e do meio ambiente, garantindo um nível mais eficaz de segurança e saúde a todos os trabalhadores (Secretaria da Saúde do Tocantins, 2017).

Na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, existe uma equipe lotada no setor de Gestão de Pessoas responsável pelas atribuições de SESMT da mesma, denominado Gerenciamento de Riscos Operacionais (GRO). Não foi identificado a nível municipal a portaria que trata da implantação deste serviço, mas foi encontrada uma Portaria de Nº 829/SEMUS/GAB/ASSEX/GGPFP que aborda o cargo de coordenador técnico do serviço, datado de 29 de outubro de 2021.

Buscando entender como esses serviços estão funcionando atualmente e a articulação dos mesmos com o CEREST Municipal de Palmas, esse estudo tem como objetivo contribuir com a articulação intrasetorial e organização dos serviços de saúde

ocupacional e saúde do trabalhador nas Secretarias de Saúde no SUS, existentes no território do município de Palmas – TO.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo avaliativo, qualitativo, de caráter participante. Realizou-se após aprovação da Comissão de Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gismar Gomes (ETSUS) e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). A coleta de dados foi elaborada por meio de oficinas com as equipes NASST, dos CEREST (Municipal e Estadual) e GRO. As amostras foram definidas por representatividade das equipes, de forma que possibilitou o conhecimento e a interpretação do objeto de estudo em seus diversos olhares e níveis de complexidade. Foi realizado o reconhecimento do serviço, onde a pesquisadora entrou em contato com as coordenações, apresentando o estudo e a aprovação do CEP e combinado dia e horário de forma a não trazer prejuízos para o serviço. A base para o planejamento e execução das oficinas foram as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, técnica de coleta de dados pautadas na metodologia da problematização, que de acordo com Berbel (1998) realiza-se em 5 etapas: a observação da realidade, a definição de pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e por último aplicação à realidade. Utilizou da metodologia SWOT (FOFA: Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) que de acordo com ANDRADE; AMBONI, 2010, esse instrumento, muito utilizado no campo do planejamento e gestão, facilita a sistematização e a visualização dos pontos fortes (Fortalezas e Oportunidades) e das fragilidades (Fraquezas e Ameaças) dos setores trabalhados, permitindo a avaliação de sua estrutura, desempenhos e/ou contextos, uma vez que distingue o que é próprio (Fortalezas e Fraquezas), sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (Oportunidades e Ameaças), cujas características e particularidades precisam ser reconhecidas. Foram convidados a participar da pesquisa profissionais de saúde que atuam há mais de seis meses nos CEREST ou nos serviços de saúde ocupacional a nível de Secretaria Municipal de Palmas - TO (GRO) e da SES-TO (NASST), localizados no município de Palmas - TO. e o critério de exclusão adotado foi: profissionais convidados que estiveram ausentes durante o período de realização da oficina. Os participantes foram indicados pela sua equipe. Desta forma, participaram das duas oficinas 14 servidores. Quatro representando os NASST (LACEN, SESAU, HEMOCENTRO, DONA REGINA e HGP), quatro do GRO, três do CEREST Municipal e dois do CEREST Estadual. Os encontros tiveram duração

total de 3h30. Ocorreu em ambiente protegido de ruídos e com boa acústica. Buscou-se garantir um espaço de plena participação, aberto a debates, reflexão, ação, propostas e construção coletiva de conhecimento, de maneira participativa e questionadora, baseada na realidade de situações, fatos e histórias vividas. Foi gravado para posterior transcrição e análise dos dados respeitando o sigilo e a ética. A primeira oficina que foi realizada no dia 03 de outubro de 2023 iniciou-se com a entrega do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), sendo distribuídas uma cópia para cada participante e feita leitura e explicação em conjunto sobre a proposta do trabalho e o papel dos participantes na pesquisa. Houve uma divisão em três grupos menores, organizados da seguinte forma: CEREST (estadual e municipal), GRO e NASST. Foram entregues a estes 4 folhas pequenas para elencar as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças das temáticas escolhidas que serão apresentadas abaixo. Já a segunda oficina foi realizada no dia 11 de outubro de 2023, dando continuidade ao encontro anterior e obedeceu a seguinte ordem: 1º) apresentação do quadrante da matriz FOFA elencadas na oficina anterior, 2º) organização em pequenos grupos (CEREST Municipal e Estadual, NASST e GRO), 3º) pensar a FOFA da relação intrasetorial dos serviços, 4º) após montar o quadrante pensar nas estratégias. No item 3 o CEREST Estadual teve como atribuição pensar na relação com o CEREST Municipal e com o NASST. O CEREST Municipal analisou a relação com o CEREST Estadual, NASST e GRO. O GRO refletiu sobre a relação com o CEREST Municipal. O NASST pensou na relação com o CEREST Municipal e CEREST Estadual. Não existe relação direta entre o CEREST Estadual e o GRO, por ser este último um serviço de nível municipal, que se reporta inicialmente ao CEREST Municipal de Palmas. Também não há vínculo direto entre o GRO e o NASST por serem serviços de saúde ocupacional, cada um direcionado a sua abrangência e ao seu público alvo específico, que são os servidores públicos da saúde a nível municipal e estadual respectivamente. O CEREST municipal de Palmas possui relação intrasetorial direta com todos os sujeitos do estudo, por ser responsável pela implementação da PNSTT no território do município de Palmas. A análise dos dados foi feita através do método de análise do conteúdo (Minayo, 2001). Para tanto foram utilizadas as etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação. As categorias de análise foram classificadas e sistematizadas, desmembrando e agrupando as propostas, de acordo com os tópicos e questões abordadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados se referem às categorias: prevenção de agravos, atividades de vigilância, educação em saúde, notificação e registro das atividades no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Abordam também a relação entre os pequenos grupos de cada área técnica (1ª oficina) e a relação intrassetorial (2ª oficina). Essas são as temáticas mais predominantes nos processos de trabalho dos grupos em questão. Devido a similaridade dos resultados identificados nas falas das equipes do CEREST Municipal de Palmas e CEREST Estadual do Tocantins, os itens pautados por estes serão apresentados de forma integrada.

1) Prevenção de agravos

Forças: O CEREST elencou medidas de Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT), atividades de apoio matricial e educação permanente às equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dentre elas os serviços de saúde ocupacional, parcerias com órgãos intersetoriais como Ministério Público do Trabalho (MPT). O NASST destacou atividades de educação em saúde para os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde. O GRO citou atividades como o dia D com a equipe multidisciplinar com o objetivo de orientações sobre a saúde, panfletos educativos, vacinas e prevenção de doenças.

A Vigilância da Situação de Saúde dos Trabalhadores é descrito pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) como um processo que propicia conhecer o perfil de saúde-doença dos trabalhadores e consequentemente entender os fatores que o ocasionam a fim de intervir e avaliar os seus impactos. A educação permanente em saúde do trabalhador é ofertada para a RAS com o intuito de identificar as necessidades de aprendizagem e contribuir para incorporação dos processos formativos em saúde do trabalhador. (Falkenberg et al, 2014). O apoio matricial contribui para a troca de saberes e de práticas na rotina do serviço possibilitando a construção de novas experiências e aprendizados para os profissionais envolvidos (Brasil. Ministério da Saúde, 2010).

O estudo "A atuação do Estado e Saúde do trabalhador" (VILELA et al, 2013) reflete a importância da atuação do MPT em parceria com os CEREST em defesa da saúde e integridade dos trabalhadores.

Oportunidades: O CEREST considerou a PNSTT e os Sistemas de informação em Saúde, como o SINAN e o NOTIFICASUS. O NASST elencou trazer a auto-responsabilização no envolvimento e processo de trabalho. O GRO o acesso ao

site da prefeitura municipal de Palmas onde se encontra os documentos, tais como o do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

A PNSTT (Brasil, 2012) visa a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. O SINAN objetiva coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

O NotificaSUS é um Sistema de Informação Online próprio do Município de Palmas e permite aos profissionais de saúde notificarem casos de diversos agravos de notificação compulsória. Permite aos profissionais da vigilância epidemiológica terem acesso às notificações assim que elas são enviadas, trazendo agilidade e praticidade ao processo de notificação, dispensando o uso de fichas de papel. Após o registro dessas informações, elas passam por uma qualificação e são digitadas no SINAN pela equipe do CEREST.

O PCMSO trata-se da parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais normas regulamentadoras.

Fraquezas: Os CEREST apontou para a subnotificação dos agravos e má qualificação no preenchimento das fichas de notificação no SINAN. Descumprimento das legislações trabalhistas por parte dos empregadores, quantitativo insuficiente de profissionais e falta do poder de polícia como elementos que fragilizam uma boa prevenção aos agravos. O NASST relatou a falta de entendimento da gestão quanto a importância do trabalho de prevenção, priorizando assim resolver os problemas já instalados. O GRO abordou a dificuldade de acesso aos servidores devido a limitação de transporte, o desinteresse destes em receber orientações sobre o trabalho, complexidade de reunir as equipes para serem orientadas e capacitadas.

Dias et al. destacam que a subnotificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, nos sistemas de informação do SUS, dificultam a visibilidade social dos problemas e sua inserção nas agendas técnica e política dos gestores e conselhos de saúde.

Ameaças: Os CEREST consideraram as mudanças de gestão, rotatividade do quadro de funcionários tanto do CEREST quanto da RAS, falta de continuidade dos processos e a sobrecarga de trabalho, sendo evidenciada pela falta de Recursos Humanos (RH)

na rede. O NASST enfatizou questões de organização e condições de trabalho. O GRO elencou a falta de insumos.

Observa-se que todos eles, conforme a competência de cada serviço, buscou realizar atividades que visem a redução dos agravos e para isso têm enfrentado alguns desafios apresentados e estratégias para superá-las. Os autores Filho et al. 2018 abordam a prevenção de agravos relacionados à saúde do trabalhador de modo a corroborar com o que os grupos de trabalho elucidaram, elencando ainda a relevância de compreender as atividades de trabalho e seus determinantes, tanto os proximais, ou seja, físico, químico ou biológico, quanto os associados (fatores não físicos), sendo estes determinantes lidos como um processo permanente e não um risco eventual ou provável. Desta forma, a prevenção de agravos deve atentar-se à leitura do ambiente como um todo, não atuando somente no problema, mas na causa em toda a sua conjuntura.

2) Atividades de vigilância:

Forças: O CEREST apontou a notificação de agravos, recebimento de denúncias, a utilização dos sistemas de informação em saúde, legislação trabalhista e o conhecimento do território. O NASST o fortalecimento e continuidade nas ações de promoção e prevenção. O GRO destacou a importância da organização de equipe em relação a manter todos os programas a serem executados.

Oportunidades: Os CEREST consideraram os problemas que existem nas Unidades de Saúde da Família (USF) como possibilidade de contribuir da melhor maneira possível, além das orientações técnicas e aplicações de programas. O NASST elencou a identificação e o planejamento das ações para a mudança de diagnósticos situacionais. O GRO apontou as melhorias nos ambientes de trabalho, além do recebimento das denúncias.

Fraquezas: Os CEREST consideraram a subnotificação, e as faltas de: poder de polícia, integração com a Vigilância Sanitária, de estrutura (predial, de mobiliários e equipamentos), bem como, a equipe reduzida. O NASST aponta a falta de adesão dos trabalhadores no envolvimento dos processos. O GRO aponta a dificuldade de transporte e a ausência de espaço físico para para desenvolvimento de seu trabalho nas USF e UPAS.

Ameaças: Os CEREST apontaram a dificuldade de integração com a assistência, descumprimento de orientações realizadas pela equipe, carência de continuidade dos processos, influências externas (política, empresarial). O NASST relatou a pouca inserção do trabalhador no processo de vigilância. O GRO afirmou que a dificuldade

3) Educação em saúde

Forças: Os CEREST trouxeram a sensibilização das equipes por meio de apoio matricial, capacitações, melhoria da articulação intersetorial, empoderamento das equipes, fortalecimento do cumprimento das normas e processos de trabalho. O NASST considerou a importância de tornar o trabalhador proativo no processo saúde-doença, trazendo à luz a relevância dos profissionais entenderem o sistema como um todo, empoderando-se do conhecimento. O GRO descreveu a convocação de servidores/coordenadores para conhecimento dos riscos ocupacionais no seu ambiente de trabalho, atualização do PCMSO e visitas mensais para sanar dúvidas e orientar sobre os resíduos.

Oportunidades: Os CEREST elencaram a capacitação das equipes, qualificação do processo de trabalho, empoderamento das equipes e publicidade das ações em saúde do trabalhador, estes aspectos se estendem às equipes dos CEREST e da RAS. O NASST considerou a cultura de promoção e prevenção de saúde. O GRO o apoio da gestão para conscientizar os servidores;

Fraquezas: O CEREST considera a falta de adesão de parte da equipe da RAS, de uma estrutura favorável ao processo e de estímulo de algumas gestões. O NASST identifica uma cultura assistencialista e dessa forma as ações de educação em saúde seriam vistas como menos importantes que prestar atendimentos individuais às pessoas. O GRO comenta a dificuldade em obter sucesso na convocação e participação dos servidores pois, relatam que muitas vezes se deslocam do prédio da Vigilância Sanitária Municipal e não conseguem abranger nem o equivalente a 50% do que deveriam, tanto nas ações de assistência como nas ações de educação em saúde.

Esse aspecto levantado corrobora com o que Falkenberg et al. (2014) traz quando fala que as práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

Ameaças: Os CEREST descrevem a falta de adesão, de apoio das chefias na assistência, de infraestrutura, de continuidade dos processos e alta rotatividade de servidores. O NASST considera a cultura assistencialista e o GRO elenca a falta de apoio e interesse dos servidores/coordenadores;

4) Notificação epidemiológica

Forças: O CEREST relata a visibilidade aos agravos, direcionamento das políticas públicas e a prevenção (ações de promoção e prevenção), apontando como condição

imprescindível para que isso ocorra as notificações como fortes aliadas. O NASST traz o valor do diagnóstico situacional para nortear a tomada de decisão, enfatizando as notificações como forças para o desenvolvimento dos locais de trabalho, sendo elas, um parâmetro da realidade vivenciada pelos trabalhadores. O GRO não elencou, afirmando não fazer notificação devido os trabalhadores que eles atendem já terem sido assistidos por outros profissionais, sendo assim, se houvesse necessidade de notificá-los esses outros profissionais já o teriam feito.

Oportunidades: O CEREST abordou o desenvolvimento de ações de vigilância, acompanhamento dos pacientes com agravos relacionados ao trabalho, SINAN, NotificaSUS, DataSUS. O NASST abordou o direcionamento de ações assertivas para o bom preenchimento das fichas de notificação. O GRO não elencou.

Fraquezas: O CEREST descreveu a subnotificação, o preenchimento incompleto das fichas, o desconhecimento dos agravos de notificação compulsória e falta de investigação de nexo causal. O NASST menciona o desconhecimento da notificação por parte dos servidores. O GRO não elencou, mais uma vez reiterando a ideia de que não está em suas funções fazer a notificação dos agravos.

Ameaças: O CEREST considerou a subnotificação e a não adesão ao processo de notificação. O NASST a cultura punitiva que abrange a cultura organizacional, sendo assim, o empregado temeria ser identificado e sofrer represálias no seu local de trabalho. O GRO não elencou nenhum aspecto.

Este contexto, vai na contramão da Nota técnica nº 33/2022 - CGSAT/DSAST/SVSA/MS, onde o Ministério da Saúde, através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST e a Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador - CGSAT, orienta sobre a notificação compulsória das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Em oposição também à Portaria GM/MS Nº 205 de 17 de fevereiro de 2016, que define a lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes, sendo os agravos de vigilância em saúde do trabalhador. Desta forma, é de extrema importância que os serviços de saúde ocupacional realizem o registro dos agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória (acidentes e/ou doenças), para fins de critérios epidemiológicos e cumprimento das legislações supramencionadas.

Tal registro permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. Sendo assim, esse fato contribui com a subnotificação, o que inviabiliza conhecer os motivos pelos quais os trabalhadores adoecem ou morrem e ainda, desenvolver ações de prevenção a esses agravos e promoção à saúde. Evidencia-se ainda a obrigatoriedade da notificação ou comunicação está definida na Lei nº 6.259/1975 e a omissão da denúncia à autoridade pública é crime, com pena prevista no Código Penal Brasileiro.

5) Registro das atividades no SIA/SUS

Forças: O CEREST considerou o respaldo da execução dos trabalhos ou atividades, a sistematização do processo de trabalho, o direcionamento das políticas públicas e a prevenção por meio das ações de promoção e prevenção. O NASST a visibilidade e geração de recursos diante desses registros. O GRO afirma não realizar seus registros no SIA/SUS, realizam em uma organização interna do setor e relatam a importância do registro das atividades como uma forma de estabelecer metas.

Oportunidades: O CEREST descreveu a captação de recursos e visibilidade das ações. O NASST considerou melhorar as condições/recursos para os atendimentos. O GRO não elencou.

Fraquezas: O CEREST abordou a falta de registro de ações por parte da rede de atenção à saúde e das equipes de saúde ocupacional. O NASST a pouca adesão dos servidores no registro do SIA-SUS. O GRO não elencou.

Ameaças: O CEREST considerou a falta de número de procedimento no SIA/SUS para algumas ações realizadas pelo CEREST, o que inviabiliza o registro por este sistema, assim as ações são registradas por outras vias. O NASST descreveu que os registros não realizados adequadamente têm por consequência o não direcionamento dos recursos. O GRO não elencou ameaças referentes a essa temática.

Em relação ao registro via SIA/SUS o Ministério da Saúde - MS solicita das secretarias de saúde o registro dos procedimentos realizados pelo SUS no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, em todos os níveis de atenção, pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS (Portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2010). O SIA/SUS, de acordo com Brasil, Ministério da Saúde (2009) foi implantado em todo o país na década de noventa e, na época, constituiu-se

em um elo fundamental no processo de consolidação do SUS, por ser um sistema padronizado, em âmbito nacional. Visa ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial. Sendo assim, o SIA/SUS é um importante instrumento de visibilidade para ações, tornando-se assim, um contributo no que diz respeito aos recursos.

Quadrante FOFA das relações intrassetoriais entre CEREST, NASST e GRO:

1) Relação do CEREST Estadual com o CEREST Municipal e NASST

As forças apresentadas foram: profissionais capacitados, sistema de informação, serviços implantados. As oportunidades explicitadas são: ampliação do raio de atuação da saúde voltada aos ambientes de trabalho, maior capacidade de identificar do que adoecem os profissionais de saúde da capital. Quanto às fraquezas: falta de estruturação dos serviços, equipes reduzidas, falta de articulação dos serviços e por fim, as ameaças explanadas foram: desconhecimento das demais áreas, mudança de gestão ou de trabalhadores;

2) Relação do CEREST Municipal com o CEREST Estadual, NASST e GRO

As forças elencadas foram: livre acesso aos serviços, criação dos serviços de saúde ocupacional, divisão de responsabilidades entre os serviços, reconhecimento do trabalho por todos os serviços. As oportunidades expostas foram: encaminhamento dos trabalhadores adoecidos para a assistência em saúde pelo GRO, ponto focal de saúde ocupacional nas unidades, referência e contrarreferência, educação em saúde, promoção em saúde, aqui enfatiza-se a relação com CEREST Estadual.

As fraquezas explicitadas foram subnotificação, falta de nexo epidemiológico relacionado ao trabalho, não envio em tempo oportuno das notificações, falta de acompanhamento e encerramento das notificações em aberto, não registro da produtividade no SIA/SUS pelo GRO, falta de legislação municipal que regulamente o serviço do GRO pois fragiliza o setor, foco do GRO em ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) não priorizando o trabalhador em sua integralidade (vigilância, promoção, recuperação), aponta-se que muitas vezes o trabalhador é atendido e depois perde-se na rede. As ameaças são: mudança constante dos gestores, influência política, falta de compreensão do papel do serviço, falta de valorização e falta de apoio dos

gestores e do serviço como um todo, estes aspectos se aplicam aos serviços do GRO, NASST e CEREST Estadual.

3) Relação dos NASST com o CEREST Estadual e Municipal

As forças apresentadas: consolidação do nexo causal com os profissionais de saúde da rede, educação em Saúde no Trabalho (educação permanente e apoio matricial). As oportunidades são: trabalhar educação em saúde sendo apontado o trabalho como fonte de prazer e sofrimento. As fraquezas são: não visibilidade do trabalho como fonte de adoecimento, dificuldade de articulação para realizar plano de ação e as ameaças são o enfraquecimento da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

4) Relação do GRO com o CEREST Municipal

As forças são: capacitação com relação aos agravos relacionados ao trabalho e com relação às fichas de notificação. As oportunidades são: divulgação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Atenção Primária à Saúde. As fraquezas são: falta de RH para desenvolver melhor as atividades, falta de transporte para desenvolver as visitas nas unidades, muitas vezes tendo que ir nos seus próprios carros e as ameaças são carência de orientação por parte do CEREST com relação à saúde ocupacional para a prevenção de doenças e acidentes de trabalho em USF e UPAS.

Destaca-se nesse encontro as seguintes falas:

> "A gente é parceiro nesses processos e a gente sofre"

Referindo-se às dificuldades encontradas no dia a dia do trabalho.

> "Há uma falta de integração e de adesão dos servidores"

Quando o GRO cita diversas vezes em que se deslocam e não conseguem aderência dos servidores para realizarem seus atendimentos demonstrando desinteresse dos trabalhadores para ações que beneficiam sua própria saúde.

Os pontos de atenção dos itens levantados por todos os participantes foram: subnotificação. No que diz respeito à articulação do NASST com o CEREST foi sugerido que conjuntamente montassem um plano de ação relacionado à Saúde do Trabalhador (ações de promoção à saúde), o GRO aponta que realiza um trabalho isolado, a rotatividade dos profissionais quando eles aprendem, já vão embora e a importância da sensibilização da temática do trabalho como fonte de adoecimento.

Percebe-se também, que na fala dos profissionais é declarado dificuldade na relação entre os pares e nos proventos direcionados para execução de suas atividades, ficando

desassistidos em detrimento de condições externas como a própria gestão da saúde municipal/estadual. E também destaca-se a dificuldade no entendimento acerca dos fatores internos e externos, então, por vezes foi possível observar que os participantes não obedeceram à orientação dada no início das oficinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto fica evidenciado o grande desafio dos serviços de saúde ocupacional e Saúde do Trabalhador no SUS em Palmas - TO no que diz respeito à articulação. Nesse sentido, entendemos ser fundamental que os serviços estejam bem alinhados para garantir a melhor experiência aos trabalhadores que utilizam os seus serviços.

Fazer este processo convidando os atores envolvidos e discutindo com os servidores foi a melhor maneira de fazer e utilizar uma metodologia estruturada mostrou-se um caminho inclusivo, empoderador e que compromete seus atores com a transformação esperada, colocando ainda as sugestões dos participantes de que essas reuniões poderiam ter uma melhor periodicidade para que nesse processo aprendessem e conhecessem os trabalhos uns dos outros e que a partir disso haja aprendizado e caminhos para soluções que incluam os trabalhadores no processo, chama-se atenção para a proposta de são trabalhadores que cuidam de outros trabalhadores.

O que está definido no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora auxiliará de forma significativa, a saúde do trabalhador quando efetivamente colocado em prática. Outrossim, é preciso reconhecer que os avanços e desafios obtidos nas ações dos grupos de trabalho dos CEREST Municipal e Estadual, dos NASST e do GRO são frutos de um processo perpetuado por anos e que tentar ultrapassar esses desafios requer não só sugestões para o futuro; mas, antes de tudo, a defesa por um novo entendimento, no qual os interesses no que tange às questões de trabalho sejam fortalecidos e a relação saúde-trabalho verdadeiramente valorizada e para que isso ocorra se faz necessário o apoio da gestão com relação a estrutura e condições de trabalho necessárias para a organização e execução dos serviços, visto que fica evidenciado nas falas dos servidores essas fragilidades, o que compromete sobremaneira na qualidade dos serviços ofertados.

Agradecimentos

A Deus, pela proteção e cuidado. Minha família, em especial aos meus pais, minha irmã Lina Paula e minhas sobrinhas Soraya e Sabrina. A Luís Felipe, pelo amor e companheirismo a mim investidos. Minhas amigas Carol e Morgana, presentes mesmo

longe. Aos colegas da residência. À FESP/ULBRA pelo fomento da bolsa de incentivo à pesquisa. À minha orientadora Betânia Moreira, pela delicadeza e enorme ajuda na execução deste trabalho.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, R.O.B.; AMBONI, N. **Estratégia de Gestão: processos e funções do administrador.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BERBEL, N. N.: **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998.

JÚNIOR, J.PB, MOREIRA, D.C. **Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas.** Cad. Saúde Pública 2017;

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 603/2018**, que aprova o relatório da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS).

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 466/2012**, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2009. **MANUAL DE INSTALAÇÃO SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS - Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético** – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético 27 Páginas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização- Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica . **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 67p

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm

BRASÍLIA: **Ministério do Trabalho** e **Emprego**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/normas-regulamentadoras-nrs).>. Acesso em: 21 de novembro de 2022.

DIAS, E.C., et al. **Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).** In: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL, organizadores. Saúde do Trabalhador na Sociedade Contemporânea Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 540 p.

FALKENBERG, M. B. et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(3):847-852, 2014.

FILHO, J.M.J. et al. **Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2018. p. 1-7.

GOMEZ, C.M.; MACHADO, J.M. PENA, P.G.L. **Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea.** Editora FIOCRUZ., 2011. p. 67-85.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

MINAYO, G.C. et al. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1963-1970, 2018.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2010.** Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. Diário Oficial da União 2010; 11 nov.

Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022

Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 205 de 17 de fevereiro de 2016.** Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Diário Oficial da União 2016; 17 fev.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.206, de 24 de outubro de 2013.** Altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial da União 2013; 24 out.

Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.679/GM.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Diário Oficial da União 2002; 19 set.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437/2005**. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002; 7 dez.

Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 217, DE 1º DE MARÇO DE 2023.** Diário Oficial da União; República Federativa do Brasil, 2 mar. 2023, Seção 1, p.63-64

MENDES, R; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, p. 341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

PORTARIA Nº 829/SEMUS/GAB/ASSEX/GGPFP, DE 29 DE OUTUBRO DE 2021. Altera a Portaria nº 798/SEMUS/GAB, de 30 de julho de 2019, que dispõe sobre Gratificações de Atividade Finalística e Técnica no SUS (GSUS) no âmbito da Administração Central da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências. 35-38.

ROHM, R.H.; LOPES, N.F. **O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica.** Cad. EBAPE.BR, v. 13, nº 2, Artigo 6, Rio de Janeiro, Abr./Jun. 2015.

Secretaria da Saúde do Tocantins. **Implantação do Núcleo de Atenção à Saúde e à Segurança do Trabalhador** (NASST). 2017.

Secretaria da Saúde do Tocantins. **Instrução de trabalho (IT) Núcleo de atenção à saúde e segurança do trabalhador** (NASST). 2017.

FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO POR VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO NO BRASIL

Dhullya Eduarda Resende Santos,[1] Betânia Moreira Cangussu Fonseca,[2] Tiago Veloso Neves[3]

RESUMO

Objetivo. Analisar os fatores associados ao abandono do acompanhamento por vítimas de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATEMB).

Métodos. Trata-se de um estudo observacional de coorte retrospectiva, utilizando dados do SINAN/DATASUS referentes aos casos de ATEMB no Brasil entre 2007 e 2019. A associação foi verificada por meio da análise de Regressão Logística Binária. A contribuição para o desfecho verificada pelo teste de omnibus, a adequação do modelo aos dados foi verificada por VIF e mensurada pelo pseudo R^2 de Nagelkerke e para dimensionar a magnitude e o sentido da associação entre as variáveis e o desfecho utilizou-se a Razão de Chances.

Resultados. Foram analisadas 119 628 notificações, sendo que a maioria ocorreu em mulheres com ensino médio completo. Cerca de 33% dos casos resultaram em abandono do tratamento, sendo a exposição percutânea mais frequente, especialmente com sangue. São Paulo liderou em notificações, enquanto a Paraíba teve o maior percentual de abandono. Na análise das variáveis, a maioria apresentou correlações significativas com o abandono. A regressão logística binária revelou que a idade, tipo de exposição e tipo de acidente influenciaram as chances de abandono, sendo que a idade média dos casos foi de 34,2 anos, com a probabilidade de abandono diminuindo com o aumento da idade.

Conclusão. Esses resultados destacam a importância da sensibilização, treinamento e organização de processos de trabalho para prevenir acidentes e garantir o acompanhamento adequado dos casos de ATEMB.

Palavras - chave: Acidentes biológicos; notificação de acidentes de trabalho; saúde do trabalhador; Brasil.

O trabalho desempenha papel crucial na vida de homens e mulheres, sendo positivo ao atender necessidades humanas e negativo ao expor a riscos ocupacionais, como fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (1, 2). Os Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATEMB) caracterizam-se por lesões corporais decorrentes do contato direto com sangue e fluidos corporais, podendo ocorrer por inoculação percutânea, agulhas ou contato direto com pele/mucosas (3, 4). O ATEMB é de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 2004, segundo a Portaria GM/MS nº 777, de 04 de abril e segue até os dias atuais de acordo com a Portaria GM/MS nº 217, de 01 de março de 2023 (5).

O protocolo do Ministério da Saúde (MS) estabelece o monitoramento do trabalhador vítima de ATEMB por seis meses, realizando exames para HIV, hepatites B e C (HBV e HCV). Após esse período, o caso pode evoluir para alta sem conversão sorológica, alta com conversão sorológica especificando o vírus, abandono ou óbito decorrente do acidente de trabalho ou outras causas (6). Destaca-se uma preocupante taxa de abandono após notificação, com estudos apontando até 70% de evolução para esse desfecho (6, 7). Essa situação eleva os riscos de soroconversão, acarretando danos físicos, psicológicos e sociais aos trabalhadores (6, 7).

Diante desse cenário, torna-se crucial analisar os fatores associados ao abandono por parte das vítimas de ATEMB no Brasil no período de 2007 a 2019. Essa análise visa caracterizar o perfil das vítimas propensas ao abandono, proporcionando informações valiosas aos profissionais de saúde para uma abordagem mais eficaz e a redução dessa problemática.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é uma pesquisa observacional de coorte retrospectiva, utilizando abordagem quantitativa analítica para estudar casos de ATEMB no Brasil. Os dados foram obtidos a partir de notificações desse agravo no banco de dados do SINAN, mantido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (8).

O país possui 26 unidades federativas e um Distrito Federal (DF), distribuídos em cinco macrorregiões (8). Foram analisadas as notificações de ATEMB, no intervalo temporal de 2007 a 2019, nas quais investigou-se os dados sociodemográficos (sexo, idade e escolaridade) e variáveis relacionadas ao acidente (tipo de exposição, o material biológico envolvido, a circunstância do acidente e o agente causador). Excluiu-se do teste de associação as notificações que apresentaram as variáveis como ignorado, em branco e/ou não se aplica, além das notificações que apresentaram faixa etária igual ou menor que 14 anos de idade, não sendo incluídas no escopo da pesquisa casos relacionados ao trabalho infantil.

O desfecho dos casos foi classificado em duas variáveis: abandono e não abandono, sendo que na categoria “não abandono” estão incluídas a alta sem conversão sorológica, alta com conversão sorológica, óbito por acidente com exposição à material biológico e óbito por outras causas. A categoria “alta paciente fonte negativa” foi excluída, pois nesta situação o caso é encerrado sem a necessidade de se realizar o acompanhamento do acidentado (9).

Foi aplicado o modelo de Regressão Logística Binária (ou Binomial) para verificar a associação entre as demais variáveis do estudo e o desfecho dos casos. O teste de omnibus foi realizado para verificar se as variáveis contribuem para o desfecho abandono do modelo, avaliando a significância ($p < 0,05$). A adequação do modelo aos dados foi verificada por VIF e mensurada pelo pseudo R^2 de Nagelkerke. A Razão de Chances (ou Odds Ratio -OR) foi utilizada para verificar a magnitude e o sentido da associação entre as variáveis e o desfecho analisado. Foi considerado o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) verificando a consistência dos valores de OR, sendo estatisticamente significativo um valor de p menor que 0,05 para os testes de hipótese. Para todas as variáveis foram calculados IC95% das frequências relativas. Para as análises estatísticas foi utilizado o pacote estatístico Jamovi, versão 2.4.11.0 (10).

Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários de domínio público, não se fez necessária a apreciação deste estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa. Foram respeitados todos os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

RESULTADOS

No período entre os anos de 2007 a 2019, foram notificados 601 364 casos de ATEMB no território brasileiro, sendo que destas, 481 736 notificações foram excluídas na análise, por não estarem de acordo com os critérios previstos no trabalho, restando 119 628 notificações.

No perfil das notificações analisadas, observa-se que a idade média é de 34,2 anos, não apresentando uma variação significativa entre os sexos masculino e feminino, 33,4 e 34,4 anos, respectivamente. O sexo feminino (n= 93 822; 78,5%) expressa um grande percentual dos casos notificados no país. Entre os níveis de escolaridade, o ensino médio completo, com

60 158 (50,3%) casos, apresenta o maior percentual de notificações, seguido da educação superior completa, com 31 006 (25,9%). No que se refere à evolução dos casos, 33% (n= 39 450) evoluíram para o abandono do seguimento (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos casos analisados de ATEMB, notificados no Brasil, dos anos de 2007 a 2019 (n= 119 628)

Características	**n**	**%**
Idade (em anos) - média	34,2	NA[a]
Idade (em anos) - moda	26	NA[a]
Sexo		
Feminino	93 882	78,5
Masculino	25 746	21,5
Escolaridade		
Analfabeto	132	0,1
1ª a 4ª série incompleta do EF[b]	1 310	1,1
4ª série completa do EF[b]	1 245	1
5ª à 8ª série incompleta do EF[b]	3 455	2,9
Ensino fundamental completo	4 287	3,6
Ensino médio incompleto	4 427	3,7
Ensino médio completo	60 158	50,3
Educação superior incompleta	13 599	11,4
Educação superior completa	31 006	25,9
Evolução		
Abandono	39 450	33
Não abandono	80 178	67

Fonte: Tabela elaborada pelos autores a partir dos dados do SINAN (2007-2019).
[a] NA= não se aplica; [b] EF= Ensino Fundamental.

Na análise das variáveis relacionadas aos acidentes de trabalho, a exposição mais comum foi por via percutânea (77,9%), seguida pela exposição em pele íntegra (25,4%). O sangue foi o material orgânico mais frequentemente envolvido (83,8% dos casos), seguido por outros tipos de materiais orgânicos (9,5%) e fluido com sangue (4,9%). A agulha com lúmen foi o agente mais presente nos acidentes (60,6%), seguido pela categoria "outros" (21,1%). As agulhas sem lúmen/maciças e as lâminas/lancetas representaram 9,4% e 7,2% dos casos,

respectivamente, enquanto os agentes intracath e vidro corresponderam a 1,8% das notificações de ATEMB.

Quanto às circunstâncias envolvidas nos acidentes, a categoria "outros" foi a mais frequente, representando 18,4% dos casos. Destacam-se altos percentuais relacionados ao descarte inadequado de perfurocortantes, com 9,6% dos acidentes ocorrendo em bancadas, camas, chão, etc., e 8,5% em sacos de lixo. Os procedimentos cirúrgicos foram os mais comuns (9,2%), seguidos por procedimentos odontológicos (5,5%) e laboratoriais (2,6%). A administração endovenosa de medicamentos teve a maior proporção entre os tipos de administração (7,9%). Quanto ao tipo de punção, a coleta de sangue por punção venosa/arterial foi mais comum (6,0%). Lavagem de material e lavanderia correspondem a 4,5% e 0,6% dos casos, respectivamente.

Ao analisar os estados brasileiros, São Paulo liderou em notificações de ATEMB, representando 31,07% do total, seguido pelo Paraná (19,53%), Minas Gerais (9,35%) e Santa Catarina (9,07%). A concentração foi maior nas regiões sul e sudeste, enquanto o Tocantins se destacou na região norte com 2,73% das notificações. O Amapá teve o menor número de notificações (0,03%). No nordeste, o Ceará liderou (2,51%), seguido por Alagoas (2,29%), e em Goiás, no centro-oeste, houve 4,83% das notificações.

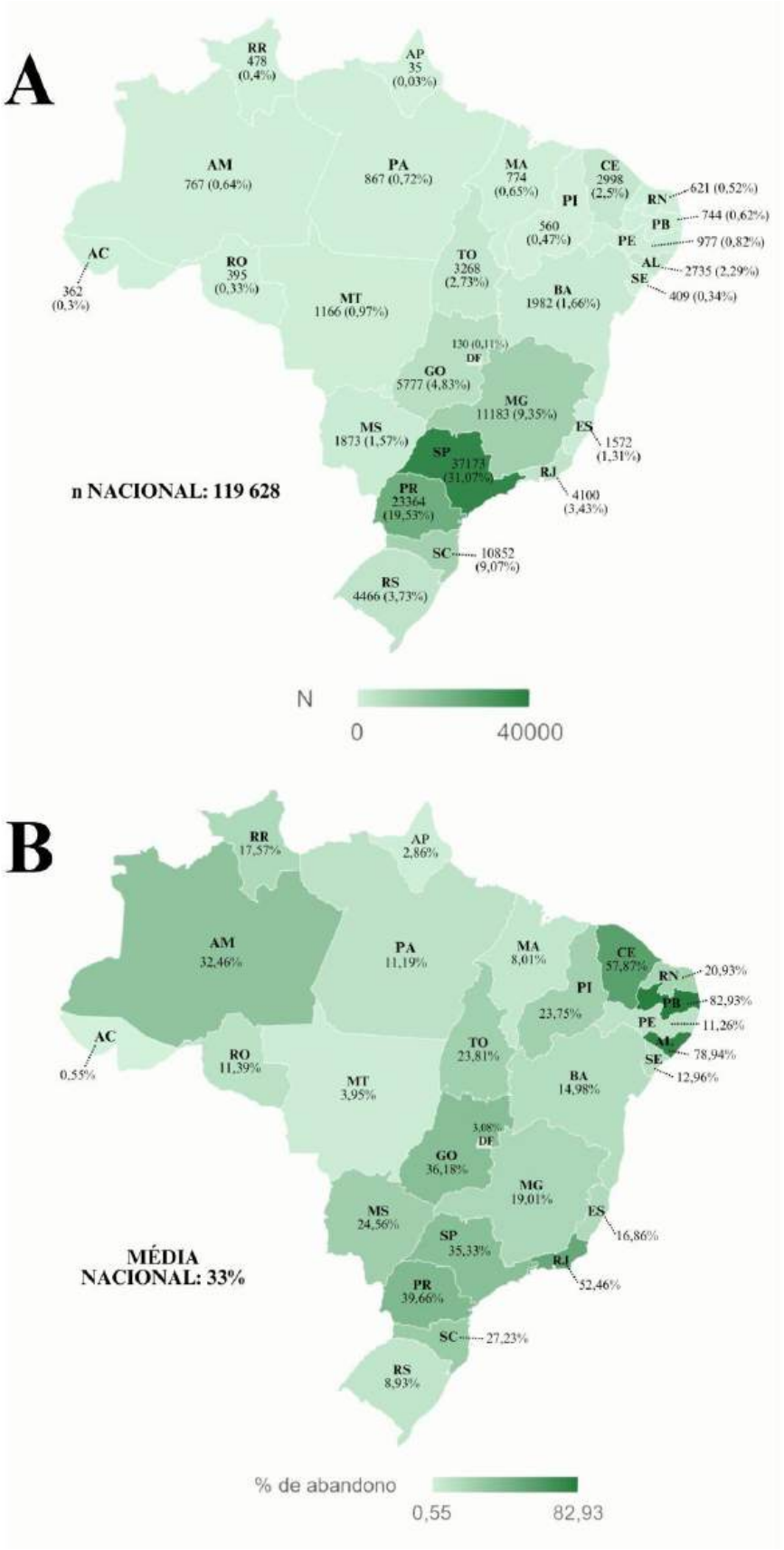
No que se refere ao percentual de abandono dentre os casos notificados por estado brasileiro, no período de 2007 a 2019, o estado da Paraíba apresenta o maior percentagem de abandono, sendo 82,93% dos casos, já Alagoas apresenta 78,94% de abandono dos casos no estado no mesmo período, fazendo com que a região nordeste expresse o maior número de abandono do país, com 44,88% dos casos notificados. Na região norte, o estado do Amazonas é o responsável pelo maior quantitativo de abandono da região, com 32,46% de abandono dos casos. Na região sudeste é o estado do Rio de Janeiro, com 52,46% e na região sul, o estado do Paraná, com 39,66% de abandono. Na região centro-oeste, o Goiás é o estado com mais

evoluções de abandono, sendo 36,18% dos casos, já o Distrito Federal, com 3,08%, apresenta o menor percentual do país (Imagem 1).

Analisando os resultados do teste omnibus, as maioria das variáveis apresentou correlações significantes ($p<0,001$), ou seja, contribuem para o desfecho abandono, exceto a variável "outras exposições", que apresentou significância de 0,098 ($p>0,05$), logo, a variável não contribui para o desfecho final do modelo em estudo (Tabela 2).

Na verificação do modelo pela análise do pressuposto de colinearidade (multicolinearidade), nenhuma das variáveis apresentou indicação forte de colinearidade, sendo o VIF próximo a 1, e confirmada pela tolerância que indicou baixa colineraridade em todas as variáveis do modelo. Na análise de ajustamento do modelo, o pseudo R^2 de Nagelkerke foi de 0,0340, demonstrando que as variáveis eleitas para o presente estudo são capazes de explicar apenas 3,4% da variação do desfecho.

Imagem 1. Frequência de notificação absoluta e relativa de ATEMB (A) e frequência relativa de abandono do seguimento de ATEMB (B), por estado, de 2007 a 2019 (n=119 628)



Fonte: Figura elaborada pelos autores a partir de dados do SINAN (2007 - 2019).

Na análise das chances utilizando o coeficiente do modelo por meio da Razão de Chances, observou-se que nem todas as categorias das variáveis apresentaram significância para o desfecho, conforme demonstrado nas tabelas 3 e 4. Ao comparar as chances entre os sexos masculino e feminino, constatou-se um odds de 1,280, indicando que o sexo masculino tem aproximadamente 28% mais chances de evoluir para o abandono em relação ao sexo feminino, com um intervalo de confiança de 95% entre 24% e 31%.

Na variável "escolaridade", as categorias analfabeto e ensino fundamental completo não revelaram significância estatística ($p > 0,05$) em relação ao abandono, confirmado pelo intervalo de confiança de 95% do odds ratio, que inclui uma mudança no sentido da associação das variáveis. Por outro lado, a categoria ensino superior incompleto demonstrou significância estatística ($p < 0,001$) e um odds ratio positivo (>1), sugerindo uma probabilidade 13% maior de evoluir para o abandono em comparação com o ensino superior completo, com um intervalo de confiança de 95% entre 8% e 18%. Nas outras categorias, em comparação com o ensino superior completo, este último mostrou-se associado a uma maior probabilidade de evoluir para o abandono.

Tabela 2: Teste de omnibus e análise do pressuposto de colinearidade para as variáveis com base no desfecho

	Teste de omnibus			Estatística de Colinearidade	
	Qui-quadrado	**gl**	***P*-valor[a]**	**VIF[b]**	**Tolerância**
Idade	329,77	1	<0,001	1,04	0,966
Sexo	254,62	1	<0,001	1,04	0,960
Escolaridade	366,83	8	<0,001	1,02	0,977
Material orgânico	17,94	7	0,012	1,01	0,987
Tipo de acidente	339,78	16	<0,001	1,03	0,971
Agente	171,07	5	<0,001	1,09	0,915
Percutânea	141,17	1	<0,001	1,59	0,629
Pele íntegra	346,34	1	<0,001	1,11	0,901
Pele não íntegra	29,58	1	<0,001	1,06	0,941
Mucosa	17,67	1	<0,001	1,56	0,640

Outras exposições	2,74	1	0,098	1,02	0,980

Fonte: Tabela elaborada pelos autores a partir de dados do SINAN (2007 - 2019).
[a]*P*-valor: probabilidade de significância; [b]VIF: *Variance Inflation Factor*

Na análise da variável "material orgânico", utilizando sangue como categoria de referência, apenas as categorias "líquido ascítico" e "outros" apresentaram significância estatística (p < 0,05). O odds para essas categorias indicou uma associação negativa (<1) em relação ao sangue, sugerindo que os casos com material orgânico sangue têm mais chances de evoluir para o abandono do que os casos com líquido ascítico (OR = 0,68; IC95% = 0,48 - 0,97) e outros (OR = 0,93; IC95% = 0,89 - 0,98). As demais categorias (líquor, líquido pleural, líquido amniótico, fluido com sangue e soro/plasma) não mostraram associação com o desfecho, conforme indicado pelos intervalos de confiança.

Tabela 3. Resultado das variáveis (sexo, escolaridade, material orgânico e agente) e suas respectivas categorias no teste de Razão de Chances (Odds Ratio)

			IC[a] de 95%	
	***P*-valor[b]**	**OR[c]**	**Inferior**	**Superior**
Sexo				
Mas - Fem	<0,001	1,280	1,242	1,319
Escolaridade - referência: Educação superior completa				
Analfabeto	0,528	0,887	0,610	1,289
1ª a 4ª série incompleta do EF[d]	<0,001	0,772	0,681	0,876
4ª série completa do EF	<0,001	0,792	0,698	0,900
5ª à 8ª série incompleta do EF	0,014	0,905	0,836	0,980
Ensino fundamental completo	0,394	0,970	0,904	1,041
Ensino médio incompleto	<0,001	0,846	0,789	0,908
Ensino médio completo	<0,001	0,808	0,783	0,833
Educação superior incompleta	<0,001	1,135	1,088	1,184
Material orgânico - referência: Sangue				
Fluido com sangue	0,907	1,003	0,947	1,063
Líquido amniótico	0,899	1,020	0,747	1,394
Líquido ascítico	0,035	0,686	0,484	0,974
Líquido pleural	0,763	1,048	0,773	1,422
Líquor	0,094	0,877	0,753	1,022

Soro/plasma	0,162	1,119	0,956	1,310
Outros	0,004	0,937	0,895	0,980
Agente - referência: Agulha com lúmen				
Agulha sem lúmen/maciça	<0,001	0,751	0,717	0,787
Intracath	0,001	0,783	0,676	0,907
Lâmina/lanceta	0,003	0,926	0,880	0,973
Vidro	0,004	0,825	0,722	0,941
Outros	0,420	0,982	0,940	1,026

Fonte: Tabela elaborada pelos autores a partir de dados do SINAN (2007 - 2019).
[a]IC: Intervalo de Confiança; [b]*P*-valor: probabilidade de significância; [c]OR: *Odds Ratio*; [d]EF: Ensino Fundamental

Na variável "agente", a categoria "outros" não mostrou significância estatística (p > 0,05) em relação ao desfecho abandono, indicando que não há uma associação relevante com essa categoria em comparação com a agulha com lúmen. Por outro lado, as categorias agulha sem lúmen, intracth, vidro e lâmina/lanceta foram estatisticamente significativas (p < 0,05), mostrando uma associação negativa (<1) em comparação com a categoria de referência, o que sugere que os casos envolvendo a agulha com lúmen têm uma maior probabilidade de evoluir para o abandono do que os casos envolvendo outros agentes.

Na variável “tipo de acidente”, somente as categorias dextro, procedimento cirúrgico e procedimento odontológico apresentaram-se significantes (p<0,05), com o odds em sentido positivo (>1) de associação em comparação com a categoria usada de referência (lavanderia), ou seja, as categorias dextro (OR= 1,22; IC95%= 1,03 - 1,46), procedimento cirúrgico (OR= 1,27; IC95%= 1,07 - 1,50) e procedimento odontológico (OR= 1,59; IC95%= 1,33 - 1,89) apresentam mais chances de evoluir ao desfecho abandono em comparação com a categoria lavanderia (Tabela 4).

Dos tipos de exposição analisados, apenas a categoria "outros" não mostrou significância estatística (p > 0,05). Em relação à exposição percutânea, houve uma associação positiva (<1), indicando que os casos com essa exposição têm aproximadamente 33% mais chances de evoluir para o abandono em comparação com os casos sem essa exposição. O

mesmo padrão foi observado para a exposição por mucosa, com cerca de 14% mais chances de abandono. Por outro lado, as variáveis de exposição por pele íntegra e pele não íntegra mostraram uma associação negativa (>1), sugerindo que os casos sem esses tipos de exposição têm mais chances de evoluir para o abandono em comparação com os casos que apresentam essas exposições.

No que se refere a idade, a média marginal mostra que a idade média dos casos, 34,2 anos, tem a probabilidade de 26% de evoluir ao abandono, além de que com o avançar da idade, essa probabilidade vai diminuindo. A Regressão Logística Binária confirma o encontrado na análise de médias marginais, onde cada ano de idade a mais diminui em 1,15% as chances de evoluir para o abandono.

Tabela 4. Resultado das variáveis (tipo de acidente e tipo de exposição) e suas respectivas categorias no teste de Razão de Chances (Odds Ratio)

			IC[a] de 95%	
	***P*-valor[b]**	**OR[c]**	**Inferior**	**Superior**
Tipo de acidente - referência: Lavanderia				
Adm de medicação endovenosa	0,242	0,903	0,761	1,071
Adm de medicação intradérmica	0,483	1,088	0,860	1,377
Adm de medicação intramuscular	0,216	1,116	0,938	1,328
Adm de medicação subcutânea	0,185	1,126	0,945	1,341
Dextro	0,022	1,228	1,030	1,464
Desc. inadequado de perfurocortante em bancada, cama, etc.	0,184	1,121	0,947	1,327
Desc. inadequado de perfurocortante em saco de lixo	0,055	1,179	0,996	1,396
Lavagem de material	0,777	1,026	0,860	1,223
Manipulação de caixa com material perfurocortante	0,857	0,984	0,830	1,168
Outros	0,173	1,123	0,950	1,328
Procedimento cirúrgico	0,005	1,273	1,074	1,509
Procedimento laboratorial	0,223	1,120	0,933	1,344
Procedimento odontológico	<0,001	1,591	1,339	1,891
Punção venosa/arterial não especificada	0,449	1,070	0,898	1,274

Punção venosa/arterial para coleta de sangue	0,242	1,108	0,933	1,317
Reencape	0,208	1,124	0,937	1,347
Percutânea				
Sim - Não	<0,001	1,338	1,275	1,404
Pele íntegra				
Sim - Não	<0,001	0,738	0,715	0,762
Mucosa				
Sim - Não	<0,001	1,141	1,073	1,214
Pele não íntegra				
Sim - Não	<0,001	0,832	0,778	0,890

Fonte: Tabela elaborada pelos autores a partir de dados do SINAN (2007 - 2019).
[a] IC: Intervalo de Confiança; [b]*P*-valor: probabilidade de significância; [c]OR: *Odds Ratio*.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, a predominância dos casos notificados de ATEMB são do sexo feminino (78,5%), resultados que se assemelham a literatura nacional (11, 12, 13), que também relatam a predominancia do sexo feminino em mais de 70% dos acidentes notificados. Podendo ser justificado pela predominância da participação feminina no setor da saúde (14), tendo em vista que é o setor no qual ocorre o maior percentual de notificações de ATEMB (12).

A média das idades foi de 34,2 anos, sendo um resultado semelhante ao encontrado na literatura (11), em que a idade média era de 31,7 anos. No entanto, pesquisas utilizando faixas etárias são mais recorrentes, sendo que nestas, a faixa etária de 20 a 34 anos apresenta o maior número das notificações (15, 16). Os resultados reafirmam a predominância em grupos mais jovens, podendo estar esse fator associado a inexperiência e a inabilidade técnica. Cerca de 55,4% das notificações de ATEMB envolviam indivíduos com ensino médio completo (17), alinhando-se aos resultados deste estudo. Acredita-se que esse padrão reflete a predominância de profissionais com formação no ensino médio, atribuindo-se tal fenômeno à realidade

econômica do país, que frequentemente favorece a contratação de técnicos de nível médio devido a custos mais baixos.

A análise da evolução dos casos revelou um percentual de abandono, alinhado à literatura. Em Goiânia, 41,5% abandonaram o acompanhamento (18), enquanto na capital do Paraná, esse número foi de 56,04% (15). Já em Ribeirão Preto - SP, a taxa foi de 32,8% (19), próxima aos 33% encontrados neste estudo. Diversos fatores influenciam o abandono, incluindo falta de conhecimento sobre riscos e questões na conduta do atendimento ao acidentado (15, 18, 19).

Os resultados de Bertelli et al. (17) corroboram com o presente estudo, indicando que a exposição percutânea e o material orgânico sangue predominam nos casos de ATEMB, com 70,3% dos acidentes sendo por via percutânea e o sangue presente em 81,1% dos casos. Ambos os estudos apontam a agulha com lúmen como o agente mais envolvido, representando 51,4% (17) e 60,6% (este estudo) dos casos notificados.

A análise das circunstâncias dos acidentes ressalta a prevalência do descarte inadequado de materiais perfurocortantes, correspondendo a 18,03% (18). Resultados semelhantes foram observados em Curitiba, onde o descarte inadequado no lixo e no chão foi a principal causa (15). Esses achados destacam a necessidade de medidas sanitárias para evitar tais circunstâncias e mitigar riscos humanos e ambientais. Em contraste, Florianópolis apresentou um perfil distinto, com a predominância de acidentes em procedimentos cirúrgicos, odontológicos e laboratoriais, representando 17,25% dos casos notificados neste estudo (16).

A distribuição geográfica dos casos de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATEMB) destaca São Paulo como o estado com a maior concentração, representando 31,07% das notificações em todo o país, corroborando dados de uma pesquisa de 2010 a 2016 (4). Porém, ao analisar o abandono do acompanhamento, a Paraíba apresenta

o maior percentual, com 82,93% dos 744 casos notificados resultando em abandono. A distribuição geográfica, crucial para direcionar recursos e políticas de prevenção, pode evidenciar a importância de considerar o elevado percentual de abandono, que está vinculado a fatores sociais e econômicos no contexto do ATEMB no país.

A análise bivariada sobre o desfecho de abandono destaca divergências em relação aos resultados da literatura. Em contraste com uma pesquisa anterior (18) que não encontrou significância na variável sexo, este estudo revela que o sexo masculino tem cerca de 28% mais chances de evoluir para o abandono em comparação com o feminino. Essa disparidade é sugerida como possivelmente relacionada à falta de ênfase na promoção da saúde masculina.

No mesmo estudo (18), a escolaridade não foi significativa para o abandono após ajustes (ORaj), embora tenha sido significativa no OR bruto, indicando que o ensino fundamental tem 71% mais chances de abandono em comparação com o ensino superior, o que difere dos nossos achados. Quanto ao tipo de acidente, não houve significância no OR bruto, mas na análise do ORaj, lavanderia/lavagem de material foi significativa em comparação com administração de medicamentos e acesso vascular (18). Esses resultados contrastam com os nossos, onde dextro, procedimento cirúrgico e odontológico mostraram maior probabilidade de abandono em comparação com lavanderia, talvez devido a diferenças nos quantitativos analisados (18).

Na variável de material orgânico, casos envolvendo sangue têm maior probabilidade de evoluir para o abandono, contradizendo a expectativa dada a transmissão de patógenos (17). Em estudo anterior (21) sobre 131 casos de ATEMB com abandono, 66% envolveram sangue, mas pesquisa de Sardeiro et al. (18) não encontrou significância para essa variável. Quanto ao "agente", a categoria "outros" não foi significativa, divergindo de literatura que a considera relevante (18). A agulha com lúmen esteve presente em 57% dos casos de abandono, enquanto a categoria "outros" representou 24% (21).

A exposição a materiais biológicos representa riscos importantes devido à transmissão de patógenos, como HIV, HBV e HCV (6). Os riscos de transmissão variam, por exemplo, para o HIV, são de cerca de 0,3% por exposição percutânea e 0,09% por exposição em mucosa. Para o HBV, o risco de soroconversão pode chegar a 37% após exposição percutânea (22). Esses riscos são destacados neste estudo, que revela uma associação significativa entre exposição por via percutânea/mucosa e abandono. A adoção de práticas de controle, treinamento, EPI, protocolos de segurança e descarte adequado pode ajudar a mitigar esses riscos (23).

O estudo enfrentou limitações devido à baixa completude das fichas de notificação de ATEMB, com cerca de 59% (n=359.032) das fichas excluídas devido a campos em branco ou informações ignoradas. Essa questão reflete uma preocupação anteriormente levantada sobre a qualidade das informações nessas notificações (24). Destaca-se, portanto, a importância da capacitação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento ou registro dessas informações, pois isso afeta significativamente o monitoramento, investigação e acompanhamento dos casos relacionados aos trabalhadores (21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a análise bivariada mostrou que apenas 3,4% da variação no desfecho pode ser explicada pelas variáveis analisadas. No entanto, a escassez de estudos na literatura sobre essa associação específica destaca a contribuição significativa desta pesquisa para o campo científico. É importante notar que o abandono do tratamento pode estar ligado a várias questões, como o desconhecimento dos riscos, efeitos colaterais da profilaxia que podem levar à interrupção do tratamento, além de questões culturais e sociais que podem resultar em retaliações por parte dos colegas de trabalho. Assim, é cada vez mais essencial promover a

sensibilização, orientação, treinamento e organização dos processos de trabalho para prevenir acidentes e controlar os riscos.

REFERÊNCIAS

1. Santos Júnior EP, Batista RRAM, Almeida ATF, Abreu RAA. Acidente de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais e estudantes da área da saúde em hospital de referência. Rev Bras Med Trab, 2015; 13(2): 69-75.

2. Soares RZ, Schoen AS, Bonelli KRG, Araújo MS, Neves M. Análise dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados por profissionais da saúde. Rev Bras Med Trab, 2019; 17(2):201-8.

3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Nota Informativa Nº 94/2019-DSAST/SVS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

4. Gomes SCS, Caldas AJM. Incidência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico em profissionais de saúde no Brasil, 2010–2016. Rev Bras Med Trab, 2019;17(2):188-200.

5. Ministério da Saúde (BR). Diário Oficial da União. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Exposição Ocupacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

7. Miranda FMD, Stein Junior AV, Petreli S, Pires MR, Soares LG, Ribeiral BN, et al. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: Um guia sobre exposição aos fluidos biológicos. Rev Esc Enf, São Paulo: USP, 2011; 45(4):1018 - 1022.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Evolução da divisão territorial no brasil, 1872 - 2010. Rio de Janeiro; 2011.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

10. The jamovi project. jamovi. versão 2.4.11.0. software de computador. 2021. disponível em: https://www.jamovi.org.

11. Santos Júnior EP, Batista RRAM, Almeida ATF, Abreu RAA. Acidente de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais e estudantes da área da saúde em hospital de referência. Rev Bras Med Trab, 2015; 13(2): 69-75.

12. Julio RS, Filardi MBS, Marziale MHP. Work accidents with biological material occurred in municipalities of Minas Gerais. Rev Bras Enfer, [s.l.]. 2014; 67(1):119-126. http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140016.

13. Soares RZ, Schoen AS, Bonelli KRG, Araújo MS, Neves M. Análise dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados por profissionais da saúde. Rev Bras Med Trab, 2019; 17(2):201-8.

14. Machado MH, Wermelinger M, Tavares MFL, Teixeira M, Oliveira ES. Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, rede observatória de recursos humanos em saúde, 2006.

15. Mizoguti NN, Hirota MM, Ito FY, Gonçalves MR, Hayashida MR, Daniel E, et al. Occupational accidents involving exposure to biological material reported at a worker's health sentinel unit: 11,645 cases. Rev Bras Med Trab [s.l.], 2022; 20(3):362-8. Editora scientific. http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2022-699.

16. Vieira M, Padilha MI, Pinheiro RC. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. Rev Latino-Americ Enfer. [s.l], 2011;19(2): 1-8.

17. Bertelli C, Martins BR, Petry AR, Fagundes PS, Krug SPF. Occupational accidents involving biological material: demographic and occupational profile of affected workers. Rev Bras Med Trab, [s.l.], 2020; 18(4):415-424. Scientific Editora. http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2020-534.

18. Sardeiro TL, Souza CL, Salgado TA, Galdino Junior H, Neves ZCP, Tiple AFV. Acidente de trabalho com material biológico: fatores associados ao abandono do acompanhamento clínico-laboratorial. Rev Esc Enf, São Paulo: USP, 2019; 53(e03516):1-9. Fapunifesp (scielo). http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018029703516.

19. Almeida MCM, Canini SRMS, Reis RK, Toffano SEM, Pereira FMV, Gir E. Clinical treatment adherence of health care workers and students exposed to potentially infectious biological material. Rev Esc Enf, São Paulo: USP, 2015; 49(2):0259-0264. Fapunifesp (scielo). http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000200011

20. Bird CE, Fremont AM. Gender, time use, and health. J Health Social Behavior, [s.l.]; 1991; 32(2):114-129. Sage Publications. http://dx.doi.org/10.2307/2137147.

21. Damiani M. Acidente com material biológico na equipe de enfermagem da regional de Araraquara: caracterização das exposições ocupacionais com abandono ao tratamento. 2020. [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2020.

22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de IST/AIDS e Prevenção e Controle de Hepatites Virais. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

23. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). portaria nº 1.748 que institui o plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes e altera a Norma Regulamentadora nº 32, que trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2011.

24. Gomes SCS, Caldas AJM. Qualidade dos dados do sistema de informação sobre acidentes de trabalho com exposição a material biológico no Brasil, 2010 a 2015. Rev Bras Med Trab. [s.l.], 2017; 15(3):200-8. http://dx.doi.org/10.5327/z1679443520170036.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO EM PALMAS-TOCANTINS NOS ANOS DE 2020 E 2021

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF VACCINE COVERAGE IN CHILDREN UNDER ONE YEAR OF ONE IN PALMAS-TOCANTINS IN 2020 AND 2021

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA COBERTURA DE VACUNA EN MENORES DE UN AÑO DE UNO EN PALMAS-TOCANTINS EN 2020 Y 2021

Ester da Silva Monteiro:

Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas-TO (FESP/PALMAS) em parceria com o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). E-mail: estermonteiroo24@gmail.com | Orcid.org/0009-0009-5042-8607

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos:

Biomédica, Mestra em Ciências da Saúde, Doutoranda em Biotecnologia pela Rede Bionorte, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas-TO (FESP) em parceria com o CEULP/ULBRA. E-mail: fernandamaria@mail.uft.edu.br | Orcid.org/0000-0002-0406-1535

Como citar este artigo:

MONTEIRO, E. S.; LEMOS, F. M. F. C. Perfil epidemiológico da cobertura vacinal em crianças menores de um ano em Palmas-Tocantins nos anos de 2020 e 2021. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2024.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

RESUMO:

A vacinação é uma das intervenções de maior custo-efetividade e de considerável impacto na ocorrência de doenças. Logo, é necessário o monitoramento da cobertura vacinal e o perfil vacinal das crianças imunizadas. Objetivou-se conhecer o perfil epidemiológico da cobertura vacinal de crianças de 0 a 12 meses com esquema completo no município de Palmas-TO nos anos de 2020 e 2021. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa que utilizou fonte de dados secundários, provenientes do sistema BI-eSUS e base de dados do Departamento de Informática do SUS. Foi avaliada a cobertura vacinal dos imunobiológicos estabelecidos no primeiro ano de vida e as variáveis selecionadas foram: sexo do familiar, faixa etária, etnia/cor, ocupação e nível de escolaridade do responsável, localização urbana ou rural e renda familiar. Como resultado, a vacina BCG foi a única que apresentou cobertura vacinal superior a 95%, já os demais imunobiológicos não alcançaram a cobertura vacinal preconizada. Referente ao perfil demográfico, destaca-se o ensino médio completo, a renda familiar entre um e dois salários mínimos, sexo feminino e a faixa etária 30 a 39 anos. Logo, melhores padrões sociodemográficos podem contribuir positivamente na adesão à vacinação.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura Vacinal. Saúde da Criança. Vacinação.

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

ABSTRACT:

Vaccination is one of the most cost-effective interventions and has a considerable impact on the occurrence of diseases. Therefore, it is necessary to monitor vaccination coverage and the vaccination profile of immunized children. The objective was to understand the epidemiological profile of vaccination coverage of children aged 0 to 12 months with a complete schedule in the city of Palmas-TO in the years 2020 and 2021. This is a descriptive, retrospective epidemiological study, with a quantitative approach that used a source of secondary data, coming from the BI-eSUS system and the SUS IT Department database. The vaccination coverage of immunobiologicals established in the first year of life was evaluated and the variables selected were: sex of the family member; age group, ethnicity/color; occupation and education level of the person responsible; urban or rural location and family income. As a result, the BCG vaccine was the only one that presented vaccination coverage greater than 95%, while the other immunobiologicals did not achieve the recommended vaccination coverage. Regarding the demographic profile, the highlights are completion of secondary education, family income between one and two minimum wages, female gender and the age group 30-39 years old. Therefore, better sociodemographic standards can contribute positively to vaccination adherence.

KEYWORDS: *Vaccination coverage. Child health. Vaccination.*

RESUMEN

La vacunación es una de las intervenciones más rentables y tiene un impacto considerable en la aparición de enfermedades. Por tanto, es necesario monitorear la cobertura de vacunación y el perfil de vacunación de los niños inmunizados. El objetivo fue conocer el perfil epidemiológico de la cobertura de vacunación de niños de 0 a 12 meses con esquema completo en la ciudad de Palmas-TO en los años 2020 y 2021. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo que Se utilizó una fuente de datos secundarios, provenientes del sistema BI-eSUS y de la base de datos del Departamento de TI del SUS. Se evaluó la cobertura de vacunación de inmunobiológicos establecida en el primer año de vida y las variables seleccionadas fueron: sexo del familiar; grupo de edad, etnia/color; ocupación y nivel educativo del responsable; ubicación urbana o rural e ingreso familiar. Como resultado, la vacuna BCG fue la única que presentó coberturas vacunales superiores al 95%, mientras que los demás inmunobiológicos no alcanzaron las coberturas vacunales recomendadas. En cuanto al perfil demográfico, se destacan la finalización de la educación secundaria, el ingreso familiar entre uno y dos salarios mínimos, el género femenino y el grupo etario de 30 a 39 años. Por tanto, mejores estándares sociodemográficos pueden contribuir positivamente a la adherencia a la vacunación.

Palabras clave: *Cobertura de vacunación. Salud infantil. Vacunación.*

INTRODUÇÃO

Desde o século XIX, as vacinas são utilizadas como medida preventiva para a contenção de doenças. Logo, a vacinação representa uma das estratégias mais seguras e eficazes na eliminação e controle de agravos transmissíveis, além de resultar na redução da morbimortalidade, principalmente no período da infância. O avanço da imunização propiciou a erradicação de graves doenças, como a varíola (Fonseca e Buenafuente, 2021).

Em 1973 o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Imunizações (PNI), no qual tem o objetivo ofertar de maneira universal todas as vacinas à população, bem como é responsável por coordenar e sistematizar todas as ações de vacinação contra doenças imunopreveníveis na esfera nacional. Este programa vem colaborando para uma modificação positiva no perfil epidemiológico brasileiro, devido a sua prioridade de preservar sob controle, a eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis, bem como de fornecer aos estados e municípios, os imunobiológicos, com orientações acerca da conservação, transporte, manipulação e aplicação (Slendak *et al.*, 2021).

No intuito de promover o controle de doenças imunopreveníveis e para o subsídio de análise do programa, o MS estabeleceu indicadores que incluem a cobertura vacinal, taxa de abandono e taxa de homogeneidade. A Cobertura Vacinal (CV), objeto de estudo deste trabalho, se refere ao indicador que estima a proporção da população-alvo que foi imunizada com o esquema vacinal completo de determinada vacina. O esquema vacinal contempla a aplicação de todas as vacinas recomendadas pelo PNI, nas quais as doses foram administradas nas idades adequadas e no período correto entre as doses. Este indicador permite a verificação da vulnerabilidade dos indivíduos e os riscos de contraírem doenças imunopreveníveis a partir das áreas geográficas e de abrangência (Brasil, 2014).

Conforme o calendário nacional de vacinação de 2023, as crianças de zero a 12 meses de idade devem ser imunizadas com algumas vacinas distintas, conforme a faixa etária, dose e possível reforço necessário para completude do esquema vacinal desta idade. Os imunobiológicos preconizados para este grupo estão apresentados no Quadro 1 com apresentação do esquema vacinal para crianças da faixa etária alvo da presente pesquisa, bem como as respectivas doenças prevenidas (Brasil, 2023).

Quadro 1. Calendário básico de vacinação de crianças de zero a 12 meses e as doenças prevenidas pelas vacinas.

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS PREVENIDAS
Ao nascer	BCG	Única	Formas graves de tuberculose.
	Hepatite B	Dose ao nascer	Hepatite B.
2 meses	Pentavalente	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus inuenzae tipo b.
	Rotavírus	1ª dose	Diarreia por Rotavírus.
	Poliomielite (VIP)	1ª dose	Poliomielite.
	Pneumo 10	1ª dose	Pneumonias, Meningites, Otites e outras doenças causadas pelo pneumococo.
3 meses	Meningocócica conjugada	1ª dose	Meningite meningocócica tipo C.
4 meses	Pentavalente	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus inuenzae tipo b.
	Rotavírus	2ª dose	Diarreia por Rotavírus.
	Poliomielite (VIP)	2ª dose	Poliomielite.
	Pneumo 10	2ª dose	Pneumonias, Meningites, Otites e outras doenças causadas pelo pneumococo.
5 meses	Meningocócica conjugada	2ª dose	Meningite meningocócica tipo C.
6 meses	Pentavalente	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus inuenzae tipo b.
	Poliomielite (VIP)	3ª dose	Poliomielite.
	Vacina Covid-19	1ª dose	Proteção contra as formas graves e complicações pela covid-19.
7 meses	Vacina Covid-19	2ª dose	Proteção contra as formas graves e complicações pela covid-19.
9 meses	Febre Amarela	Dose única	Febre Amarela.
	Vacina Covid-19	3ª dose	Proteção contra as formas graves e complicações pela covid-19.
12 meses	Pneumo 10	Reforço	Pneumonias, Meningites, Otites e outras doenças causadas pelo pneumococo.
	Meningocócica conjugada	Reforço	Meningite meningocócica tipo C.
	Tríplice Viral	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.

Fonte: Programa Nacional de Imunização (PNI) (Brasil, 2023).

O PNI adota diferentes estratégias para definir as metas de cobertura vacinal para cada vacina do Calendário Nacional de Vacinação, a partir de alguns critérios

como a eficácia, a segurança e a efetividade do produto. Logo, o MS estabelece metas percentuais na vacinação de rotina, e no grupo populacional analisado. As metas de cobertura vacinal preconizadas são: 90% para BCG e rotavírus humano; 95% para as vacinas da poliomielite (VIP), hepatite B, pentavalente, meningocócica conjugada C e pneumocócica 10-valente; e 95% para a vacina da febre amarela. O MS considera adequada a cobertura vacinal acima de 95% da população-alvo, e dentre as suas metas está o alcance de 100% de crianças menores de um ano de idade imunizadas com todas as vacinas do esquema vacinal básico (Brasil, 2022).

Alcançar as metas de vacinação é uma condição necessária para atingir os objetivos do PNI, para tal, é essencial que os profissionais de saúde responsáveis pela vacinação conheçam o esquema básico preconizado no calendário de vacinação, sabendo que a cobertura vacinal é calculada considerando a última dose que completa o esquema vacinal de determinada vacina. Associado ao conhecimento da CV, é fundamental identificar a população-alvo a ser vacinada por área de abrangência e quais condições limitam à conclusão do esquema vacinal dos grupos (Brasil, 2022).

Nas últimas décadas, o PNI tem integrado novas tecnologias de informação, a exemplo do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) que retrata um avanço na gestão das informações acerca da cobertura vacinal no país. Possui reconhecimento internacional por ser um dos programas de imunização mais completo mundialmente, por manter elevadas coberturas de vacinação, além de oferecer a maior quantidade de vacinas de maneira gratuita nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (Souza *et al.*, 2022).

Embora haja evoluções a partir do PNI, observa-se nos últimos anos uma redução nacional das taxas de cobertura vacinal, bem como um número considerável de crianças menores de um ano com o esquema vacinal desatualizado. Tal evidência aponta um problema para a imunidade da população e o risco de reaparecimento de doenças já eliminadas e controladas (Sato, 2018).

No que se refere à vacinação de crianças, alguns fatores podem justificar a baixa cobertura vacinal nesse grupo populacional, sendo eles: inexistência de conscientização dos pais ou responsáveis para fornecer intervenções; hesitação vacinal; não aceitação da vacinação por razões sociais ou culturais; baixa compreensão do risco da doença, entre outros (Sato, 2018; Souza *et al.*, 2022). Logo, conforme Sato (2018) é necessária a adoção de estratégias mais abrangentes para assegurar a administração oportuna e apropriada das vacinas no público infantil para alcance das coberturas vacinais preconizadas.

A identificação do perfil vacinal é um artifício relevante para o monitoramento do nível de suscetibilidade de determinados grupos, além de indicar os aspectos relativos à saúde infantil e da prestação dos serviços, sendo possível viabilizar o processo de elaboração e reestruturação das ações que permeiam a vacinação. Tendo em vista a relevância de conhecer a situação do perfil vacinal das crianças, este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da cobertura vacinal e perfil sociodemográfico de crianças de zero a doze meses no município de Palmas-TO entre os anos de 2020 e 2021, no intuito de favorecer uma melhor compreensão da situação atual do município.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, com fonte de dados secundários, provenientes do sistema *Business Intelligence* para e-SUS (BI-eSUS) e da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em Palmas-TO. O município é a capital do estado do Tocantins, localizado na região Norte do país, fundado em 20 de maio de 1989 logo após a criação do Tocantins pela Constituição de 1988, com população estimada de 313 mil habitantes em 2021, área total de 2.227,329 km² e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0.788 (IBGE, 2017).

A população do estudo foi composta mediante os seguintes critérios de inclusão: crianças de zero a 12 meses, com esquema vacinal completo com imunobiológicos preconizados para esta faixa etária e residentes no município de Palmas-TO, no período de 2020 a 2021.

Os dados da cobertura vacinal foram extraídos do sistema de domínio público DATASUS. Para isso, a CV foi avaliada a partir dos imunobiológicos estabelecidos no primeiro ano de vida, destes foram escolhidos para o estudo: vacina bacilo de Calmette e Guérin (BCG); hepatite B em crianças até 30 dias; rotavírus humano (VORH); vacina poliomielite inativada (VIP); pneumocócica 10 valente (pneumo 10); meningocócica C (meningo C); tifteria + tétano + coqueluche + hepatite B + *Haemophilus influenzae* tipo b – pentavalente (DTP + HB + Hib) e febre amarela, na faixa etária que inclui crianças de zero a 12 meses.

Os dados referentes ao perfil demográfico do público em estudo foram extraídos do sistema BI.eSUS. O BI é uma ferramenta de gestão, Sistema Integrado de Gestão Pública destinado à extração e análise de informações do e-SUS, que foi desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia em Saúde (NUT) da FESP, com o objetivo de

apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde no município e no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Palmas, 2022).

As variáveis selecionadas referente ao perfil demográfico da população em estudo foram: sexo da criança; sexo do familiar responsável; faixa etária do familiar; etnia/raça/cor do responsável; ocupação e nível de escolaridade do responsável; localização urbana ou rural e renda familiar. Essas informações são extraídas a partir do preenchimento das Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar, instrumentos preconizados pelo MS que tem como objetivo coletar informações de identificação, sociodemográficas, características sócio sanitárias dos domicílios e condições de saúde dos indivíduos que se encontram no território de abrangência das unidades de saúde. As fichas são preenchidas com informações do usuário e posteriormente passam por processo de digitação no sistema eletrônico do SUS (e-SUS), são processadas e consolidadas no BI.

Para tal, foram consideradas as crianças imunizadas com todas as doses recomendadas pelo esquema vacinal de cada imunizante, sendo 1ª, 2ª, 3ª dose ou dose única. Vale enfatizar que a seleção das crianças com esquema básico completo levou em consideração as doses aplicadas, e não o critério mais rigoroso que seria as doses corretas em tempo oportuno, tendo em vista que a maioria das pesquisas encontradas utilizaram doses aplicadas.

A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2023 e a amostra foi caracterizada por 5.160 crianças, atendendo aos critérios de inclusão citados. Após a coleta, os dados foram tabulados e processados com auxílio de planilhas do programa *Microsoft Excel for Windows* 2016®, por conseguinte a avaliação foi realizada mediante análises estatísticas destas planilhas, nas quais foram realizadas as distribuições das frequências relativa e absoluta de acordo com as variáveis selecionadas. Após os dados serem tabulados, foram comparados e discutidos com resultados encontrados na literatura.

Em seu aspecto ético, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e foi aprovado pelo CEP da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, sob o parecer de número: 6.591.087 e CAAE: 74993923.0.0000.9187. Somente após a aprovação do comitê a coleta de dados foi iniciada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados no DATASUS acerca das crianças com idade entre zero a 12 meses no município de Palmas, referente aos oito imunizantes de interesse, nota-se na Tabela 1 que dentre as vacinas apresentadas, apenas a cobertura vacinal da

BCG e da hepatite B foram satisfatórias em 2020, com alcance de 97,25% e 96,03%, respectivamente, já em 2021, com 93,37% e 92,43%, não atingiram a meta estabelecida. Em ambos os anos, os demais imunizantes não obtiveram cobertura vacinal conforme o preconizado, haja vista que o MS estabelece a meta de 95% para o esquema vacinal básico do primeiro ano de vida (Brasil, 2022).

Percebe-se que as maiores taxas de cobertura vacinal ocorreram nas vacinas BCG e hepatite B em crianças de até 30 dias (Tabela 1). Estudos anteriores apontaram que as primeiras vacinas têm maior adesão, pois a sua administração ocorre ao nascer, e no caso da BCG, acontece em dose única, o que faz com que a criança já saia imunizada da maternidade, além de que a BCG está presente no esquema vacinal infantil desde a primeira implantação da caderneta de vacinação. Associado a isso, imunizantes de dose única mostram coberturas elevadas (Ribas e Carneiro, 2018; Fonseca e Buenafuente, 2021)**.**

Observa-se que, apesar de a maioria das vacinas não atingirem as metas de cobertura, o ano de 2020 apresentou as maiores taxas de cobertura vacinal em comparação ao ano seguinte, com evidência de uma queda acentuada para todos os imunobiológicos em 2021. Evidencia-se que a vacina contra a febre amarela apresentou a menor cobertura, com média de 65, 20%, distanciando-se grandemente da meta de 95% preconizada (Tabela 1).

Alguns fatores podem estar ligados à baixa CV contra a febre amarela, como pouca informação acerca da vacina e da doença e o desconhecimento de que o município está numa região endêmica da doença, o que gera uma falsa sensação de segurança. Medidas específicas, como campanhas de vacinação contra a febre amarela devem ser estimuladas, a fim de elevar a cobertura vacinal e manter a imunidade do público-alvo ativa.

Tabela 1. Cobertura vacinal em % por imunobiológico e ano em crianças de zero a 12 meses em Palmas-TO no período de 2020 a 2021.

Imunobiológico	2020	2021	Média
BCG	97,25	93,37	95,30
Hepatite B em crianças até 30 dias	96,03	92,43	94,22
Rotavírus Humano	87,91	75,14	81,50
Meningococo C	88,44	75,91	82,15
Penta	93,90	72,36	83,08
Pneumocócica	92,12	78,95	85,50
Poliomielite (VIP)	86,21	72,53	79,34
Febre Amarela	68,93	61,51	65,20

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), 2023.

Em relação às coberturas vacinais das demais vacinas, rotavírus humano, meningococo C, pentavalente, pneumocócica e poliomielite, nenhuma delas alcançou as metas preconizadas pelo MS no mesmo período (Tabela 1). Um dos possíveis motivos para a CV inferior a 95%, deve-se a perda da faixa etária determinada, ou seja, a não imunização em tempo oportuno, já que é comum o acontecimento de atrasos na administração das doses subsequentes do esquema vacinal no primeiro ano de vida da criança, em consequência da quantidade de vacinas, apreensão dos pais à aplicação de múltiplas doses e à manifestação de eventos adversos pós-vacinação (Ribas e Carneiro, 2018).

Outro fator potencial e impactante na redução e não alcance da CV, refere-se ao surgimento da pandemia pela doença do coronavírus (covid-19) em 2020, no qual a busca por atendimento presencial nos serviços de saúde reduziu rapidamente em diversos países, inclusive para a vacinação infantil, em razão das medidas de distanciamento social para amenizar a transmissão do vírus. De acordo com Sato (2020), evidencia-se uma queda acentuada das coberturas vacinais infantis durante a pandemia, isso se justifica devido à necessidade da continuidade do cuidado por telemedicina; preocupação dos responsáveis em expor as crianças ao vírus em caso de levá-las presencialmente, entre outros.

Embora sejam recomendadas para administração simultânea, destaca-se a diferença de CV entre os imunizantes penta (83,08%), pneumo (85,50%), rotavírus (81,50%) e VIP (79,34%). Conforme Lemos *et al*. (2022), isso pode estar associado ao receio dos pais em relação ao filho receber mais de uma vacina injetável; por se tratar de vacinas com esquema multidoses; possibilidade da ocorrência de erros durante o registro na sala de vacinação ou a não aplicação dos imunobiológicos no prazo estipulado. Tais vacinas apresentaram CV com percentuais abaixo das recomendações, semelhante ao identificado por outros autores, nos quais referem que os imunizantes para doenças que exigem mais de uma dose, verifica-se maior atraso vacinal, consequentemente há queda da cobertura vacinal, o que exige estratégias para aprimorar a adesão (Yokokura *et al*., 2013; Kiely *et al*., 2018).

Com baixos índices da cobertura vacinal contra a poliomielite (média= 79,34%), há preocupação acerca do reaparecimento da doença, tendo em vista a existência de circulação do vírus da poliomielite em diversas regiões do mundo, fazendo com que percentuais desta magnitude deixem a sociedade suscetível. Dados como este foram identificados em outros estudos (Maciel *et al.*, 2017) em anos anteriores à pandemia, o que evidencia uma sequência temporal de cobertura vacinal inferior ao determinado.

A exemplo deste cenário, estudo demonstra tendência de queda na cobertura da vacina BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil entre os anos de 2006 e 2016 (Souza *et al.*, 2022); outro estudo realizado no estado de Roraima apresenta resultados de coberturas vacinais inferiores às metas preconizadas pelo MS, além de oscilações, em que um ano apresentou cobertura adequada e em anos posteriores, uma drástica queda proporcional (Fonseca e Buenafuente, 2021). Destaca-se também em um município do Pará, baixa porcentagem de crianças vacinadas nos meses iniciais de vida, com média de 70,5%, ou seja, bem abaixo do preconizado (Rosenscheg e Souza, 2021). O vasto território brasileiro propicia a diferenciação dos níveis de APS devido às distintas realidades e estrutura dos serviços de saúde, o que ocasiona o surgimento de desigualdades regionais que podem influenciar e favorecer a queda da cobertura vacinal nas diferentes regiões e grupos específicos (Souza *et al.*, 2022).

Os resultados do estudo em questão chamam a atenção para a tendência de redução da CV da maioria dos imunizantes, especialmente a pentavalente, que obteve uma queda significativa da cobertura vacinal comparada às demais vacinas. Além de estar associado ao surgimento do coronavírus, pode ser justificável pela inserção dessa vacina em 2012 no calendário de imunização infantil, levando a um menor conhecimento acerca do imunobiológico e por estar correlacionado com a ocorrência de eventos adversos, o que pode causar insegurança nos responsáveis (Ribas e Carneiro, 2018).

A importância do alcance de coberturas vacinais preconizadas e vacinação oportuna está relacionada ao estímulo de uma resposta imunológica com vistas à proteção das crianças contra doenças infecciosas e transmissíveis. Logo, auxilia na redução de custos sociais e econômicos, bem como na diminuição da morbidade e mortalidade precoce consequente de doenças.

Durante o período analisado, de 2020 a 2021, foram identificadas 11.365 crianças imunizadas em Palmas-TO, destas, 45,4% (n=5160) apresentaram esquema vacinal completo, enquanto 54,6% (n=6205) apresentaram esquema vacinal incompleto referente a uma ou mais vacinas recomendadas até os 12 meses (Tabela 2). Nota-se a minoria das crianças com completude vacinal, uma porcentagem inferior ao identificado em outras cidades do país, como no estudo de Yokokura *et al.* (2013), cujo valor chegou a quase 72% de crianças menores de um ano adequadamente imunizadas, o que pode estar relacionado às diferenças regionais do acesso ao sistema de saúde.

Tabela 2. Proporção de crianças de zero a 12 meses com esquema vacinal completo e incompleto em Palmas-TO no período de 2020 e 2021.

	n	%
Crianças com esquema vacinal completo	5160	45,4
Crianças com esquema vacinal incompleto	6205	54,6
TOTAL	**11365**	**100**

Fonte: BI.eSus, 2023.

A superioridade de vacinação incompleta pode estar ligada a alguns fatores, dentre eles vale ressaltar a divulgação das *fake news* nas redes sociais, o movimento antivacinismo, a desinformação acerca da confiabilidade e importância das vacinas, a descontinuidade das doses devido à falsa impressão de que não há mais necessidade de se vacinar, entre outros (Lemos *et al.*, 2022). A incompletude e atraso do esquema vacinal no decorrer do primeiro ano de vida indica uma condição de vulnerabilidade e suscetibilidade das crianças para o retorno de doenças imunopreveníveis já sob controle epidêmico na população, além de torná-las suscetíveis à maior morbimortalidade.

Estudos destacam a importância de fortalecer a realização de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde como fator contribuinte para auxiliar na vacinação completa, visto que as informações fornecidas aos pais e/ou responsáveis sobre a importância da imunização infantil, principalmente no pós-parto, representa considerável preditor para completar oportunamente o calendário vacinal (Oyo-Ita *et al.*, 2016). Além disso, as visitas intermediadas pela Atenção Primária à Saúde contribuem para a verificação contínua da caderneta de vacinação das crianças adscritas à unidade de saúde, a fim de identificar atrasos e referenciar a longitudinalidade do cuidado.

Tabela 3. Características sociodemográficas das crianças de zero a 12 meses com esquema de vacinação completo em Palmas, Tocantins, Brasil, 2020-2021.

VARIÁVEIS	n		%	
	2020	**2021**	**2020**	**2021**
Crianças vacinadas com esquema vacinal completo	2473	2687	47,9	52,1
Sexo da criança				
Masculino	1255	1408	50,7	52,4
Feminino	1218	1279	49,3	47,6
Sexo do familiar				
Feminino	879	959	35,5	35,7
Masculino	339	347	13,7	12,9
Perdas	1255	1381	50,7	51,4
Faixa etária do familiar				
< 20	21	30	0,8	1,1

(continua)

Tabela 3 (continuação)

20-29	372	436	15,0	16,2
30-39	492	534	19,9	19,9
40-49	222	190	9,0	7,1
≥ 50	111	116	4,5	4,3
Perdas	1255	1381	50,7	51,4
Etnia/raça/cor do responsável				
Branca	225	239	9,1	8,9
Parda	759	806	30,7	30,0
Amarela	139	173	5,6	6,4
Preta	93	87	3,8	3,2
Indígena	2	1	0,1	0,0
Perdas	1255	1381	50,7	51,4
Ocupação				
Assalariado com carteira de trabalho	332	346	13,4	12,9
Assalariado sem carteira de trabalho	96	104	3,9	3,9
Autônomo com previdência social	37	50	1,5	1,9
Autônomo sem previdência social	107	109	4,3	4,1
Aposentado/pensionista	25	30	1,0	1,1
Empregador	12	13	0,5	0,5
Servidor público	84	89	3,4	3,3
Desempregado/ não trabalha	358	385	14,5	14,3
Não informado	101	121	4,1	4,5
Outro	66	59	2,7	2,2
Perdas	1255	1381	50,7	51,4
Nível de escolaridade				
Alfabetizado	3	3	0,1	0,1
Fundamental 1ª - 4ª série	39	34	1,6	1,3
Fundamental completo	193	204	7,8	7,6
Médio completo	652	673	26,4	25,0
Superior completo	251	311	10,1	11,6
Não informado/nenhum	80	81	3,2	3,0
Perdas	1255	1381	50,7	51,4
Localização urbana ou rural (cadastro individual)				
Urbana	1116	1143	45,1	42,5
Rural	94	123	3,8	4,6
Vazias/ sem informações	1263	1421	51,1	52,9
Renda familiar (salários mínimos)				
< 1	58	67	2,3	2,5
1	326	328	13,2	12,2
2	376	403	15,2	15,0
3	163	177	6,6	6,6

(continua)

Tabela 3 (continuação)

≥ 4	143	132	5,8	4,9
Não informado	144	159	5,8	5,9
Vazias	1263	1421	51,1	52,9

Fonte: Elaborado pela autora, a partir da extração de dados do BI.eSus, 2023.

Em relação às variáveis verificadas referente ao perfil epidemiológico das crianças com esquema vacinal completo, identificaram-se as principais características dos responsáveis sendo do sexo feminino, faixa etária entre 30-39 anos, raça/cor parda, desempregado (a), escolaridade ensino médio completo, renda familiar entre um e dois salários mínimos e com moradia em localização urbana (Tabela 3).

Vale ressaltar que as variáveis localização e renda familiar não tiveram essa informação preenchida na maioria das crianças avaliadas, sendo o campo marcado como vazio em 51,1% no ano de 2020 e 52,9% em 2021 (Tabela 3). Tal cenário evidencia a fragilidade no preenchimento das informações no cadastro das crianças por parte dos profissionais de saúde e/ou algumas pessoas preferem não informar alguns dados.

Foram consideradas perdas aquelas crianças que não possuíam cadastro individual, representando valor ligeiramente superior a 50% em ambos os anos, um percentual expressivo de crianças/famílias não cadastradas no território de saúde. Esse achado demonstra a ausência de vínculo à Unidade de Saúde da Família (USF), na qual existe busca por ações pontuais, como a vacinação. Outro fator potencial é a falha no cadastro individual por parte da APS, visto que as crianças realizaram o procedimento da vacinação, no entanto, não foram cadastradas oportunamente.

O cadastramento familiar, por meio das fichas de cadastro individual e domiciliar, é uma forte ferramenta para a obtenção de informações sociais, econômicas e de saúde da população do território, com vistas a conhecer a área de abrangência e a população adscrita. Tal atividade é responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (eSF) e de grande relevância para APS, como maneira de realizar o diagnóstico situacional por meio do mapeamento e reconhecimento da área adscrita (Brasil, 2017).

A fragilidade apresentada dificulta a realização de busca ativa das crianças faltosas na imunização, visto que ao não as cadastrar e não as vincular à USF, surge um impedimento na identificação da sua localização assertiva no território, consequentemente, apresenta uma barreira às tomadas de decisões em saúde.

Desse modo, enfatiza-se a necessidade da qualificação dos profissionais da APS para o cadastramento do público alvo continuamente e ao fortalecimento do vínculo e adscrição dos usuários no seu território, de maneira a validar as diretrizes da Política Nacional a Atenção Básica e favorecer a análise da situação de saúde populacional por

meio dos sistemas de informação. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais essenciais para mudança deste cenário, uma vez que atuam no cadastro e na atualização cadastral da população, bem como os demais profissionais da eSF que atuam no planejamento e gerenciamento das atividades dos ACS (Brasil, 2017).

Os resultados mostram um leve predomínio de crianças do sexo masculino em 2020 e 2021, com valores de 50,7% e 52,4%, respectivamente, no entanto, não aponta grande diferença de gênero no cumprimento do esquema vacinal. Já concernente ao responsável familiar, o sexo feminino (2020= 35,5% e 2021= 35,7%) foi superior ao masculino.

No que concerne à idade do responsável familiar, notou-se um maior percentual entre as crianças com adequação do esquema vacinal de pais com idade entre 30-39 anos (19,9%). Corroborando, estudos revelam que a adequação vacinal aparenta elevar com o avanço da faixa etária materna, como destacado no estudo de Silva *et al*. (2018a), cujas mulheres com mais de 35 anos possuem maiores chances de imunizar seus filhos de modo correto, uma vez que a maturidade específica dessa fase pode colaborar no conhecimento acerca de medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde, bem como na segurança na tomada de decisão.

Crianças de chefe de família de cor parda apresentaram maiores percentuais de adequação vacinal em ambos os anos, provavelmente por ser essa população a predominante no país, bem como, pode estar associado a menores dificuldades de pessoas pardas de serem vacinadas, haja vista que no estudo realizado por Yokokura *et al*. (2013), os pais de cor preta teriam maiores dificuldades de vacinarem seus filhos, possivelmente decorrente da discriminação racial na obtenção de acesso aos serviços de saúde, incluindo a vacinação.

Concernente à renda familiar, verificou-se a média salarial entre um e dois salários mínimos, caracterizando uma população de baixo poder aquisitivo, também refletido na ocupação do responsável, representada por porcentagem maior de desempregados (14,5% em 2020 e 14,3% em 2021), um resultado peculiar de países em processo de desenvolvimento. De tal modo, a renda mensal do chefe de família, aparentemente, não indica um preditivo de maiores níveis de esquema vacinal completo, como identificado no estudo de Oliveira *et al*. (2014). No entanto, tal achado pode ser justificável devido às classes menos favorecidas utilizarem com mais frequência os serviços gratuitos ofertados pelo Sistema Único de Saúde, além de que o recebimento de benefícios sociais do governo exige a obrigação de manter a vacinação atualizada, assim tal estratégia pode estar atingindo positivamente crianças menos favorecidas.

Ao analisar o esquema vacinal completo, houve associação com maior escolaridade materna, visto que no presente estudo, conforme a Tabela 3, mães com ensino médio completo (26,4% e 25,0%) tendem a ter filhos vacinados, corroborando com achados de Oliveira *et al*. (2014) que destacam que conforme aumenta a escolaridade do chefe de família, há maior adequação na vacinação. Tal dado difere das crianças que possuem incompletude vacinal, pois, segundo Silva *et al*. (2018b), mães com baixa escolaridade (0 a 4 anos) têm tendência a ter filhos menos vacinados. Portanto, o grau de instrução reflete nas condições de saúde e na imunização, pois um maior nível de conhecimento pode facilitar no entendimento preciso para atualização vacinal, favorecer maiores possibilidades de acesso à informação e refletir na maior adesão aos serviços de saúde, incluindo a vacinação.

Estudos demonstram que os cuidados básicos voltados às crianças como a atualização do esquema vacinal, higiene, educação e saúde estão relacionados a alguns fatores como: idade materna entre 20 e 35 anos, escolaridade materna superior ou igual a oito anos e renda familiar maior que um salário mínimo, logo é esperado que famílias com tais características sociais apresentem maior cuidado à saúde da criança, de modo que foi atestado no presente estudo (Silva *et al*., 2018a).

Em relação à localização urbana ou rural, foi predominante a urbana em 2020 (45,1%) e 2021 (42,5%), um dado esperado devido à maior concentração de habitantes nas cidades, em consequência disso há intensificação das campanhas de vacinação de maneira homogênea nos territórios urbanos, maior distribuição de USF e da Estratégia Saúde da Família na região urbana. Logo, os resultados da pesquisa demonstram que o programa de imunização tem sido bem-sucedido em alcançar adequação do esquema vacinal entre as crianças mais pobres nas áreas urbanas.

Concernente às variáveis verificadas, destaca-se que o ensino médio completo, a renda familiar entre um e dois salários mínimos, o sexo feminino e a idade dos responsáveis apresentam associação significativa para o cumprimento do calendário vacinal. A partir da análise das informações do presente estudo, observa-se melhoria de alguns fatores sociais para auxiliar no cumprimento das vacinas, no entanto, as iniquidades permanecem na sociedade.

O estudo possui algumas limitações em decorrência de ser proveniente de banco de dados online (DATASUS e BI-eSus), nos quais podem ocorrer subnotificações, inconsistências, incompletude e limitação de informações específicas presentes em bancos secundários. Dentre as limitações, inclui-se a impossibilidade de avaliar o esquema vacinal com doses válidas e aplicadas oportunamente e o excesso de perdas ligeiramente superiores a 50%, impossibilitando avaliar uma amostra maior de crianças.

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CV em crianças de zero a 12 meses em Palmas-TO, no período de 2020 e 2021, demonstra uma situação preocupante em virtude da apresentação da redução e não alcance das metas pela maior parte dos imunobiológicos. Os dados epidemiológicos apresentados permitem concluir que melhores padrões sociodemográficos podem contribuir positivamente na adesão à vacinação e na cobertura vacinal na população, assim indicam a importância de tais fatores como barreira ou apoio à vacinação completa.

No intuito de favorecer maior proteção à população infantil referente às doenças imunopreveníveis, faz-se fundamental considerar nas estratégias de vacinação a vulnerabilidade de crianças a partir dos fatores associados ao cumprimento do calendário vacinal, pois ao entendê-los e conhecê-los é possível planejar medidas de promoção vacinal a partir das especificidades de cada grupo populacional e evitar as desigualdades sociais por meio do acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde.

Tais evidências apontam para a necessidade de retomada de estratégias para fortalecer as ações que visem alcançar metas vacinais nos próximos anos e, consequentemente, evitar o reaparecimento de doenças imunopreveníveis, assim contribuindo para a saúde individual e coletiva. Ressalta-se ainda a necessidade de qualificação dos profissionais da atenção primária quanto ao seguimento das vacinas nos intervalos preconizados, aprimoramento do acesso, do preenchimento adequado dos sistemas de informação e a importância do cadastro individual.

Destaca-se ainda, a necessidade de realização de estudos que busquem investigar a cobertura vacinal e o perfil epidemiológico das crianças após a pandemia, a fim de avaliar os impactos e a retomada da vacinação a partir desse cenário, bem como a realização de estudos de base populacional e inquéritos domiciliares, haja visto que por meio de sistemas de informação diversas informações podem não ser verificadas em sua íntegra.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, a Deus, o autor da vida que me permitiu ter saúde e determinação para finalizar este trabalho. Aos meus pais e irmão, pelo imenso incentivo, apoio e suporte em todos os momentos da minha vida. Ao meu noivo, pelo auxílio e companheirismo em mais uma fase importante. Às minhas amigas, pela torcida, parceria

e troca de experiências. À minha orientadora, pela pessoa dedicada e excelente profissional que representa.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario. Acesso em: 05 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 05 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 5ª ed. rev. e atual, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FONSECA, K. R. DA; BUENAFUENTE, S. M. F. Análise das coberturas vacinais de crianças menores de um ano em Roraima, 2013-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil, Tocantins, Palmas**. 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama. Acesso em: 08 set. 2022.

KIELY, M. *et al*. Impacto dos atrasos nas vacinas nas consultas de 2, 4, 6 e 12 meses no estado de vacinação incompleta aos 24 meses de idade em Quebec, Canadá. **BMC Saúde Pública 18**, 1364 (2018).

LEMOS, P. DE L. *et al*. Fatores associados ao esquema vacinal oportuno incompleto até os 12 meses de idade, Rondonópolis, Mato Grosso. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, p. e2020300, 2022.

MACIEL, J. A. P. *et al*. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 14, p. 1-12, dez. 2019.

OLIVEIRA, M. F. S. DE *et al*. Factors associated with vaccination coverage in children < 5 years in Angola. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 48, n. 6, p. 906-915, dez. 2014.

OYO-ITA, A. *et al*. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], v. 2016, n. 7, p. 1-80, 10 jul. 2016.

PALMAS (Palmas-To). Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. **Núcleo de Tecnologia (NUT)**. 2022. Disponível em: https://fesp.palmas.to.gov.br/tecnologia. Acesso em: 10 dez. 2023.

RIBAS, M. A.; CARNEIRO, G. M. A. Cobertura Vacinal do Esquema Básico para o primeiro ano de vida no estado do Ceará. **Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, [*s. l*], v. 4, n. 9, p. 2296-2300, ago. 2018.

ROSENSCHEG, M. R.; SOUZA, M. P. DE. Perfil de Imunização Infantil na rede de Atenção Básica de Saúde de Guarapuava. **Jornal Paranaense de Pediatria**, [S.I], v. 1, n. 22, p. 1-8, mar. 2021.

SATO, A. P. S. Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 54, p. 1-9, 15 dez. 2020.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 96, p. 1-9, 22 nov. 2018.

SILVA, A. T. P. *et al*. Cumprimento do esquema vacinal em crianças internadas por pneumonia e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 52, p. 38-10, 5 abr. 2018a.

SILVA, F. S. *et al*. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento brisa, são luís, maranhão, nordeste do brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 1-21, 12 mar. 2018b.

SLENDAK, M. S. *et al*. A importância da vacinação: a opinião dos pais de crianças de 0 a 5 anos/ the importance of vaccination. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 18420-18432, 31 ago. 2021.

SOUZA, J. F. A. *et al*. Cobertura vacinal em crianças menores de um ano no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 9, p. 3659-3667, set. 2022.

YOKOKURA, A. V. C. P. *et al*. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 522–534, mar. 2013.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS, 2018-2021

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MORTALITY FROM HOMICIDES IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS, TOCANTINS, 2018-2021

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDAD POR HOMICIDIOS EN EL MUNICIPIO DE PALMAS, TOCANTINS, 2018-2021

Hgor Ribeiro Pinho:

Psicólogo Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva - FESP/ULBRA, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: hribeiropinho@gmail.com | Orcid.org/0009-0008-4557-2682

Marcela Antunes Paschoal Popolin:

Enfermeira Doutora Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e Tutora do Programa de Residência da FESP/ULBRA.E-mail: marcela.popolin@uft.edu.br | Orcid.org/0000-0002-8111-4370

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

Como citar este artigo:

Pinho, H. R..; Popolin, M. A. P. Perfil epidemiológico da mortalidade por homicídios no município de Palmas, Tocantins, 2018-2021. Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

RESUMO:

A violência é um fenômeno complexo, multideterminado e está presente em diversos setores da sociedade. Apesar de não ser uma demanda específica da saúde, sua existência é um problema, pois impacta as condições de vida e saúde da população. Este estudo teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da mortalidade por homicídios em Palmas - TO, no período 2018 a 2021. Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem quantitativa, baseado nos dados submetidos ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisadas as variáveis: sexo, faixa etária, raça, escolaridade, local de ocorrência e causa. Do total de 364 óbitos, o perfil predominante das vítimas de homicídios foi de pessoas do sexo masculino, de cor parda, entre 20 e 29 anos, com baixa escolaridade, vitimadas por arma de fogo e ocorridos em via pública. Dado o exposto, entende-se a necessidade de estudos que possam auxiliar no planejamento de políticas públicas para prevenção da violência e consequentemente, na redução do número de óbitos.

PALAVRAS-CHAVE: Homicídio; Perfil epidemiológico; Violência.

ABSTRACT:

Violence is a complex, multi-determined phenomenon and is present in different sectors of society. Although it is not a specific health demand, its existence is a problem, as it impacts the living and health conditions of the population. This study aimed to understand the epidemiological profile of homicide mortality in Palmas - TO, from 2018 to 2021. It is a descriptive study with a quantitative approach, based on data submitted to the Mortality Information System (SIM), made available through the Information Technology Department of the Unified Health System (DATASUS). The variables were analyzed: sex, age group, race, education, place of occurrence and cause. Of the total of 364 deaths, the predominant profile of homicide victims was male people, mixed race, between 20 and 29 years old, with low education, victims of firearms and occurring on public roads. Given the above, we understand the need for studies that can assist in the planning of public policies to prevent violence and, consequently, in reducing the number of deaths.

KEYWORDS: *Homicide; Epidemiological profile; Violence.*

RESUMEN

La violencia es un fenómeno complejo, multideterminado y está presente en diferentes sectores de la sociedad. Si bien no es una demanda de salud específica, su existencia es un problema, ya que impacta las condiciones de vida y salud de la población. Este estudio tuvo como objetivo comprender el perfil epidemiológico de la mortalidad por homicidio en Palmas - TO, de 2018 a 2021. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, basado en datos presentados al Sistema de Información de Mortalidad (SIM), puestos a disposición a través de la Tecnología de la Información. Departamento del Sistema Único de Salud (DATASUS). Se analizaron las variables: sexo, grupo etario, raza, escolaridad, lugar de ocurrencia y causa. Del total de 364 muertes, el perfil de víctimas de homicidio predominante fue el de personas masculinas, mestizas, entre 20 y 29 años, con bajo nivel educativo, víctimas de armas de fuego y ocurridos en la vía pública. Dado lo anterior, entendemos la necesidad de estudios que puedan coadyuvar en la planificación de políticas públicas para prevenir la violencia y, en consecuencia, en la reducción del número de muertes.

Palabras clave: *Homicidio; Perfil epidemiológico; Violencia.*

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo, multideterminado e está presente em diversos setores da sociedade. Apesar de não ser uma demanda específica da saúde, sua existência é um problema, pois impacta as condições de vida e saúde da população. Reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, definindo-a como o

> uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações" (*World Health Organization*, 2002, p. 5).

Dentro do contexto da violência destacam-se as causas externas. Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID 10), referem-se a traumas ou lesões decorrentes de causas acidentais ou intencionais e são divididas em cinco grupos, acidentes de trânsito; suicídios; homicídios; causas de intenção indeterminadas; e demais causas externas.

Os óbitos por causas externas são classificados como óbitos não naturais, resultantes de uma ação voluntária, como em casos de suicídios e homicídios, bem como por intervenções repentinas e violentas, a exemplo de acidentes de trânsito (Modesto *et al*., 2019). Em 2008, as causas externas corresponderam à principal causa de óbitos entre os jovens com idade entre 1 e 24 anos (Brasil, 2008). A população infanto-juvenil figura como a mais vulnerável, especialmente pela imaturidade, pelo excesso de coragem e postura curiosa da criança, além do uso de álcool e outras drogas por adolescentes e jovens (Martins e Andrade, 2005; Phebo e Moura, 2005).

Quando falamos em violência urbana é comum pensarmos nos homicídios. E, faz sentido, uma vez que sua existência é a principal representação da violência, impactando negativamente a população e estabelecendo uma rotina de medo e insegurança que além de atentar contra os direitos humanos também pode alterar o comportamento das pessoas.

No Brasil, nos últimos 25 anos, observou-se que os homicídios entre adolescentes e jovens adultos (de 10 a 39 anos) representaram 70%, sendo grande parte dessa população oriunda das periferias e de baixa escolaridade. Com relação ao instrumento utilizado na resolução dos conflitos que culminaram em mortes, a arma de fogo é o instrumento preferencial (Minayo, 2009).

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o país registrou em 2022 47.508 mortes violentas intencionais, categoria criada pelo fórum e que contempla, dentre outros, os homicídios dolosos. O estudo apontou que a taxa

de mortalidade em 2022 ficou em 23,4 por grupo de 100 mil habitantes, um recuo de 2,4% em comparação com o ano anterior. Ainda que seja positiva essa queda se comparada com os anos entre 2018 e 2021, o Brasil pode ser considerado uma nação violenta e com inúmeros desafios a superar.

Especialmente na última década a explicação para a escalada da violência segundo Bueno e Lima (2023) se deve ao racha entre duas das maiores facções criminosas do país, o Comando Vermelho e o Primeiro Comando da Capital (PCC), que apesar de originárias da região sudeste tem ampliado sua área de atuação aliando-se a facções locais atuantes no narcotráfico. O mesmo documento sinaliza que o perfil das vítimas é composto em sua maioria de homens negros.

O estado do Tocantins (TO) tem apresentado aumentos expressivos no tocante à violência. Em parte, pela concentração de renda, pela urbanização crescente e pela desigualdade social (Sales *et al.,* 2021). A capital Palmas, pelo caráter urbano e ser a cidade do estado mais populosa, também tem sofrido com a violência, especialmente em números de homicídios, a representação mais grave da violência.

Dados da Secretaria de Segurança Pública do Tocantins apontam que o estado totalizou 397 homicídios em 2018 e 367 homicídios em 2019. No ano de 2022 a taxa de mortes violentas intencionais foi de 30,5 por 100 mil habitantes, acima da média nacional. Esses números reforçam o crescimento da violência na região norte do país, que atualmente ocupa o terceiro lugar em números de homicídios.

Do exposto, entende-se a necessidade de estudos que possam auxiliar no planejamento de políticas públicas para prevenção da violência e consequentemente, na redução do número de óbitos. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por homicídios em Palmas, TO.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por todos os casos de óbitos por homicídios ocorridos na cidade de Palmas, entre os anos de 2018 e 2021. Foram incluídos na pesquisa os indivíduos que residiam no município e que foram vítimas de homicídios no período.

A mais nova dentre as capitais brasileiras, a cidade de Palmas de acordo com o censo demográfico de 2022 conta com uma população de 302.692 habitantes, apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,788 e um PIB per capita (2020) de R$ 32.452,56 (IBGE, 2022).

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio do Departamento de Informação

e Informática do SUS (DATASUS) provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As variáveis analisadas foram sexo, faixa etária, raça, escolaridade, local de ocorrência e causa.

Para o estudo foram utilizados os óbitos cuja causa básica esteve agrupada no Capítulo XX - Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade por agressões que correspondem às categorias X85-Y09, da Classificação Internacional de Doenças, da 10ª Revisão (CID-10).

Os dados foram organizados e tabulados por meio do Programa Microsoft Excel 2016. Após a análise de consistência do banco de dados foram realizadas análises exploratórias para caracterizar o perfil dos óbitos por homicídio. Essa etapa foi realizada por meio da estatística descritiva dos parâmetros quantitativos, sendo calculadas frequências absolutas e relativas.

De acordo com recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por se tratarem de dados secundários, de domínio público em que nenhum participante da pesquisa foi identificado, dispensou-se a apresentação deste ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na cidade de Palmas, Tocantins, entre os anos de 2018 e 2021 foram registrados 364 óbitos por homicídios. Compreendida como um problema de saúde pública, a violência urbana tem no homicídio a forma mais grave de manifestação, impactando significativamente toda a população. Inúmeros estudos têm evidenciado a escalada da violência no Brasil, especialmente os homicídios, com crescimento desde o fim da década de 70 e especialmente na década de 90, ligados, sobretudo, a mercados ilegais e disputados por grupos armados (Manso e Godoy, 2014; Ratton e Daudelin, 2018; Feltran, 2018).

Os resultados do estudo apontaram que o sexo masculino foi o mais acometido totalizando 330 óbitos (90,66%), tendo em 2020 a maior taxa 93 óbitos (28,18%) (Tabela 1). Tais achados corroboram com os encontrados na pesquisa realizada por Silva e Fernandes (2010) no município de Sarandi, no Paraná, em 2008. Gawryszewski, Kahn e Mello-Jorge (2005) destacaram que também na cidade de São Paulo há uma predominância de óbitos na população masculina.

Tabela 1 – Óbitos por homicídios classificados por sexo, faixa etária, local de ocorrência, escolaridade, raça/cor e CID-10, período: 2018-2021.

Variáveis	2018	2019	2020	2021	Total	%
Sexo						**N (364)**
Masculino	89	83	93	65	330	90,66

Feminino	8	8	9	9	34	9,34
Faixa etária						**N (364)**
Ignorado	-	-	-	1	1	0,27
Menor de 1 ano	-	1	-	-	1	0,27
10 a 14 anos	3	1	-	1	5	1,37
15 a 19 anos	14	16	14	11	55	15,11
20 a 29 anos	41	37	39	29	146	40,11
30 a 39 anos	24	16	21	21	82	22,53
40 a 49 anos	5	8	13	9	35	9,61
50 a 59 anos	7	8	14	2	31	8,52
60 a 69 anos	3	4	1	-	8	2,20
Local de ocorrência						**N (364)**
Ignorado	-	-	-	2	2	0,55
Hospital	17	14	13	9	53	14,56
Outro estabelecimento de saúde	5	1	3	1	10	2,75
Domicílio	9	17	23	15	64	17,58
Via pública	38	31	43	30	142	39,01
Outros	28	28	20	17	93	25,55
Escolaridade						**N (364)**
Ignorado	40	27	28	25	120	32,97
Nenhuma	1	-	2	1	4	1,10
1 a 3 anos	7	15	11	12	45	12,36
4 a 7 anos	28	26	32	23	109	29,94
8 a 11 anos	19	20	23	11	73	20,05
12 anos e mais	2	3	6	2	13	3,57
Raça/Cor						**N (364)**
Ignorado	2	2	1	6	11	3,02
Branca	20	23	19	17	79	21,70

Preta	6	5	9	6	26	7,14
Parda	69	61	73	45	248	68,13
CID 10*						**N (364)**
X91	1	2	3	2	8	2,20
X93	1	3	2	1	7	1,92
X95	63	57	69	53	242	66,49
X99	26	22	20	13	81	22,25
Y00	5	6	3	4	18	4,94
Y04	1	1	2	1	5	1,38
Y09	-	-	3	-	3	0,82

***Nota:** X91 - Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação; X93 - Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão; X95 - Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada; X99 - Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante; Y00 - Agressão por meio de um objeto contundente; Y04 - Agressão por meio de força corporal; e Y09 - Agressão por meios não especificados.

Fonte: Adaptado pelo autor com base em dados do DATASUS, 2023.

Rios Junior *et al*. (2017) observaram que 460 homens foram vítimas de homicídios em Sobral, no Ceará, entre 2013 e 2017, equivalente a 93,5% dos casos de óbitos por agressões. Resultado semelhante foi encontrado por Barreto *et al.* (2016) em Curitiba, Paraná, cuja taxa de mortalidade por homicídios entre homens elevou-se de 32,5 para 69,3 por 100 mil habitantes.

Por meio dos achados desta e das pesquisas já citadas, fica evidente o predomínio da mortalidade da população masculina vítimas de homicídios em todas as regiões do país. Segundo Cerqueira (2021) dos 57.956 homicídios registrados no Brasil em 2018, aproximadamente 92,2% eram pessoas do sexo masculino.

Alguns aspectos podem explicar por que historicamente em todo o Brasil existe uma prevalência de vítimas homens, considerando, por exemplo, a sociedade machista e patriarcal. Soma-se a isso o consumo excessivo de álcool, o acesso facilitado a armas de fogo e participação em organizações criminosas.

Outras pontuações sustentam-se na explicação do comportamento tido como masculino, pautado na rivalidade, impulsividade e imprudência. Há ainda autores que associam que o gênero citado é mais suscetível, por exemplo, a instabilidades emocionais com relação ao desemprego e questões relativas à vulnerabilidade (Rios Junior *et al*., 2020).

De acordo com a faixa etária, a maior prevalência está situada entre 20 e 29 anos com 146 (40,11%) óbitos, seguidos por 30 a 39 anos com 82 (22,53%) e 15 a 19 anos com 55 (15,11%). A predominância de vítimas jovens como na população estudada também foi encontrada por Silva e Fernandes (2010) em pesquisa realizada em Sarandi, no Paraná. Nesta localidade, assim como em Palmas, a maior parte dos óbitos foi de pessoas jovens, com idade entre 21 e 30 anos, totalizando 39,1%. Oliveira, Quinino e Luna (2020) observaram o mesmo fenômeno quando realizaram um estudo sobre homicídios intencionais no município de João Pessoa, Paraíba, entre 2011 e 2016. Os referidos autores constataram que a faixa etária mais frequente foi entre 20 e 29 anos, correspondendo a 42,1%.

O elevado número de jovens vítimas da violência pode ser explicado, dentre outros, pela sensação de liberdade que faz parte dessa fase da vida, o que acaba contribuindo para que estes jovens se exponham mais aos riscos. Outro aspecto importante são conflitos, muitos destes familiares, que culminam na inserção no mundo das drogas e de práticas criminosas, como por exemplo, o tráfico. Uma vez inserido nesse contexto, o jovem experiencia poder e ganhos financeiros, sentindo-se cada vez mais pertencente a este cenário. O que se observa como desfecho na maioria dos casos é esse indivíduo vindo a óbito, seja em conflito com a polícia ou mesmo com outros grupos criminosos por disputa de território (Assis e Souza, 1999).

No tocante ao local de ocorrência dos homicídios, a via pública compreende o maior número de casos, totalizando 142 (39,01%) casos, seguido por outros com 93 (25,55%) e domicílio com 64 (17,58%). Em Betim, Minas Gerais e Manaus, Amazonas, também houve o predomínio dos homicídios em via pública. Em ambos os casos, assim como nesta pesquisa, esse aspecto pode ter relação com a ampla utilização das armas de fogo para execução das vítimas, impossibilitando o emprego de recursos para o socorro, evidenciando a letalidade do instrumento (Tavares *et al.*, 2016; Orellana *et al.*, 2017).

Uma grande parcela dos óbitos não tiveram especificada a escolaridade das vítimas, totalizando 120 (32,97%) casos com escolaridade ignorada. Em seguida, 109 (29,94%) pessoas possuíam de quatro a sete anos de estudo e 73 (20,05%) de oito a onze anos e 45 (12,36%) com um a três anos.

Os resultados apresentados demonstram que de modo geral a maioria das vítimas possuía baixo nível de escolaridade. Número que pode ser ainda maior, tendo em vista que em uma parcela dos casos essa informação não foi coletada. Resultado similar também foi encontrado por Silva e Fernandes (2010), em Sarandi, Paraná, onde 56,5% dos homicídios as vítimas não chegaram a concluir o ensino fundamental e por Oliveira, Quinino e Luna (2020), em João Pessoa, Paraíba, onde aproximadamente 80% das pessoas assassinadas também não concluíram.

Vale ressaltar que a escolaridade é um aspecto que pode facilitar a inserção do indivíduo no mercado de trabalho, evitando que assim, por questões de vulnerabilidade social, ele acabe migrando para o campo de práticas criminosas e eventualmente possa ser vítima da violência que permeia esse contexto. Além do mais, a escola pode despertar perspectivas de futuro e o desenvolvimento da cidadania plena.

No que tange à raça, constatou-se que a maioria dos óbitos por homicídios foi de pessoas pardas, com 248 (68,13%) casos, seguido de brancos, com 79 (21,70%) casos. Entre pretos o total foi de 26 (7,14%) casos. Em 11 (3,02%) casos essa informação não foi especificada, tendo o campo ignorado assinalado.

Sobre a questão da raça como um fator que influencia na exposição à episódios de violências que resultam em óbitos, é importante destacar que o que contribui para a variável ser um fator de risco não é necessariamente a raça em si, mas como ela é inserida socialmente tornando-a mais vulnerável. Um país marcado pela desigualdade social, como o Brasil, o grupo étnico composto por pretos e pardos, normalmente lidam com questões de preconceito, exclusão e discriminação, habitando majoritariamente nas regiões periféricas dos centros urbanos, locais em que os índices de violência costumam ser maiores (Araújo *et al.*, 2009).

Assim como encontrado em Palmas, Rios Junior *et al.* (2020) teve como resultado em Sobral, Ceará, predomínio dos óbitos por homicídios entre pardos, mais precisamente 92,3%. Número expressivo entre pardos também foi constatado em João Pessoa, Paraíba, com 93,7% do total (Oliveira; Quinino e Luna, 2020) e em Manaus, Amazonas, com 92,8% (Orellana *et al.*, 2017).

Com relação a causa básica do óbito, o período pesquisado mostrou que a agressão por arma de fogo (X93 a X95) foi o principal meio empregado, totalizando 242 (66,49%) óbitos. Verificou-se ainda um total de 81 (22,25%) óbitos provocados por agressões por meio de objeto cortante ou penetrante, incluindo facada e 18 (4,94%) por meio de objeto contundente.

A arma de fogo tem sido também a causa principal dos homicídios em outras pesquisas. No período de 2013 a 2017, em Sobral, no Ceará, ao realizar a análise epidemiológica da mortalidade por causas externas, Rios Junior *et al.* (2020) aponta que houve um predomínio deste instrumento, tendo 370 casos de homicídios por esse meio, correspondendo a 75,2% dos óbitos por agressão e 37,04% dos óbitos por causas externas. A utilização de armas brancas corresponderam a 17,89%.

Altos índices de óbitos por arma de fogo como causa básica foram observados também na cidade de Maceió, Alagoas, totalizando 625 casos em 2012 (Trindade *et al.*, 2015) e em João Pessoa, Paraíba, onde 90,0% dos casos houve a utilização

da arma de fogo, seguido por 9,1% de arma branca (Oliveira, Quinino e Luna, 2020).

Hoje, em todas as capitais do país, a utilização da arma de fogo é o instrumento principal na resolução de conflitos que culmina em óbitos, especialmente entre a população masculina e como já evidenciado nos resultados desta pesquisa (Minayo, 2009). Um dos fatores que podem explicar esse fenômeno é a participação de adolescentes e jovens em atividades ilegais, como tráfico e a utilização de drogas, locais em que o acesso a armas é facilitado. Até por isso também são as maiores vítimas (Matos e Martins, 2012).

Devido ao cenário citado, a discussão sobre a restrição ao acesso de armas de fogo pela população é sempre um tema complexo de ser debatido. Em 2003, foi implantado o Estatuto do Desarmamento na tentativa de desacelerar e conter o crescimento de assassinatos (Cerqueira *et al*., 2018). Nos últimos anos, contudo, o que vimos foram medidas tomadas no sentido de afrouxar leis e facilitar esse acesso da população civil a armamentos.

Os resultados demonstrados no estudo servem para conhecimento do perfil epidemiológico dos óbitos por homicídios no município de Palmas, TO, além do fornecimento de dados importantes e estratégicos para a identificação dos fatores de risco, auxiliando na elaboração de políticas públicas efetivas de prevenção, podendo assim contribuir na redução dos óbitos. Entretanto, ressalta-se a existência de algumas limitações pelo uso de dados secundários do DATASUS, uma vez que os registros são oriundos da Declaração de Óbito (DO) e possíveis preenchimentos errados sobre os óbitos podem comprometer os números reais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados evidenciam não apenas a violência urbana na cidade de Palmas, mas principalmente que essa violência tem uma identidade e ela é predominantemente masculina, composta por jovens e adultos jovens, de baixa escolaridade, de cor parda e que foram mortos em via pública com a utilização de arma de fogo.

Esse resultado suscita algumas reflexões, como a necessidade do poder público se fazer presente em todas as regiões da cidade, especialmente nas áreas mais periféricas, onde potencialmente reside a população cujo perfil foi demonstrado na pesquisa e que mais carece de serviços básicos. Essa presença precisa ser feita não apenas com a força policial repressiva, mas com a oferta de dispositivos sociais que possibilitem ocupação e desenvolvimento para a população, pois ociosidade e falta de oportunidades aumentam os riscos de participação em atividades ilícitas.

O elevado número de óbitos entre a população masculina jovem também é preocupante no sentido de que são indivíduos com idade produtiva e essas perdas podem impactar significativamente na oferta de mão de obra disponível para o trabalho, comprometendo em algum nível a economia local, além de reflexos na própria demografia.

As consequências da violência para a saúde também podem ser sentidas no aumento de gastos com internações, reabilitações e prestação de socorro, tendo em vista que muitas vítimas não vão a óbito imediatamente após a agressão.

Os achados desta pesquisa reforçam ainda a necessidade de políticas intersetoriais, contemplando saúde, políticas sociais e de segurança, haja vista que a violência e os óbitos não possuem uma causa única, mas uma sucessão de fatores que passam pela desigualdade social, o racismo, a segregação e falta de oportunidades, possibilitando, assim, o desenvolvimento pleno do cidadão e a efetiva transformação da realidade, tornando-a um campo infrutífero para a violência.

Nesse sentido, espera-se que este trabalho possa auxiliar como importante ferramenta para gestores, profissionais de saúde, segurança, educação e sociedade civil, para a compreensão do perfil epidemiológico dos óbitos por homicídios em Palmas e da violência como um problema de saúde pública, fornecendo dados que auxiliem tomadas efetivas de prevenção e consequente redução dos óbitos.

Agradecimentos

A Deus pela proteção. Minha família que sempre torce por mim. Ao meu amigo, Ozimo Neto, pela parceria desde os tempos de escola. À minha orientadora, Marcela Popolin, pelo suporte e ajuda na construção deste trabalho. À FESP/ULBRA pelo incentivo à pesquisa.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, E. M. de *et al*. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 383-394, 2009.

ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. Criando Caim e Abel: pensando a prevenção da infração juvenil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 131-144, 1999.

BARRETO, M. da S. *et al*. Mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios em Curitiba, Paraná, 1996-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 95-104, 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DATASUS) 2008. Mortalidade por causas externas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/ cnv/obt10uf.def. Acesso em 27 de set. de 2023.

BUENO, S.; LIMA, R. S. de. Incertezas na medição da evolução das Mortes Violentas Intencionais no Brasil: desafios metodológicos e dilemas de políticas públicas. *In:* FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023, p. 24-43.

CERQUEIRA, D. R. de C. *et al.* Atlas da Violência 2018: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

CERQUEIRA, D. R. de C. *et al.* Atlas da Violência 2021: políticas públicas e retratos dos municípios brasileiros. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência 2018**. São Paulo: FBSP, 2021.

FELTRAN, G. **Irmãos: uma história do PCC**. Editora Companhia das Letras, 2018.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KAHN, T.; MELLO-JORGE, M. H. P. de. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Revista de saúde pública**, v. 39, p. 627-633, 2005.

IBGE (BRASIL). Palmas. [S. I.], 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama. Acesso em 16 set. 2023.

MANSO, B. P.; GODOY, M. 20 anos de PCC: o efeito colateral da política de segurança. **Interesse Nacional**, v. 1, p. 5-15, 2014.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidades do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 194-204, 2005.

MATOS, K. F. de; MARTINS, C. B. de G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 21, n. 1, p. 43-53, 2012.

MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, p. 135-140, 2009.

MODESTO J. B., *et al*. Fatores que influenciam na mortalidade de jovens por causas externas no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Multi Debates**, 3 (2): p. 137-155, 2019.

OLIVEIRA, A. L. S. de;, QUININO, L. R. de M.; LUNA, C. F. Perfil epidemiológico da mortalidade por homicídios intencionais no município de João Pessoa, Paraíba, 2011-2016. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 212-223, 2020.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Fatores associados ao homicídio em Manaus, Amazonas, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 735-746, 2017.

PHEBO, L.; MOURA, A. T. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v. 81, p. s189-s196, 2005.

RATTON, J. L.; DAUDELIN, J. Construction and Deconstruction of a Homicide Reduction Policy: The Case of Pact for Life in Pernambuco, Brazil. **International Journal of Criminology and Sociology**, vol. 7, pp. 173-183, 2018.

RIOS JUNIOR, W. O. R. *et al*. Análise epidemiológica da mortalidade por causas externas em Sobral, Ceará, no período de 2013 a 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e3893-e3893, 2020.

SALES, O. P., et al. Violência Urbana: o que revelam os dados de domínio público do Tocantins entre 2009-2017. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 51, p. 78-89, 2021.

SILVA, C. A.; FERNANDES, M. I. M. Perfil epidemiológico da mortalidade por homicídios no município de Sarandi, Pr–2008. **Revista Uningá**, v. 26, n. 1, 2010.

TAVARES, R. *et al*. Homicídios e vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 923-934, 2016.

TOCANTINS. Secretaria da Segurança Pública. **Balanço da Segurança 2019. Estatísticas Criminais. Período de Análise: Comparativo Anual 2018-2019.** Disponível em: https://central.to.gov.br/download/242646. Acesso em 17 set 2023.

TRINDADE, R. F. C. da *et al*. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 0748-0755, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on violence and health: summary. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf. Acesso em 8 set 2023.

ARTIGO

REVISTA CEREUS

Acesso aos serviços de reabilitação dos pacientes vítimas de acidentes graves de trânsito durante o primeiro semestre de 2022 em Palmas, Tocantins

Access to rehabilitation services for patients victims of serious traffic accidents during the first half of 2022 in Palmas, Tocantin

Jacineide Silva e Souza[1], Marta Maria Malheiros Alves[2]

[1]Fisioterapeuta, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. E-mail: jacineidefisio@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8046-4136

[2]Diretoria de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO.
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4191-1735

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores associados ao acesso das vítimas graves de acidentes de trânsito ocorridos em Palmas/TO à reabilitação e traçar o perfil desses pacientes no primeiro semestre de 2022. **Materiais e Métodos**: Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com aplicação de questionário de autoria própria.Utilizou-se as variáveis encaminhamento médico, tempo decorrido desde a alta hospitalar até o início da reabilitação, quantidade de dias internaçao, procedimento cirúrgico, tipo de acidente, veículo e envolvimento, motivos da reabilitação, sequela, faixa etária, sexo e renda familiar. **Resultados e Discussões:** Observou-se que indivíduos adultos do sexo feminino predominou em relação a participação. De acordo com o estudo, as maiores vítimas são condutores de motocicletas (n=21), seguido de pedestres (n=3) e passageiro de motocicleta (n=1). O desconhecimento da equipe hospitalar sobre os fluxos de encaminhamento pode contribuir para a falta de orientação adequada e por fim à dificuldade ao acesso à reabilitação. **Considerações Finais:** A reabilitação é um desafio e precisa ser pautada para a construção, pactuação e divulgação dos fluxos para ser efetiva e em tempo oportuno.

Palavras-chave: Reabilitação Física. Acidente de Trânsito. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with the access of serious victims of traffic accidents that occurred in Palmas/TO to rehabilitation and outline the profile of these patients in the first half of 2022. **Materials and Methods:** This is a descriptive quantitative study using a self-authored questionnaire. The variables used were medical referral, time elapsed between hospital discharge and the beginning of rehabilitation, number of days hospitalized, surgical procedure, type of accident, vehicle and involvement, reasons for rehabilitation, sequelae, age group, sex and family income. **Results and Discussions:** It was observed that adult female individuals predominated in relation to participation. According to the study, the biggest victims are motorcycle drivers (n=21), followed by pedestrians (n=3) and motorcycle passengers (n=1). The hospital team's lack of knowledge about referral flows may contribute to the lack of adequate guidance and ultimately difficulty accessing rehabilitation. **Final Considerations:** Rehabilitation is still a challenge and needs to be guided by the construction, agreement and dissemination of flows to be effective and in a timely manner.

Keywords: Physical Rehabilitation. Traffic accident.Access to Health Services.

1.INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (2007), os Acidentes de Trânsito (AT) estão incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID), fazendo parte das causas externas com aumento através das décadas e mantendo posição de destaque.

Como desdobramento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Violência (PNRMAV), o Ministério da Saúde (MS) criou o projeto Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito através da Portaria GM 344, de 19/02/2002. E dentro deste projeto o MS, em cooperação técnica com a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), aceitou participar do Bloomberg Global Road Safety Program, que assumiu o compromisso de investir milhões de dólares em dez países, de média e baixa renda, com a maior mortalidade causada pelo trânsito.

Um programa foi implantado no Brasil em 2010 com o nome Projeto Vida no Trânsito, e Palmas esteve entre as cinco capitais que iniciaram o projeto. Atualmente todas as capitais brasileiras e muitas cidades do interior já têm o programa implantado, que tem como objetivo promover intervenções de segurança no trânsito que apresentem evidência na redução das mortes e feridos graves e para isso trabalha intersetorialmente (Brasil, 2017).

O Programa Vida no Trânsito tem em sua forma de organização uma Comissão de Gestão da Informação que faz a consolidação e integração das bases de dados de atendimento e registro dos acidentes em Palmas (Samu, Polícia Militar, Agentes de Trânsito, Detran, Perícia, Hospitais e Sistema de Informação de Mortalidade e Delegacia de Trânsito) e geram uma planilha única dos acidentes graves e fatais. Além da notificação compulsória dos acidentes que ficam mais de 24 horas internados no Hospital Geral de Palmas, de acordo com a PORTARIA/SESAU/ nº 236, DE 09 DE MARÇO DE 2016. Segundo a OMS (2012), toda vítima de acidente de trânsito que permaneça internada na rede hospitalar por um período mínimo de 24 horas é considerada grave.

Segundo levantamento de dados na morbidade hospitalar no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) disponível no DATASUS, em 2021, no município de Palmas, 845 pessoas foram internadas devido lesão por acidente de transporte terrestre, sendo destes 670 motociclistas, 46 ciclistas e 21 pedestres (Brasil, 2021).

Os serviços de reabilitação física (RF) são oferecidos tanto pelo Estado como pelo Município. O Estado possui um centro de atendimento onde a maioria dos pacientes

acompanhados são pessoas com disfunções neurológicas com disfunções ortopédicas, como é o caso dos pacientes que são amputados. Já no Município, a RF é oferecida no centro de reabilitação da atenção secundária e na atenção primária através da Equipe multiprofissional onde este último faz acompanhamento dos casos considerados simples. Esses serviços ofertados necessitam de encaminhamento médico e são regulados através de sistema web que permite a gestão da demanda e oferta de procedimentos ambulatoriais, todos tendo como porta de entrada a Unidade Básica de Saúde.

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, a taxa de mortalidade em Palmas,TO no ano de 2022 foi de 26/100 mil habitantes em comparação com 51/100 mil habitantes no mesmo período no país (Brasil, 2023)

Diante do número crescente dos acidentes de trânsito na capital Palmas, sendo que em sua grande parte constituído por vítimas consideradas graves, se faz necessário que a rede de saúde de forma geral se reorganize, tanto em espaço, recursos humanos e ações voltadas à atendimento adequado e no tempo oportuno a estes indivíduos. Saber qual perfil dessas vítimas, bem como as possíveis lacunas existentes nos serviços específicos da rede de atenção à reabilitação são necessários para se prestar um atendimento integral e de forma continuada com vistas a atenuar as sequelas físicas, psicológicas e sociais.

Portanto, o objetivo deste foi analisar os fatores associados ao acesso das vítimas graves de acidentes de trânsito ocorridos em Palmas/TO à reabilitação e traçar o perfil desses pacientes.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo com aplicação de questionário de autoria própria por meio de telefone com busca e coleta de dados sobre os indivíduos através da planilha de análise dos acidentes fornecido pelo Programa Vida no Trânsito (PVT), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) disponível na plataforma e-SUS municipal.

A população do estudo foram os indivíduos maiores de 18 anos que residem em Palmas e ficaram internados por mais de 24 horas, critério este , caracterizando o tipo de acidente como grave, durante o primeiro semestre de 2022 no município de Palmas, Tocantins. A pesquisa foi realizada durante o ano de 2023 no município, haja visto que alguns dados utilizados dependem da liberação por parte do hospital e das análises dos

acidentes de trânsito.

A captação dos indivíduos se deu através da planilha de análise dos acidentes graves de 2022, disponibilizada pela Comissão de Gestão de Dados e Informações do Programa Vida no Trânsito. Esta planilha contém informações pareadas e procedentes de outros órgãos relacionados à segurança pública, trânsito e saúde.

Para analisar os fatores relativos ao acesso foram observadas as variáveis encaminhamento médico, tempo decorrido entre a alta hospitalar até o início da reabilitação, quantidade de dias de internação, procedimento cirúrgico, tipo de acidente (colisão, atropelamento, choque), tipo do veículo (automóvel, motocicleta, veículo não motorizado), envolvimento: condutor, passageiro, pedestre, ciclista, motivo da reabilitação: utilização de órtese, ganho de ADM e/ou força muscular, treino de marcha, adaptação a cadeira de rodas, treino de AVD's; sequela após o acidente, sexo, faixa etária e renda familiar.

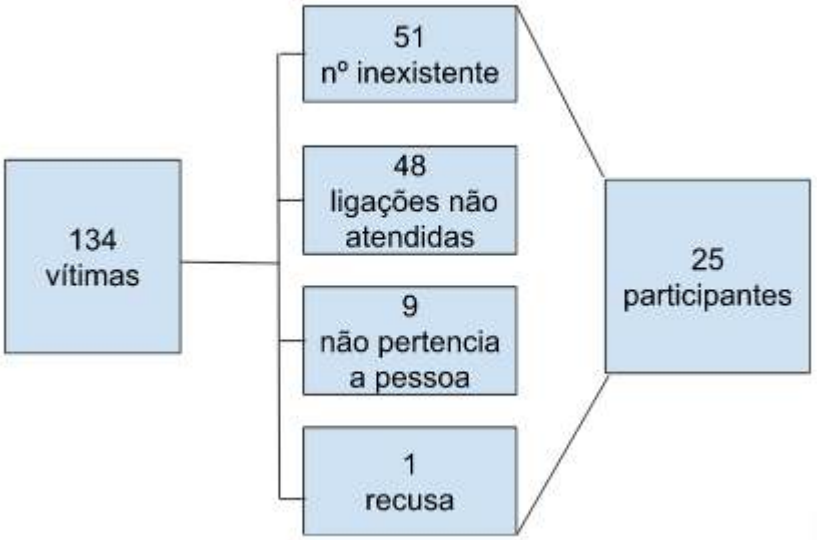
Após o levantamento dos dados, foram armazenados em uma planilha de Microsoft Excel, apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) por meio do parecer número 6.045.639 e seguiu as diretrizes da resolução CONEP 466/2012 que orienta os princípios éticos em pesquisa com seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo dados coletados da planilha principal do PVT, no primeiro semestre de 2022, foram contabilizados 250 acidentes de trânsito atendidos no Hospital Geral Público de Palmas. Porém como o hospital é referência no atendimento para o estado e região, apenas 134 indivíduos são domiciliados no município, sendo 39 do sexo feminino e 93 masculino. Dentre esses, apenas 25 indivíduos responderam ao questionário, como demonstrado no organograma a seguir.

Organograma. Amostra final dos participantes do estudo.



Fonte: Própria autora.

Em relação ao perfil epidemiológico das vítimas, de acordo com as variáveis demonstradas na tabela 1, observa-se que indivíduos adultos do sexo feminino predominaram em relação a participação no estudo, embora o sexo masculino apresente como as vítimas em maior proporção nos acidentes de trânsito (n=93). Quando comparado a outros estudos (Ascari et al.,2013; De Melo, 2021; Santos, Oliveira e Rodrigues, 2020), o sexo masculino foi predominante como vítimas nos presentes estudos.

Não aceitar uma posição de fragilidade frente aos acidentes de trânsito (Carneiro et al, 2015) atrelado a assumir mais riscos, desde a adolescência, colocando-se numa posição mais exposta e vulnerável aos riscos de serem vítimas de eventos violentos (Barreto et al., 2016) pode ser uma das causas que levam o sexo masculino ser a maior vítima.

Tabela 1. Perfil socioeconômico das vítimas de acidentes graves

Variável	Categoria	Frequência Absoluta	%
Sexo	Feminino	14	56
	Masculino	11	44
Faixa Etária	18-25	5	20
	26-30	5	20
	31-35	4	16
	36-40	2	8
	41-45	6	24
	46-50	2	8
	51-60	1	4
Renda Familiar	Um salário mínimo	12	48
	Mais de três salários	1	4
	Menor que um salário	1	4
	Entre um e dois salários	11	44

Fonte: Própria autora.

Os dados deste estudo demonstraram que 20% (n=5) das vítimas de AT possuem ensino fundamental incompleto e completo e 68% (n=17) apresentam ensino médio completo, contradizendo com o estudo tranversal da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que revelam maior envolvimento de pessoas com Ensino Fundamental completo e Médio incompleto (Malta et al., 2016).

Em relação à renda familiar, evidencia-se uma renda considerada baixa, porém não há como afirmar se pode ser em decorrência do afastamento do trabalho após o acidente, como demonstrada no estudo de Paiva et al (2016).

O meio de veículo envolvido, que sofreu ou causou o acidente, é a motocicleta (100%), como demonstrado também por Brasil (2013) e a colisão continua sendo o tipo de acidente de trânsito mais recorrente seguido pelo número absoluto elevado de indivíduos que sofreram fraturas, como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Tipo de acidente e lesão sofrida no momento do acidente.

Variável	Categoria	Frequência Absoluta	%
Tipo de Acidente	Colisão	18	72
	Queda	3	12
	Atropelamento	4	16
Lesão sofrida	Fratura	18	72
	Lesão de tecido mole	3	12
	Traumatismo craniano	2	8
	Amputação	1	4

Fonte: Própria autora.

De acordo com o estudo, as maiores vítimas são condutores de motocicletas (n=21), seguido de pedestres (n=3) e passageiro de motocicleta (n=1). As motocicletas representam uma frota cada vez mais crescente por ser uma opção mais econômica sofre influência de fatores culturais e socioeconômicos pois em relação aos automóveis, elas apresentam menor custo de aquisição e de manutenção. Em resumo, uma motocicleta pode ser uma escolha eficiente para trabalho, especialmente em áreas urbanas e para tarefas que exigem agilidade e rapidez, de acordo com De Melo e Mendonça (2021) que pode contribuir para o aumento da ocorrência de acidentes com esse tipo de veículo (Santos et al., 2020).

Dentre as lesões sofridas no momento do acidente, evidencia-se que a fratura é predominante em relação às demais, contrapondo ao estudo de Lemos, Jorge e Ribeiro (2013) onde a lesão predominante são escoriações. Contudo, esse tipo de lesão será acompanhada de alguma outra, como por exemplo fratura.

Referente aos encaminhamentos realizados pelo médico com indicação da fisioterapia, segundo os indivíduos entrevistados, n=13 (52%) disseram que receberam orientação de onde procurar atendimento fisioterapêutico e n=12 (48%) relataram que não receberam qualquer informação. A média encontrada na pesquisa para o início da

fisioterapia foi de 52,5 dias após encaminhamento. Esta por sua vez é semelhante à encontrada no estudo de Lemos, Jorge e Ribeiro (2013), onde a média foi de 48,4 dias.

Como demonstrado na tabela 3, o tratamento cirúrgico foi necessário nos casos, haja visto que no momento do acidente as vítimas eram motociclistas e a lesão sofrida foi a fratura.

Tabela 3. Procedimento cirúrgico e acesso à reabilitação fisioterapêutica pública.

Variável	Categoria	Frequência Absoluta	%
Cirurgia	Sim	22	88
	Não	3	12
Reabilitação Pública	Sim	5	20
	Não	20	80
Motivo do Encaminhamento	Ganho de movimento/força	20	80
	Marcha	2	8
Sequela	Sim	21	84
	Não	4	16

Fonte: Própria autora.

O procedimento cirúrgico apresenta em grande porcentagem e isso se deve ao tipo de veículo predominante: motocicleta. Em um estudo com 98 motociclistas vítimas de acidente de trânsito, verificou-se que 23% apresentavam fratura como segunda maior lesão (Malta et al., 2016).

Devido ao próprio procedimento cirúrgico e ao tempo de espera e pós operatório, as vítimas podem apresentar algum tipo de limitação na qualidade de trabalho, bem como com interferência nas atividades diárias e/ou na produtividade decorrente do acidente.

De acordo com a OMS (2011), os serviços de RF são componentes essenciais de assistência às vítimas de trânsito, pois ajudam a minimizar as futuras deficiências funcionais ao passo que elas possam se reintegrar novamente na sociedade e que a maioria dos países precisam aumentar a capacidade dos sistemas de saúde e proporcionar uma reabilitação adequada. No presente estudo, 58% (n=13) das vítimas responderam que receberam orientação de onde procurar a RF após alta hospitalar e

42% (n=12) disseram que não receberam informação sobre a assistência em fisioterapia. Talvez o próprio desconhecimento da equipe hospitalar sobre os fluxos de encaminhamento contribuam para a falta de orientação adequada e por fim à dificuldade ao acesso à reabilitação, evidenciado pelo baixo acesso apresentado na tabela 3.

Referente a variável, adaptação a cadeira de rodas, nenhum dos indivíduos relatou fazer uso da mesma. Pode-se observar que no estudo, as principais lesões são decorrentes de fraturas que por si só não exige uma dependência prolongada do uso de cadeira de rodas se comparado com uma indivíduos que sofreu uma lesão medular, por exemplo, muito utilizada para maximizar a funcionalidade e adquirir maior independência nas atividades diárias (Caro e Da Cruz, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes de trânsito constitui um problema de saúde pública, acometendo principalmente indivíduos do sexo masculino economicamente ativos.

Este estudo contribui para a compreensão do acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito em Palmas, Tocantins. Os estudos nessa área ainda são escassos, mas indica que existem problemas de acesso e pouco se sabe sobre os reais fatores que podem contribuir para a ineficiência do sistema de saúde para atender as vítimas. Mas é fato que a RF é um serviço de gestão estadual e municipal .

O estudo apresentou algumas limitações referente às entrevistas. Como a pesquisa foi feita algum tempo depois e o acesso aos dados integrados é proveniente de diversas fontes, observou grande problema devido a mudança de número de telefone e ausência destes, demonstrando que é necessário uma integração maior entre as informações e os sistemas.

Espera-se que este estudo conscientize sobre a necessidade de articulação com outros setores municipais para maior segurança no trânsito, uma melhor organização do processo de trabalho e articulação entre Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria do Estado da Saúde, para qualificação do hospital, além de reorganização do fluxo. e sim, ampliação da equipe e serviço de fisioterapia para os que precisarem por meio de um planejamento e coordenação entre níveis assistenciais, regulação do acesso, referência e contrarreferência qualificada.

A reabilitação ainda é um desafio e precisa ser pautada para a construção, pactuação e divulgação dos fluxos para ser efetiva e em tempo oportuno. Da mesma forma, mostra-se necessário que as pessoas se tornem mais responsáveis no trânsito, principalmente o público masculino. Medidas como educação para o trânsito em todas as fases da vida, maior integração, principalmente, entre as áreas do trânsito e da saúde devem ser qualificadas e fortalecidas.

REFERÊNCIAS

ASCARI, RA; CHAPIESKI, CM; DA SILVA, OM; FRIGO, J. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. Rev. enferm. UFSM. 2013;3(1):112-21.

AQUINO, EC; ANTUNES, JLF; NETO, OLM. Mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil (2000–2016): capitais versus não capitais. Rev Saúde Pública; 54:1:122, 2020.

BARRETO, MS; TESTOS, EF; LATORRE, MRDO; MATHIAS, TAF; MARCON, SS. Traffic accident and homicide mortality in Curitiba, Parana, Brazil, 1996-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 95-104, mar. 2016 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000100010&lng=pt&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Vida no Trânsito / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás - Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 332 p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vida_transito_2017.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Brasil: vigilância de violências e acidentes, 2009 e 2011. Brasília, DF; 2013. 166 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS.[citado em janeiro de 2023]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/

CARNEIRO, RF; DA SILVA, ARM; DA CUNHA, LGP; FERNANDES, JA; DOS SANTOS, BKM; DOS SANTOS, TA.Bebida e direção: um olhar de homens vítimas de acidentes de trânsito. Sanare - Revista de Políticas Públicas, Sobral, V.14, n.02, p.123-129, jul./dez. - 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/836/507/1823>

CARO, CC; DA CRUZ, DMC. A mobilidade funcional com cadeiras de rodas em sujeitos com lesão medular. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 28(4), 1133-1150, 2020.

DE CARVALHO, CHR. Custos dos acidentes de trânsito no Brasil: Estimativa simplificada com base na atualização das pesquisas do IPEA sobre custos de acidentes nos aglomerados urbanos e rodovias. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília :

Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7018-td2565.pdf

DE MELO, WA; MENDONÇA. RR. Caracterização e distribuição espacial dos acidentes de trânsito não fatais. Rev Caderno Saúde Coletiva. 2021;29(1)

LEMOS, CAG; JORGE, MT; RIBEIRO,LA. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – Causas externas e fisioterapia. Rev Bras Epidemiol 2013; 16(2): 482-92. Acesso em 15 Dez 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/73KjSC7T8LYHDSDSvFttMzF/?lang=pt#

MALTA, DC; ANDRADE, SSCA; GOMES, N; DA SILVA, MMA; NETO, OLM; DOS REIS, AAC; NARDI, ACF. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira, segundo estudo de base populacional. Ciência & Saúde Coletiva, 21(2):399-409, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 10 ed. rev. Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção de lesões causadas pelo trânsito. Manual de treinamento, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sistemas de dados: um manual de segurança viária para gestores e profissionais da área. Brasília-DF: OPAS, 2012.

PAIVA, L; POMPEO, DA; CIOL, MA; ARDUINI, GO; DANTAS, RAS; DE SENNE, ECV; ROSSI, LA. Estado de saúde e retorno ao trabalho após os acidentes de trânsito. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mai-jun;69(3):443-50.

SANTOS, MM; DE OLIVEIRA, AJCN; RODRIGUES, JMS. Lesões e padrão das vítimas de acidentes de trânsito com motocicletas atendidas em uma unidade regional de emergência. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2020;20(4):151-5.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

Monitoramento Epidemiológico de Primatas não Humanos para a Vigilância de Febre Amarela no Município de Palmas - TO, de 2019 a 2022

Epidemiological Monitoring of Non-Human Primates for Yellow Fever Surveillance in the Municipality of Palmas - TO, from 2019 to 2022

Seguimiento epidemiológico de primates no humanos para la vigilancia de la fiebre amarilla en el Municipio de Palmas - TO, de 2019 a 2022

Joana Louise Machado Peres

Médica Veterinária Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). E-mail: joana.peres@hotmail.com.br | Orcid.org/ 0009-0005-9487-8651

Benta Natânia Silva Figueiredo

Doutora em Ciência Animal Tropical pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: bentafigueiredo@gmail.com | Orcid.org/0000-0003-0021-7595

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

RESUMO:

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa febril aguda imunoprevenível, causada por um arbovírus transmitido por artrópodes. Sua transmissão é identificada em dois ciclos: o urbano, envolvendo o homem e o mosquito Aedes aegypti e o ciclo silvestre, que envolve os mosquitos Haemagogus spp. e Sabethes spp. e os primatas não humanos (PNH). Devido a fatores ambientais, a transmissão do vírus amarílico enquanto ciclo silvestre não é passível de eliminação, o que torna imprescindível estratégias de detecção precoce da circulação viral. O presente estudo tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico das epizootias de PNH com foco na FA no município de Palmas -TO, no período de 2019 a 2022. Para a pesquisa foram utilizados dados secundários coletados junto ao banco da Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ) e da Secretária Municipal de Saúde (SEMUS)

Como citar este artigo:

PERES, J. L. M.; FIGUEIREDO, B. N. S. Monitoramento Epidemiológico de Primatas Não Humanos para Vigilância da Febre Amarela no Município de Palmas - TO, no período de 2019 a 2022. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2024. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

de Palmas. A coleta e tabulação de dados foram feitas por meio dos sistemas Notifica SUS, SINAN NET, Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), planilhas, relatórios e documentos físicos com registros de notificações de FA em PNH.

Palavras-chave: Arbovirose; Vigilância Epidemiológica; Zoonose.

ABSTRACT:

Yellow fever (FA) is a vaccine-preventable acute febrile infectious disease caused by an arbovirus transmitted by arthropods. Its transmission is identified in two cycles: the urban cycle, involving humans and the Aedes aegypti mosquito, and the sylvan cycle, which involves the Haemagogus spp mosquitoes, and Sabethes spp. and non-human primates (PNH). Due to environmental factors, the transmission of the yellow fever virus as a wild cycle cannot be eliminated, which makes strategies for early detection of viral circulation essential. The present study aims to present the epidemiological profile of PNH epizootics with a focus on AF in the municipality of Palmas -TO, from 2019 to 2022. For the research, secondary data was collected from the database of the Surveillance and Control Unit of Zoonoses (UVCZ) and the Municipal Health Department (SEMUS) of Palmas. Data collection and tabulation were carried out using the Notifica SUS, SINAN NET, Laboratory Environment Management System (GAL) systems, spreadsheets, reports and physical documents with records of FA notifications in PNH..

KEYWORDS: *Arbovirus; Epidemiological monitoring; Zoonosis.*

RESUMEN:

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad infecciosa febril aguda prevenible mediante vacunación causada por un arbovirus transmitido por artrópodos. Su transmisión se identifica en dos ciclos: el ciclo urbano, que involucra a los humanos y al mosquito Aedes aegypti, y el ciclo selvático, que involucra a los mosquitos Haemagogus spp. y Sabethes spp. y primates no humanos (PNH). Debido a factores ambientales, no se puede eliminar la transmisión del virus de la fiebre amarilla como ciclo salvaje, lo que hace esenciales estrategias para la detección temprana de la circulación viral. El presente estudio tiene como objetivo presentar el perfil epidemiológico de las epizootias de HPN con enfoque en FA en el municipio de Palmas -TO, de 2019 a 2022. Para la investigación se recogieron datos secundarios de la base de datos de la Unidad de Vigilancia y Control de Zoonosis (UVCZ) y el Departamento Municipal de Salud (SEMUS) de Palmas. La recolección y tabulación de datos se realizó mediante los sistemas Notifica SUS, SINAN NET, Sistema de Gestión Ambiental de Laboratorio (GAL), hojas de cálculo, informes y documentos físicos con registros de notificaciones de FA en HPN.

Palabras clave: *Arbovirus; Vigilancia epidemiológica; Zoonosis.*

INTRODUÇÃO

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa febril aguda imunoprevenível, causada por um arbovírus do gênero *Flavivirus* (família *Flaviviridae*), transmitido por artrópodes. No Brasil, há dois ciclos de transmissão, sendo eles o urbano, o qual o *Aedes aegypti* é o principal vetor, e o silvestre, que tem como vetores os mosquitos do gênero *Haemagogus sp* e *Sabethes sp*, que atuam na transmissão da febre amarela em primatas não humanos (PNH) e em humanos (BRASIL, 2014a ; MONATH e VASCONCELOS, 2015; SIQUEIRA *et al*., 2020).

A FA é endêmica em regiões tropicais da África e América do Sul, ocasionalmente são registrados surtos e epidemias de expansão variável, e de alta relevância por ter uma alta taxa de morbimortalidade (BRASIL, 2014a).

Devido a diversos fatores ambientais, a transmissão do vírus amarílico enquanto ciclo silvestre não é passível de eliminação, nesse sentido, o monitoramento dos PNH que são considerados sentinelas e dos vetores são as principais estratégias para detecção precoce da circulação viral (BRASIL, 2017a).

Entre os PNH, as espécies comumente afetadas pertencem aos gêneros *Aotus Alouatta*, *Ateles*, *Callicebus*, *Callithrix*, *Cebus* e *Saguinus*, apresentando período de viremia curto, entre três a quatro dias depois da infecção, podendo vir a óbito de três a sete dias (CEARÁ, 2018; HERVÉ *et al*., 1986). São sinais clínicos observados em macacos, a febre e a apatia, com possível evolução ao óbito ou recuperação em 14 dias. Além disso, são relatados sinais de insuficiência hepática, desidratação, icterícia, hemorragia, êmese e insuficiência renal (KINDLOVITS e KINDLOVITS, 2009).

Epizootia é todo evento de adoecimento ou morte em um grupo de animais, incluindo esqueletos, sem causa determinada, que podem anteceder o acontecimento de doenças no homem, com destaques para raiva animal e febre amarela (CEARÁ, 2018).

Até a década de 90, a vigilância epidemiológica da FA se constituía apenas nos casos suspeitos em humanos, porém a partir de 1999, devido a um aumento no número de mortes de PNH em algumas cidades do interior do Tocantins e de Goiás, percebeu-se também a manifestação desta enfermidade nos moradores, gerando a suspeita de que seriam casos por transmissão silvestre (CAVALCANTE e TAUIL, 2016).

A associação de eventos epizoóticos somados ao aumento de casos humanos suspeitos nessas regiões foi responsável pela mudança da vigilância da febre amarela no território nacional, onde a epizootia de PNH passou a ser considerada como sinalizadora ou indicativa de circulação do vírus amarílico (BRASIL, 2005).

Diante dessa junção de experiências, o Brasil passou a implantar a notificação e investigação das epizootias em PNH, com a finalidade de aumentar a sensibilidade da vigilância e permitir oportunamente a detecção da circulação do vírus amarílico. Em 2017 o Ministério da Saúde publicou em sua Portaria Nº 782 de 15 de março a definição das relações das epizootias de notificação compulsória e as diretrizes para notificação no território nacional (BRASIL, 2017b).

Por ser uma doença de notificação compulsória imediata, o atendimento a um caso suspeito humano ou a uma epizootia deverá ocorrer em até 24 horas, assim como todos os eventos desencadeados devido ao mesmo, tais como, coleta de material, monitoramento entomológico, vigilância epidemiológica e o monitoramento de cobertura vacinal em humanos (BRASIL,2011; BRASIL.2014b)

As notificações são feitas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). O Sinan é uma ferramenta crucial para monitorar e controlar doenças e agravos de interesse em saúde pública. Ele recebe informações sobre casos notificados, ajudando a entender a situação epidemiológica local. Ao descentralizar o acesso aos dados, o Sinan permite

que profissionais de saúde em todos os níveis façam uso das informações para planejar e implementar medidas eficazes (GOVERNO FEDERAL, 2016).

Palmas possui uma particularidade com relação ao sistema de notificações, pois conta com o Núcleo de Tecnologia em Saúde (NUT) criado para fortalecer os serviços de saúde do SUS. O NUT é responsável pelo desenvolvimento e criação de diversas ferramentas, entre elas o Notifica SUS, sistema dedicado a registrar online notificações e investigações de agravos, utilizado por profissionais de saúde na rotina de todos os níveis de assistência e da vigilância do município (FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS, 2024). Após passarem pelo Notifica SUS as fichas são digitadas no SINAN para fazerem parte do banco de dados nacional.

Conforme o Guia de Vigilância de Epizootias do Ministério da Saúde, há dois tipos de vigilância para as epizootias de febre amarela, a vigilância passiva, que tem como foco a identificação em diferentes regiões do País e a observação de casos de adoecimento ou morte de PNH feita tanto por profissionais quanto pela população em geral. Enquanto a vigilância ativa tem por objetivo avaliar, monitorar e identificar se há circulação do vírus amarílico, coletando informações ambientais e dos animais (BRASIL, 2017a).

O governo federal também passou a investir em ferramentas tecnológicas, como por exemplo o Sistema de Informação em Saúde Silvestre (SISS-Geo.). Um sistema e aplicativo, desenvolvido pela FIOCRUZ e tem como objetivo possibilitar o cadastro de informações com as coordenadas geográficas de animais silvestres e está sendo amplamente incentivado e utilizado para registro das epizootias (BRASIL, 2021).

Visando conhecer a situação epidemiológica de Palmas e considerando que a febre amarela é um agravo de notificação imediata de relevância global e que as epizootias de PNH são importantes indicativos para a prevenção e o controle do agravo, o presente trabalho tem como objetivo apresentar dados relacionados à vigilância passiva de primatas não humanos para a epizootia de

febre amarela realizadas no município de Palmas, estado do Tocantins, Brasil, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meio da utilização de dados secundários coletados junto ao banco da Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ) e da Secretária Municipal de Saúde (SEMUS) de Palmas. Durante a pesquisa os instrumentos utilizados para coleta e tabulação de dados foram Notifica SUS, SINAN NET, TabWin, Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), planilhas, relatórios e documentos físicos com registros de notificações de FA em PNH.

A vigilância deve seguir um fluxo de trabalho a fim de garantir que todas as etapas sejam realizadas, possibilitando uma investigação adequada e em tempo hábil. No município de Palmas realiza-se a vigilância passiva, a equipe se desloca até o local para a abertura da apuração dos fatos. Ao se constatar o caso de epizootia é feita a coleta de informações a respeito do histórico do ambiente e recolhe-se o animal. Caso o cadáver esteja em boas condições a necropsia e coleta das amostras deve ser realizada no mesmo dia, porém se existir algum empecilho o animal é guardado no freezer para que seja realizada a necropsia no outro dia.

Para se realizar acompanhamento de epizootia é necessário preencher algumas fichas de investigação, são elas a ficha física do SINAN que contém os dados do genéricos do local, informante, ambiente e do animal, está já começa a ser preenchida no ato da visita ao local do óbito do animal.

A ficha de achados clínicos e coleta de amostras/necropsia que é preenchida e assinada durante a realização da necropsia pelo médico veterinário responsável e contém todas as informações e achados que ocorreram durante o procedimento. Também é realizada a notificação por meio do sistema do município o Notifica SUS, que gera o número de notificação da epizootia. Nos casos em que o animal encontra-se em bom estado e é possível

realizar a coleta das amostras, estas precisam ser cadastradas no GAL contendo as principais informações como o endereço, o agravo notificado, o tipo de material e a solicitação de exames. Após esse processo o material deve ser armazenado e enviado ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN).

Todas as fichas originais ficam na UVCZ onde são arquivadas em pastas, uma cópia digitalizada é enviada para a SEMUS por e-mail, para ser digitada e a outra cópia física vai para o LACEN junto com as amostras enviadas. Também é feito um relatório compartilhado com todas as coordenações envolvidas na vigilância de epizootias, este é enviado para o Governo do Estadual.

A fim de arquivar as pastas e melhorar o acesso a informações a UVCZ começou a transcrever os dados mais relevantes de cada epizootia em planilhas de Excel, onde contém a data, o endereço da ocorrência, a espécie, idade aproximada do animal, nome de identificação na notificação, situação de coleta e código do GAL, esses dados são preenchidos por animal e não por notificação, podendo ter mais de um animal na mesma notificação.

Utilizou-se as seguintes variáveis: notificação de epizootia com suspeita de febre amarela em primatas não humanos por ano (2019 a 2022) e os resultados das análises laboratoriais das amostras coletadas, que foram organizadas em tabelas para confecção e análise descritiva.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado previamente pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) com o número do Parecer: 236 - 2ª versão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Notifica SUS entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022, o município de Palmas realizou 99 notificações relacionadas a epizootias, sendo que 42 foram referentes a FA em PNH.

As notificações obtidas no município só foram possíveis por conta da participação da população que entrou em contato com a UVCZ de Palmas e relatou o acontecimento ou realizou a entrega dos óbitos, carcaças e animais doentes ao órgão, realizando desta forma a vigilância passiva da epizootia de PNH (BRASIL, 2017a).

No decorrer da pesquisa foi verificada nas observações de 13 notificações, a ocorrência de reincidência de adoecimento ou mortalidade de mais animais com notificação somente para o último evento, o que evidencia a importância das ações de Educação em Saúde junto à comunidade.

A Tabela 01 apresenta informações quanto a notificação das epizootias de PNH e pode-se verificar que há divergência entre os valores apresentados. Vale destacar que, até 2019, a notificação das epizootias ocorriam somente no sistema SINAN NET, e somente a partir do mês de setembro do referido ano, ocorreu a primeira notificação de epizootia no NOTIFICA SUS, sistema que estava em processo de implantação no município. No entanto, é importante destacar que, por ser de acesso nacional e alguns dados públicos, os registros presentes no SINAN NET são os mais utilizados para divulgação e apresentação de dados.

Tabela 1. Frequência de notificações e quantidade de animais com amostras enviadas por ano e por plataforma de coleta.

Sistema de Notificação	SINAN NET	NOTIFICA SUS	PLANILHAS UVCZ
2019	8	6	11
2020	7	7	7
2021	5	5	7
2022	19	19	20

Fonte: Sinan NET, Notifica SUS e planilhas UVCZ, 2024.

Para melhor entender, deve-se lembrar que uma notificação pode se referir a morte, adoecimento ou a carcaça de um ou mais animais, mesmo que não gere uma coleta e desde que o evento tenha ocorrido em um curto período de tempo (BRASIL, 2017a).

Adicionalmente, existem divergências nas tabelas da UVCZ, pois na mesma leva-se em consideração a notificação e além disso a quantidade de animais que foi possível realizar coleta de amostras para envio para análise laboratorial, ou seja, em uma única notificação pode haver mais de um registro de coleta, o que pode aumentar o quantitativo final de frequência na tabela, em contrapartida, há possibilidade de notificação sem coleta de amostras para laboratório, devido ao estado avançado de decomposição da carcaça do PNH.

No ano de 2022 ocorreu um aumento expressivo com relação ao ano anterior dos casos de notificações por epizootias de PNH, neste mesmo ano a Monkeypox ou também conhecida como varíola dos macacos se espalhou por diversos países e chegou ao Brasil (INSTITUTO MATIZES, 2022). Acredita-se que a preocupação com essa nova zoonose foi imediata, devido a pandemia de COVID-19 (2020-2022), o que estimulou a sensibilização por parte da população para a vigilância de eventos suspeitos.

Durante o recolhimento dos animais é observado o ambiente onde ele se encontra e preenchido na ficha de notificação do SINAN. Esses dados assinalados no preenchimento da notificação do SINAN confirmam que as epizootias podem ocorrer em ambientes urbano, periurbano e rural, auxiliando no mapeamento e vigilância dos acontecimentos (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência segundo região de ocorrência do evento epizoótico de acordo com o ano.

Zona de Ocorrência	Urbana	Periurbana	Rural
2019	81,8%	9,1%	9,1%
2020	71,4%	14,3%	14,3%
2021	100%	0%	0%
2022	63,2%	0%	36,8%

Fonte: Fonte: Notifica SUS, 2024.

Uma possível explicação para que estes eventos ocorram principalmente na zona urbana deve-se ao fato de Palmas apresentar glebas e lotes abandonados, os conhecidos vazios urbanos, além de áreas de vegetação, como parques, bosques e praças, próximas às áreas residenciais, comercial e

industrial, formando um importante corredor natural para os animais misturando o ambiente urbano com o silvestre (BAZOLI, 2007).

Das 37 epizootias notificadas no sistema Notifica SUS, em 51,4% (n=19) foi possível identificar os animais segundo o gênero: 43,3% (n=16) do gênero Callithrix (Sagui); 8,1% (n=3) Sapajus (Macaco-Prego); e 48,6% (n=18) não continham esta descrição. As fichas de notificação tanto do SINAN NET quanto do Notifica SUS não contém um espaço de preenchimento relacionado ao gênero do animal, dificultando o levantamento de dados.

Orienta-se que a cada evento de epizootia seja realizada coleta de amostras para análise laboratorial. De acordo com o SINAN entre 2019 e 2022, foram realizadas 26 coletas, 8 não foram coletadas e 1 não foi informada. Esses valores se diferenciam quando analisados os dados presentes nas planilhas da UVCZ, onde constam 34 coletas, 11 não foram coletadas e 0 não informadas (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência por ano da notificação e plataforma segundo houve coleta de amostra.

		Houve Coleta		
SINAN	**Ano**	**Ign/ Branco**	**Sim**	**Não**
	2019	0	7	1
	2020	1	4	2
	2021	0	4	1
	2022	0	11	4
	Total	1	26	8
		Houve Coleta		
	Ano	**Ign/ Branco**	**Sim**	**Não**
PLANILHAS	2019	0	9	2

UVCZ	2020	0	5	2
	2021	0	6	1
	2022	0	14	6
	Total	0	34	11

Fonte: Sinan NET e planilhas UVCZ, 2024.

A vigilância de epizootias de PNH é um trabalho colaborativo e intersetorial, que necessita de uma articulação conjunta, entretanto esse alinhamento pode ser prejudicado por haver dificuldade na obtenção de informação de ocorrência de epizootias, dificuldade na coleta, armazenamento e envio de amostras por desgastes dos cadáveres provocados pelo difícil acesso, o clima e o tempo a que são expostos e a falta de capacitação dos profissionais (ROMANO, 2012). Esses fatores influenciam diretamente nos resultados das investigações do agravo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, ao se referir a epizootias de primatas não humanos observa-se uma vigilância complexa e com aspectos determinantes, o que aumenta a importância e o cuidado no dia a dia da realização do trabalho.

Portanto, um fluxo mais claro, a realização de capacitações regulares, a diminuição na rotatividade de profissionais, o investimento em mais ações de educação e saúde e principalmente em equipes com escala de plantão para atender os chamados aos feriados e finais de semana garantirão melhora na coleta, desempenho e resultados das investigações de epizootias de PNH.

A vigilância realizada no município de Palmas acaba se tornando passiva ou seja as informações vêm por meio da população, por isso é fundamental a divulgação dos dados associadas à ações de educação e saúde, esse conjunto de trabalho possibilita a rede de saúde difundir informações corretas dificultando a circulação de notícias falsas, colaborando com o

conhecimento da população acerca deste tema e tendo como consequência o fortalecimento deste tipo de vigilância para que se tenham notificações e ocorram o acompanhamento destes casos de epizootias.

Referências Bibliográficas

Bazolli. João Aparecido. A Influência dos vazios urbanos de Palmas-To no custo da cidade. **XII Encontro da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em planejamento urbano e regional**. Belém: 2007. Disponível em: https://anais.anpur.org.br/index.php/anaisenanpur/article/view/1036/1017 . Acesso em: 20 jan 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância de epizootias em primatas não-humanos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Ministério da Saúde Gabinete do Ministro**. Distrito Federal, 25 jan. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 100 p.

Brasil. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Ministério da Saúde Gabinete do Ministro**. Distrito Federal, 06 jun. 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela**. 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

Brasil. Portaria nº 782, de 15 de março de 2017. Define a relação das epizootias de notificação compulsória e suas diretrizes para notificação em todo o território nacional. **Ministério da Saúde Gabinete do Ministro**. Distrito Federal, 16 mar. 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública: febre amarela**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 47 p.

Cavalcante, Karina Ribeiro Leite Jardim; Tauil, Pedro Luiz. Características epidemiológicas da febre amarela no Brasil, 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 10-1, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000100002. Acesso em: 03 set. 2022.

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Plano Estadual de Vigilância das Epizootias [recurso eletrônico] / **Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**. – Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2018. 71 p. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_vigilancia_das_epizootias_v7.pdf. Acesso em: 19 set. 2022.

Fundação, Escola de Saúde Pública de Palmas, Fesp. Tecnologia (NUT). Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Disponível em: fesp.palmas.to.gov.br/tecnologia. Acesso em: 4 mar 2024.

Governo Federal. **SINANWEB** – O Sinan. 07 mar. 2016. Disponível em: portalsinan.saude.gov.br/o-sinan. Acesso em: 28 fev 2023.

Hervé, Jean-Pierre et al. Ecologia da febre amarela no Brasil. **Revista da Fundação Sesp**, [s. l], v. 31, n. 2, p. 131-134, set. 1986. Disponível em: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/b_fdi_45-46/010007267.pdf. Acesso em: 19 set. 2022.

Instituto Matizes. Mapeamento do impacto da nova varíola entre estigmas, incertezas e desafios para o seu enfrentamento. **A chegada da Monkeypox ao Brasil**. 2022, Brasília: Instituto Matizes, n. 56, 2022. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/monkeypox_final_site-pt-br.pdf. Acesso em: 11 jan. 2024.

Kindlovits, L.M, Kindlovits A. **Febre amarela: clínica e terapêutica em primatas tropicais**. 2a ed. Rio de Janeiro: L. F. Livros; 2009. p. 190-191.

Romano, A. P. M. **A vigilância de primatas não humanos e a febre amarela silvestre no Brasil** [tese]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás: 2012. Disponivel em: https://repositorio.bc.ufg.br/tedeserver/api/core/bitstreams/28ff2d28-9d51-46db-b1f0-2be05e7c568f/content . Acesso em: 20 jan 2024.

Monath T. P, Vasconcelos P. F. C. Yellow fever. **J. Clin. Virol**. 2015; 64:160–173. doi: 10.1016/j.jcv.2014.08.030. - DOI -PubMed.

Siqueira, Priscila Carminati; Maciel, Ethel Leonor Noia; Catão, Rafael de Castro; Brioschi, Ana Paula; Silva, Theresa Cristina Cardoso da; Prado, Thiago Nascimento do. Completude das fichas de notificação de febre amarela no estado do Espírito Santo, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 1-9, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponivel em: http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000300014. Acesso em: 22 set. 2022.

SEGURANÇA DO PACIENTE E A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO NA ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

PATIENT SAFETY AND THE PRACTICE OF STERILIZATION IN ODONTOLOGICAL ACTIVITY

Kamila Guedes Silva (https://orcid.org/0009-0001-7136-2741)[1]

Silvana Marques Filgueiras Teixeira (https://orcid.org/0000-0001-7614-6610) [2]

Márcio Trevisan (https://orcid.org/0000-0002-7597-5481) [3]

1- Odontóloga, Residente em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Quadra ACSO1 (103 Sul), Avenida LO-01, conjunto 04, Lote 04, 77015-050, kamilaguedesfaith@gmail.com

2- Coorientadora, Analista de Saúde/Inspetora Sanitária e Gerente no Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária da Vigilância Sanitária de Palmas-TO, 104 Norte Rua NE 03, Lote 09 - Plano Diretor Norte, Palmas - TO, 77006-018, silvanateixeira21.@gmail.com

3- Orientador, Analista de Saúde/Inspetor Sanitário e Gerente na Gerência de Produtos e Serviços de Saúde, da Vigilância Sanitária de Palmas-TO, 104 Norte Rua NE 03, Lote 09 - Plano Diretor Norte, Palmas - TO, 77006-018, marciotrevi@gmail.com

Resumo

Na odontologia uma das formas de garantir a segurança do paciente é por meio do controle de qualidade dos processos de esterilização de produtos para a saúde. Com isso, este trabalho objetivou verificar o nível de comprometimento e conhecimento dos profissionais de saúde bucal com a cultura da segurança do paciente em odontologia, a partir da verificação das práticas adotadas no controle de qualidade da esterilização nos consultórios odontológicos privados do município de Palmas-TO. Trata-se de um estudo descritivo, documental de abordagem quantitativa, com coleta de dados do formulário de monitoramento sanitário que fez parte do processo de outorga de Alvará Sanitário nos anos de 2022 e 2023, aplicado pela Gerência de Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária em estabelecimentos privados que exercem a atividade odontológica no município. Pelos dados levantados, a maioria dos estabelecimentos afirmou utilizar materiais e equipamentos na prática da odontologia, que são preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária como a autoclave, papel grau cirúrgico, seladora, e adotam o uso de indicadores químico e biológico no monitoramento da esterilização. Os resultados deste trabalho demonstraram, que é perceptível a existência de medidas e investimento na política de segurança do paciente nos estabelecimentos odontológicos.

Palavras chaves: Segurança do paciente, odontologia e esterilização, vigilância sanitária

Introdução

O tema segurança do paciente, pode ser abordado sob diversas perspectivas, e tem sido cada vez mais percebido pelos sistemas de vigilância sanitária e nas organizações de saúde como um dos componentes críticos para a ampliação de melhorias e da qualidade. O cerne do assunto paira sobre a condição de que muitos pacientes são acometidos de danos que poderiam ser evitados, se houvesse uma cultura de segurança diferente e mais eficiente nestes locais[1].

No âmbito da odontologia, essa temática torna-se importante porque tanto profissionais como pacientes estão expostos ao contato com sangue, secreções orais e/ou respiratórias, entre outros riscos, e agentes com potencial patogênicos. É nessa linha, que se entende, que uma das formas de elevar a segurança sanitária para o paciente é por meio do controle de qualidade da esterilização dos produtos utilizados na prática odontológica[2.]

A cultura da segurança clínica e sanitária é definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança[3]. E está relacionada, entre outros fatores, com a adoção de processos operacionais que tenham capacidade de aumentar a confiabilidade e a segurança sanitária, ética e clínica do atendimento ao paciente[4].

Nesse sentido, tanto a definição como a adoção de práticas seguras no processamento de materiais utilizados na prática clínica odontológica, configuram-se como uma estratégia chave para que sejam evitados danos ao paciente. Uma vez que a transmissão de microrganismos, principalmente os patogênicos pode ocorrer de diversas formas, sendo uma delas por meio do contato com instrumental, equipamento ou objeto infectado[5].

O livro contendo o relatório To Err is Human (2000) do Institute of Medicine (IOM), serviu como um alerta para o impacto dos eventos adversos em saúde, bem como para dar ênfase a essa temática. Nele, especialistas apontam que eventos adversos podem ocorrer em diversos tipos de serviços de saúde, em sua maior proporção os estudos encontrados naquela época estavam relacionados ao ambiente hospitalar. Contudo, já mencionavam que eventos adversos podem ocorrer em ambiente ambulatorial, consultórios e até mesmo na casa do paciente[4].

Com o passar dos anos, essa temática passou a ganhar importância nos serviços de saúde de maneira geral, inicialmente mais nos de maior complexidade e atualmente atingindo

os serviços menores ou de menor complexidade. Na odontologia, estudos mencionam a ocorrência de alguns tipos de eventos adversos, como a infecção, dano por intervenção, por atraso ou falha no diagnóstico, e a ocorrência de alergias[6].

Quando relacionada com a infecção, existe o risco da propagação de doenças infectocontagiosas como a hepatite B (HBV), hepatite C (HCV), HIV, herpes simples HSV-1 e HSV-2 e tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*). Todas passíveis de transmissão dentro do consultório odontológico, principalmente se as precauções necessárias não sejam adotadas. Dessa forma, microrganismos presentes em instrumentos ou objetos que não tenham sido adequadamente lavados, e não estejam estéreis, colocam em risco a segurança do paciente[7].

É nessa linha, para que o processo de esterilização dos instrumentais seja eficiente, todas as etapas desde a limpeza, secagem, preparo, esterilização e estocagem devem ser realizadas de forma adequada. E com isso destaca-se o entendimento da técnica e respeito aos critérios de qualidade estabelecidos para cada etapa. Cabe destacar que o objetivo destes processos é basicamente de promover a destruição dos microrganismos (bactérias, fungos, vírus) e que podem ser realizadas por processos físicos, químicos ou físico-químicos. Sendo que o método físico de esterilização nos serviços de saúde, é o calor úmido por meio de autoclaves[7].

O monitoramento da qualidade desse serviço, através da utilização de indicadores físicos, químicos e biológicos possibilitam o reconhecimento das falhas humanas e mecânicas que podem ser corrigidas[8]. Nesse sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), traz recomendações sobre a realização do monitoramento físico, químico e biológico da esterilização. Sendo que o monitoramento físico consiste na leitura e registro dos dados de tempo, temperatura e pressão da autoclave em cada ciclo de esterilização. No monitoramento químico são utilizados testes de Bowie-Dick, multiparamétrico, integrador ou emuladores. Já o monitoramento biológico é realizado utilizando ampolas contendo esporos bacterianos. Estes testes funcionam como importantes instrumentos de comprovação da esterilização[9], contribuindo para a minimização de riscos de transmissão de microrganismos patogênicos durante o exercício das práticas clínicas da odontologia em estabelecimentos odontológicos.

Diante disso, salienta-se o importante papel das ações de fiscalização e do monitoramento sanitário, no processo da promoção e na implementação desses controles de qualidade, que por sua vez buscam minimizar os riscos de danos à saúde das pessoas[10].

No município de Palmas-TO, o Licenciamento Sanitário, as ações de fiscalização e de controle sanitário das atividades de odontologia ficam sob a responsabilidade da Gerência de Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária Municipal, e caracterizam-se como ações prioritárias em prol de garantir que as práticas no cuidado e prestação deste serviço de saúde aos pacientes, sejam seguros sanitariamente. Dessa forma, torna-se importante a realização de estudos que demonstrem a efetividade dessas ações, a partir da verificação do comportamento dos estabelecimentos no comprometimento com as recomendações realizadas.

Com isso, esta pesquisa teve como objetivo verificar qual o nível de comprometimento e conhecimento dos profissionais de saúde bucal com a cultura da segurança do paciente em odontologia a partir da verificação das práticas adotadas no controle de qualidade da esterilização nas clínicas/consultórios odontológicos privados no município de Palmas-TO.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, documental de abordagem quantitativa, com coleta de dados do formulário de monitoramento sanitário que fez parte dos processos de outorga de Alvará Sanitário nos anos de 2022 e 2023 e foi aplicado pelo setor de Serviços e Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária em estabelecimentos privados que exercem a atividade de odontologia.

Mediante cálculo amostral, dos 121 estabelecimentos cadastrados no setor a amostragem mínima é de 93 formulários para fins de validação das conclusões com base em estatística probabilística. Na definição da amostra mínima, adotou-se a porcentagem de 5% como erro amostral tolerável e o índice de confiança de 95% na aplicação da fórmula de cálculo amostral[11,12].

A amostra utilizada neste estudo, foi composta pelos dados contidos no formulário de monitoramento sanitário aplicado pelo setor de Serviços e Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária em estabelecimentos privados que exercem a atividade de odontologia no município de Palmas-TO, entre novembro de 2022 a junho de 2023. Foram incluídos os formulários que tinham sido completamente preenchidos e assinados pelo responsável técnico ou legal do estabelecimento. Foram excluídos formulários com problemas de preenchimento,

falta de informações e sem assinatura.

Como forma de garantir a inviolabilidade e anonimato na informação, bem como minimizar riscos de extravio dos documentos originais, não foram computadas informações que pudessem levar a identificação de estabelecimentos em particular, nenhum nome comercial, ou pessoas foram anotados, e após a digitação dos dados, os formulários foram imediatamente devolvidos ao seu local original de arquivamento no processo ao qual faziam parte.

Os dados coletados foram tabulados conforme grupo de variável definida no estudo e foi calculada a frequência absoluta e relativa para cada resposta por meio do software Microsoft® Office Excel. As variáveis consideradas no estudo foram os métodos e tipos de embalagens utilizados nos processos de esterilização, realização de manutenções preventivas na autoclave, quantidade de ciclos de esterilização realizados por dia/semana, realização de monitoramento da esterilização com indicadores químico e biológico e frequência de realização desses testes, dificuldades na realização dos testes de monitoramento, realização de registros do monitoramento químico e biológico, reconhecimento sobre a importância desses processos, Conhecimento sobre segurança do paciente.

A pesquisa foi avaliada e obteve parecer favorável da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisas da Fundação em Saúde Pública de Palmas, obteve antecipadamente a autorização do uso de dados pela Secretaria Municipal de Saúde, e foi apresentada para avaliação ética via Plataforma Brasil, tendo parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº6.000.774.

Resultados e discussão

Foram utilizados neste estudo a amostra de 96 formulários. Na avaliação desses formulários consultados no setor de Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária que foram construídos em forma de perguntas e alternativas com respostas fechadas, cada estabelecimento ao responder o formulário, foi apresentando seu perfil e condição sanitária perante os temas de interesse do setor.

Tabela 1: Respostas sobre os equipamentos, métodos, materiais, e procedimentos de esterilização realizados nos estabelecimentos de odontologia.

Perguntas	Possibilidades de respostas	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Método físico utilizado para o processo de esterilização dos instrumentais/materiais	Calor úmido (autoclave)	95	98.96
	Calor seco (estufa)	1	1.04
	Não sabe informar	0	0
Quantidade de ciclos de esterilização	1 a 2 por dia	37	38.54
	2 a 3 por dia	36	37.50
	1 vez por semana	5	5.21
	2 a 4 vezes por semana	18	18.75
Tipo de embalagem utilizada para embalar/empacotar os produtos para esterilização	Papel Grau Cirúrgico	89	92.71
	Papel Crepado	5	5.21
	SMS/TYVEK/Embalagem de polipropileno	0	0
	Não sabe informar	2	2.08
Equipamento/produto que é utilizado no estabelecimento para selar as embalagens	Seladora	91	94.79
	Chapinha	1	1.04
	Fita zebrada	4	4.17
	Nenhuma das opções	0	0
Realizou manutenção preventiva nos últimos 6 meses	Sim	91	94.79
	Não	5	5.21
Já fez a leitura do manual da autoclave	Sim	83	86.46
	Não	13	13.45
Determinação da validade da esterilização	A partir da data de esterilização contando 7 dias.	54	56.25
	A partir da avaliação da integridade das embalagens, avaliando condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado	30	31.25
	A partir da data de esterilização contando 15 dias.	12	12.50

Fonte: Questionário presente no processo de outorga de Alvará Sanitário para 2022, do Setor

de Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária de Palmas-TO.

Assim, como pode ser observado na Tabela 1, sobre as práticas e os métodos adotados pelos estabelecimentos para a esterilização de produtos para a saúde na atividade odontológica, levantou-se que no cenário municipal, majoritariamente utiliza-se o calor úmido em autoclave (98,96%), uso de papel grau cirúrgico (92,71%) e seladora (94,79%).

A utilização da autoclave, ou seja, de calor úmido, para esterilização de produtos para a saúde utilizados na prática da odontologia é a prática recomendada pela ANVISA, destaca-se ainda que é proibido o uso do calor seco em estufas para esterilização de produtos para a saúde conforme rege a RDC n° 15 de 2012 [13].

Nessa linha, como pode ser observado na Tabela-1, o percentual de 1,04% dos estabelecimentos afirmou utilizar ainda a esterilização por calor seco (estufa). Esse dado, chama a atenção para a necessidade da atualização continuada dos profissionais sobre seus procedimentos no exercício da profissão. E destaca também a importância do papel da Vigilância Sanitária na segurança do paciente, pois desde a apresentação das rotinas, dos equipamentos, dos programas de controle e gestão da qualidade sobre seus dispositivos, práticas e tecnologias implementadas nos estabelecimentos, para análise documental durante a outorga inicial ou de renovação da Licença Sanitária, se configuram em oportunidades para atuar sobre o gerenciamento para minimização dos riscos de danos sanitários, e consequentemente aumento da condição de segurança sanitária para os pacientes.

Condições como essa levantada no formulário, fortalecem a importância e necessidade das inspeções e da fiscalização sanitária sobre os estabelecimentos de saúde. Uma vez que, o uso da estufa é considerado uma infração sanitária, além de potencializar o risco de dano sanitário, já que não garante a eliminação efetiva e completa dos microrganismos que podem estar presentes nos instrumentais utilizados no cuidado aos pacientes[14].

Reforçando a importância do entendimento sobre os métodos de esterilização, o estudo de Kommmineni e colaboradores (2016) realizou a verificação da eficácia da esterilização de limas rotatórias utilizadas no tratamento endodôntico na odontologia, concluindo que entre os métodos químicos e fisico (autoclave) utilizados na esterilização de materiais, somente os materiais que foram submetidos a esterilização em autoclave alcançaram a esterilidade total, conclusões que reforçam a necessidade da obediência às normas sanitárias e as ações em prol do entendimento dos riscos sanitários e da necessidade da implementação de medidas de controle para elevação da segurança sanitária[15].

Já com relação a embalagem para o empacotamento dos produtos, a maioria dos

profissionais informaram utilizar o papel grau cirúrgico (92,71%) conforme demonstra a Tabela 1, sendo que a utilização deste invólucro é autorizada pela ANVISA para o processamento de produtos para a saúde. Esse tipo de embalagem possui uma parte plástica e outra em papel permitindo que o vapor penetre na embalagem e elimine os microrganismos nas superfícies desses materiais[13]. Fato é que a escolha correta da embalagem contribui de forma importante para a manutenção da qualidade do processo de esterilização, uma vez que permite a conservação adequada da esterilidade do produto acondicionado em seu interior [16.]

Sobre o produto/equipamento que os estabelecimentos utilizam no fechamento dos pacotes contendo produtos para a saúde para serem autoclavados conforme dados da Tabela 1, foi verificado que a maior frequência de utilização é com a seladora (94,74%) para o fechamento das embalagens. Contudo ainda houve um percentual que afirmaram utilizar a fita zebrada (4,17%) e chapinha (1,04%). A problemática envolvida nesta rotina, paira basicamente na necessidade do selamento do invólucro precisa garantir a vedação eficiente. Por este motivo que é recomendado a utilização da termo seladora ou conforme orientação do fabricante da embalagem. Outros artefactos ou rotinas, como fita ou chapinha acabam não sendo indicadas para esta finalidade, dado que não existem comprovações sobre a garantia do adequado fechamento da embalagem[13].

Quanto à frequência de realização dos ciclos de esterilização demonstrada na Tabela 1, a maioria dos estabelecimentos realizam mais de um ciclo por dia (38,54%). Considerando a frequência envolvendo esta rotina, destaca-se a importância de existirem no estabelecimento, rotinas e fluxos de trabalho claros e coerentes à realidade do local, para que sejam evitados os cruzamentos e a mistura e contaminação entre produtos não processados (sujos) e os produtos desinfetados ou já esterilizados.

Nesse cenário, é importante destacar que as práticas adotadas nos locais de atuação profissional, possuem íntima relação com a condição dimensional, estrutural e ambiental existente nos estabelecimentos, e que são decisivos para a forma na qual as rotinas e procedimentos são realizadas. Esses fatores contribuem no entendimento de que a minimização dos riscos e consequentemente danos sanitários, e que colocam em risco a segurança sanitária dos pacientes, perpassam por diversas áreas, e que muitas vezes tem início antes da própria abertura do estabelecimento. Ou seja, os riscos sanitários começam a serem gerenciados para minimizar a possibilidade de danos, já na avaliação do Projeto Arquitetônico Básico do estabelecimento pela Vigilância Sanitária com a sua proposição em conformidade

com a legislação sanitária sobre os mínimos estruturais e operacionais para estabelecimentos de saúde[9,17].

O comprometimento em obedecer às etapas tem o intuito de minimizar riscos de contaminação cruzada, por isso se defende a necessidade da existência e respeito operacional sobre a estrutura física da sala de esterilização, inclusive com a barreira física ou barreira técnica para reduzir esses riscos, uma vez que essas barreiras possibilitam a clara definição e a separação entre as áreas sujas e áreas limpas dentro da rotina de esterilização [13].

Conforme demonstrado na Tabela 1, 94,79% dos estabelecimentos afirmaram que realizaram a manutenção preventiva da autoclave nos últimos seis meses. Nessa linha, um dos documentos exigidos para renovação do licenciamento sanitário neste setor foi a comprovação de manutenção preventiva de vários equipamentos utilizados no consultório odontológico, o que pode configurar como um incentivo a prática de se realizar essa manutenção. Essa prática contribui para a maior confiança na utilização dos materiais, uma vez que falhas mecânicas podem comprometer a qualidade do ciclo de esterilização e por sua vez tornar-se um fator de risco para a ocorrência e contaminações. E ainda, a manutenção preventiva pode diminuir a ocorrência de manutenções corretivas em momentos inoportunos[18].

Quanto a determinação da validade da esterilização o maior percentual de respostas (56,25%) conforme demonstradado na Tabela 1, apontam para a validade de 7 dias. No entanto, a ANVISA por meio da RDC n° 15 de março de 2012, estabelece que fatores como a integridade da embalagem, local onde é estocado, condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque, devem ser avaliados por que influenciam tanto na qualidade quanto na segurança da utilização do produto, e isso precisa ser levado em consideração em cada estabelecimento para definição da validade da esterilização[13] .

Dessa forma, um pacote contendo produtos para a saúde esterilizados, dependendo das condições de armazenamento, pode ter sua esterilidade comprometida ou prolongada, foi o que demonstrou Neves e colaboradores (2004) em estudo onde foi verificado que após 25 dias os materias que estavam dentro da amostra analisada pelo estudo permaneceram estéreis [19].

Tabela 2: Respostas sobre as práticas de monitoramento químico e biológico na esterilização de equipamentos de odontologia.

Perguntas	Possibilidades de respostas	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
	Sim (uma vez por semana)	58	60.42

Realiza monitorização com indicador químico?	Sim (em todos os ciclos)	17	17.71
	Não sabe como fazer	5	5.21
	Não faz	16	16.67
Realiza monitorização com indicador biológico?	Sim (uma vez por semana)	76	79.17
	Sim (em todos os ciclos)	6	6.25
	Não sabe como fazer	5	5.21
	Não faz	9	9.38
Ocorrência de resultado REPROVADO nos testes de monitorização biológica/químico	Sim	4	4.17
	Não	84	87.50
	Não realiza os testes	8	8.33
Qual atitude foi tomada diante do resultado REPROVADO nos testes de monitorização	Registrei o resultado no caderno/ficha de registro do monitoramento e continuei utilizando a autoclave	2	2.08
	Registrei o resultado no caderno/ficha de registro do monitoramento e solicitei a manutenção da autoclave e guardei a nota fiscal da manutenção junto com o livro de registro do monitoramento	7	7.29
	Não fiz o registro do teste neste dia, pois ele precisa dar APROVADO para registrar	3	3.13
	Parei de fazer o teste	1	1.04
Tempo que realiza o monitoramento químico/ biológico	A menos de 1 ano	31	32.29
	A mais de 1 ano	27	28.13
	A mais de 2 anos	18	18.75
	A mais de 5 anos	14	14.58
	Não faz	6	6.25
Realiza o registro do monitoramento	Sim	75	78.13
	Não	21	21.88
Possui dificuldades na realização do monitoramento	Sim	10	10.42
	Não	86	89.58
Quais as dificuldades na realização do monitoramento da esterilização	Não sabe como fazer	8	8.33
	Não sabe como utilizar a mini incubadora	3	3.13
	Não tem tempo para fazer o monitoramento	5	5.21
Como aprendeu a realizar o monitoramento químico e biológico	Através de instrução de inspetores da VISA	41	42.71
	Durante a formação acadêmica	23	23.96
	Sozinho, através de manuais ou vídeos na internet	25	26.04
	Ainda não sabe fazer	7	7.29

Fonte: Questionário presente no processo de outorga de Alvará Sanitário para 2022, do Setor

de Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária de Palmas-TO.

Quanto aos dados relacionados a verificação da qualidade dos processos de esterilização através do monitoramento por meio de indicadores químicos e biológicos, observando dados da Tabela 2, a maioria dos estabelecimentos informaram que realizam o monitoramento químico (60,42%) e biológico (79,17%) uma vez por semana. Condição temporal que é adotada sem uma justificativa técnica ou embasamento teórico nas normas e rotinas apresentadas pelos estabelecimentos.

Sobre o tema, é necessário observar que a legislação sanitária em vigor determina por meio da RDC n° 15/2012[13], que a realização do monitoramento físico e químico dos processos de esterilização sejam realizados a cada carga esterilizada. E que o monitoramento biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.

Assim, analisando a frequência de realização dos testes a partir dos dados da Tabela 2, a maioria dos estabelecimentos afirmaram realizar entre 1 a 2 ciclos por dia (38,54%), seguido de outra parcela também significativa que realiza de 2 a 3 ciclos por dia (37,50%). Com isso, é possível perceber que existe a necessidade de os estabelecimentos estabelecerem parâmetros e condutas adequadas e buscar implementar rotinas para utilizar as ferramentas de monitorização da esterilização corretamente. Sobretudo com relação a frequência de realização dos testes, que deve estar diretamente relacionada a quantidade de ciclos/carga que é realizada no estabelecimento por dia/semana.

Os resultados obtidos nos formulários, levantam a necessidade e a importância da atuação e a correção das condutas sobre os processos de esterilização. Estudos científicos colaboram em reafirmar a importância do tema, como o de Dagher e colaboradores (2018), através de pesquisa realizada com base na utilização de indicadores, evidenciaram que de uma amostra de 134 autoclaves, 7,4% delas apresentaram falhas. Resultados que demonstram a importância do monitoramento sobre os processos de esterilização[20]. Ademais, garantindo que os procedimentos de esterilização estão sendo capazes de eliminar os microrganismos contidos nos instrumentais, certamente colabora-se com a segurança na utilização desses materiais, e diminui-se assim os riscos de eventos adversos por contaminação cruzada[21].

Com relação ao modo de como os estabelecimentos atuam diante dos resultados obtidos nos testes de monitoramento, de acordo com a Tabela 2, 2,08% dos estabelecimentos responderam que continuam utilizando o equipamento de autoclave mesmo quando encontram um resultado de reprovação do processo de esterilização. E ainda outros 3,13% não fazem registro dos testes de monitoramento, quando estes dão resultado reprovado. A partir desses dados, é possível concluir que existem importantes lacunas no conhecimento e da correta compreensão da importância e significado dos resultados dos testes de monitoramento da qualidade na esterilização. E nessa linha, pode-se questionar sobre o nível de segurança sanitária oferecido aos pacientes, bem como destacar o risco de danos sanitários, e a deterioração da condição de segurança sanitária que a manutenção dessas realidades possa se configurar nos estabelecimentos de saúde.

Entre os estabelecimentos que realizam testes químicos e/ou biológicos, conforme Tabela 2, 42,71% afirmaram que adquiriram essa habilidade por meio da participação em atividades de educação sanitária, onde Inspetores da Vigilância Sanitária orientaram sobre a obrigatoriedade da utilização dos testes e quanto a forma correta de realização destes. Nessa linha, Silva e colaboradores (2021) também apresentam resultados semelhantes, em que 11 (25,58%) de 43 profissionais afirmaram não ser obrigatória a utilização de indicadores para verificar a qualidade da esterilização, demonstrando que as fragilidades no processo de reconhecimento da importância e na habilidade de executar essas medidas e técnicas de controle do processo, não são ocorrências pontuais e isoladas. Fato é que, é necessário ampliar os conhecimentos dos profissionais sobre os requisitos envolvidos para garantir coerência e qualidade nestas rotinas de processamento de produtos para a saúde[21].

Sena e colaboradores (2023), demonstraram em um levantamento com 56 graduandos de odontologia, que 44,6% deles afirmaram não compreender o processo de monitoramento biológico. Sugerindo assim, da mesma maneira que foi percebido por este estudo, que podem existir vulnerabilidades também no processo de formação sobre esta temática abordada. Dado que, negligenciar esses assuntos pode favorecer a ocorrência de contaminação cruzada e danos importantes a saúde dos pacientes[22].

Tabela 3: Respostas sobre o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o tema segurança do paciente na odontologia.

Perguntas	Possibilidades de respostas	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)

O que é segurança do paciente em odontologia?	É quando o consultório odontológico cumpre todas as normas de segurança exigidas para funcionar.	41	42.71
	É a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável, sendo uma forma de minimizar riscos de lesões, traumas, infeções ou riscos de transmissão de doenças infectocontagiosas durante o cuidado ao paciente.	53	55.21
	É quando o profissional possui o conhecimento técnico adequado e materiais necessários para realizar o atendimento odontológico.	1	1.04
	Nenhuma das alternativas;	1	1.04
De que forma você acha que a qualidade da esterilização pode interferir na segurança do paciente?	Prevenindo a ocorrência de contaminação cruzada e transmissão de doenças infectocontagiosas;	96	100
	Não interfere em nada, pois o que garante a segurança do paciente é somente o conhecimento técnico que o profissional possui, que evita a ocorrência de tratamentos realizados de forma errada.	0	0
	Prevenindo riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.	0	0
	Não sabe.	0	0

Fonte: Questionário presente no processo de outorga de Alvará Sanitário para 2022, do Setor de Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária de Palmas-TO.

Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a definição de segurança do paciente como é apresentado na Tabela 3, demonstra que 55,21% dos estabelecimentos responderam corretamente sobre o conceito apresentado. Mas, outra parcela significativa (42,71%) associou o assunto somente ao cumprimento de normas de segurança. Apesar de a segurança do paciente ser um assunto que vem ganhando notoriedade na área da odontologia

nos últimos anos, ainda são poucos os estudos quando comparados às outras áreas da saúde em que constantemente encontramos mais publicações sobre essa temática. O que pode justificar a falta de familiaridade dos profissionais deste estudo com as definições.

Vale destacar ainda que as respostas levantadas nesse estudo, mostram que a dificuldade de garantir a qualidade da esterilização, tem forte potencial para comprometer a segurança dos pacientes, principalmente por contaminação cruzada e consequentemente transmissão de microrganismos infectocontagiosos.

Riscos de infecção e de disseminação de doenças infectocontagiosas são alguns dos eventos adversos mais descritos pela literatura no âmbito da odontologia[6]. Albuquerque e Grabois (2022), por exemplo, afirmam que os danos provocados envolvem tanto o paciente, podendo ainda se estender aos familiares, aos profissionais de saúde e colaboradores envolvidos, além de serem complexos de mensurar o que dificulta a discussão sobre o assunto. Além do potencial de repercussão sobre o nível de autonomia, e de qualidade de vida do indivíduo, podem até mesmo levar ao óbito, por isso, a importância de reconhecer que as práticas seguras no processamento de produtos para a saúde é um dos pontos importantes e que colaboram para a redução desses riscos [23].

Diante disso, é evidente que os profissionais de saúde necessitam se apropriar e conhecer o tema, devem investir em práticas que contribuam para a minimização dos riscos que podem levar a produção de danos ou ocorrências de eventos adversos envolvendo as atividades ligadas a odontologia.

Considerações finais

Os resultados deste trabalho demonstraram, que já é perceptível a existência de medidas e investimento na política de segurança do paciente nos estabelecimentos

odontológicos, todavia o assunto ainda exige ampliação, divulgação e apropriação conceitual por parte dos profissionais e das organizações desta área.

Pelos dados levantados, foi perceptível notar que são adotadas práticas que contribuem para a segurança dos pacientes, como a utilização de controles de qualidades, utilização de materiais adequados para os fins a que se destinam, além da adoção de práticas adequadas nos processos de esterilização, precauções que por sua vez contribuem para um cuidado seguro. Todavia a detecção de erros e práticas em desacordo com a legislação sanitária e que não potencializam a segurança dos pacientes, precisam ser revisadas e substituídas por práticas mais seguras.

Pode-se concluir também pelas informações obtidas que as ações de fiscalização sanitária e de monitoramento sanitário realizadas pela Vigilância Sanitária Municipal, tem papel fundamental para a consolidação e da expansão das ações em prol da Segurança do Paciente. E que inclusive, a detecção dos investimentos e melhorias percebidos em parte dos serviços, já podem ser resultado das medidas exigidas pelo setor, resultando em práticas mais seguras no processamento dos produtos para a saúde utilizados no exercício da odontologia.

Conclui-se da mesma maneira, que a formação em saúde, sendo ampla e diversificada, envolve também o compromisso dos profissionais de odontologia, que devem investir em conhecimento sobre os conceitos e funcionamento das práticas de controle da qualidade e da segurança dos equipamentos, pois nesse processo dinâmico e sofisticado que são as diretrizes e legislações sanitárias contidas na Política de Segurança do Paciente, o objetivo maior é garantir qualidade e segurança sanitária em todas as etapas que envolvem o serviço de saúde.

E nessa perspectiva a residência multiprofissional em saúde coletiva, pode contribuir através de atividades de educação que envolvam parcerias entre os campos de prática da residência a exemplo a vigilância sanitária com os cursos de graduação, estimulando a disseminação de conhecimentos quanto as práticas que contribuem para a segurança do paciente. E dessa forma além de contribuir com a disseminação de conhecimento relacionado a essa temática, pode ainda contribuir para uma desmitificação da visão punitiva atribuída a vigilância sanitária.

Colaboradores

Colaboraram neste estudo para facilitar o levantamento dos dados a servidora Paula Geovana Novais dos Santos Prioli, Julianne Cordeiro Nascimento e Andrea Maria.

K. Guedes e M. Trevisan contribuíram na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica e na aprovação da versão a ser publicada. S.M.F. Teixeira contribuiu como coorientadora e na revisão final do manuscrito.

Agradecimentos

-Agradecemos a colaboração da Gerência de Produtos e Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária de Palmas-TO (GPSS) pela liberação das informações, aos Inspetores Sanitários do setor pelas orientações na compilação das respostas, ao Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária (NEVS) pela oportunidade de atuar no setor como residente, e ao curso de Residência em Saúde Coletiva da Fundação em Saúde Pública de Palmas (FESP) pela oportunidade de aperfeiçoamento.

Os autores declararam que não existe qualquer potencial conflito de interesses referente a este manuscrito.

Referências

1. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Editora FIOCRUZ; 2019. doi: 10.7476/9788575416426
2. Kuhn CR, Toralles RP, Machado M, Fanka LS, Meireles TP. Contaminação microbiana em consultórios odontológicos. *Rbcs*. 27º de junho de 2018. doi:10.4034/RBCS.2018.22.04.04
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC - n° 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 26 jul.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. doi: 10.17226/9728
5. Silva IB, Jesus VP de, Sousa MF de, Silva JPP, Linhares EOS, Silva VCC, Silva IB. Eficácia dos métodos de descontaminação de limas endodônticas: uma revisão de literatura / Effectiveness of endodontic file decontamination methods: a literature review. *Braz. J. Develop*. 2021 Aug. 24. doi:10.34117/bjdv7n8-540
6. Corrêa CDTS de O, Mendes W. Proposta de um instrumento para avaliar eventos adversos em odontologia. Cad Saúde Pública. 2017 Nov; doi: 10.1590/0102-311X00053217
7. Sebastiani FR, Dym H, Kirpalani T. Infection Control in the Dental Office. Dent Clin North Am. 2017 Apr;61(2):435-457. doi: 10.1016/j.cden.2016.12.008
8. Costa EAM, dos Santos QNF, Dantas I dos S. Risco em processamento de produtos para saúde em Unidades Básicas de Salvador, BA. Vigil Sanit Debate. 30º de maio de 2018. doi: 10.22239/2317-269X.00991
9. Brasil. Ministério da Saúde. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília, 2006. 156 p.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC - n° 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 28 nov.
11. Azevedo RS. Qual o tamanho da amostra ideal para se realizar um ensaio clínico? . Rev Assoc Med Bras. 2008Jul;54(4):289–. doi: 10.1590/S0104-42302008000400007
12. Normando D, Almeida MA de O, Quintão CCA. Análise do emprego do cálculo amostral e do erro do método em pesquisas científicas publicadas na literatura ortodôntica nacional

e internacional. *Dental Press J Orthod*. 2011 Nov; doi: 10.1590/S2176-94512011000600006

13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC - n° 15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 2012; 19 mar.
14. Sajjanshetty S, Hugar D, Hugar S, Ranjan S, Kadani M. Decontamination methods used for dental burs - a comparative study. *J Clin Diagn Res.* 2014 Jun;8(6):ZC39-41. doi: 10.7860/JCDR/2014/9314.4488.
15. Kommmineni NK, Dappili SR, Prathyusha P, Vanaja P, Reddy KK, Vasanthi D. Comparative evaluation of sterilization efficacy using two methods of sterilization for rotary endodontic files: An in vitro study. J NTR Univ Health Sci 2016;5:142-6. doi: 10.4103/2277-8632.185453
16. Reisdorfer N, Araujo GM de, Silva LAA da, Santos AM dos, Soder RM. Segurança do paciente: embalagens, acondicionamento e tempo de guarda de materiais esterilizados na Atenção Básica / Safety: packages, packing and storage period of sterilized materials in Primary Care ;. Cien Cuid Saude. 2016 Oct. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v15i4.29925
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC - n° 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde . Diário Oficial da União 2002; 20 mar.
18. Tipple AFV, Pires FV, Guadagnin SVT, Melo D de S. O monitoramento de processos físicos de esterilização em hospitais do interior do estado de Goiás. Rev esc enferm USP. 2011Jun; doi: 10.1590/S0080-62342011000300029
19. Neves ZCP das, Melo D de S, Souza ACS e, Tipple AFV, Rodrigues MAV. Artigos esterilizados em calor úmido: validação do sistema de guarda. Rev Bras Enferm. 2004Mar;57(2):152–6. doi: 10.1590/S0034-71672004000200004
20. Dagher J, Sfeir C, Abdallah A, Majzoub Z. Sterilization and Biologic Monitoring in Private Dental Clinics in Lebanon. J Contemp Dent Pract. 2018 Jul 1;19(7):853-861. PMID: 30066691. Doi: 10.5005/jp-journals-10024-2347
21. Silva DM da, Sanches APM, Roseira CE, Figueiredo RM de, André SC da S. Conhecimento dos profissionais de saúde bucal sobre o processamento de produtos para a saúde. Rev. APS. 23º de junho de 2021; doi:10.34019/1809-8363.2020.v23.16349

22. Sena LR de, Picanço PRB, Vieira LV, Martins LFB, Studart RMB, Sales FMF, Leitão AKA, Oliveira RM, Gomes LLR. Conhecimento de graduandos em odontologia acerca do processo de esterilização de instrumental odontológico. REAS. 27fev.2023 ; doi: 10.25248/reas.e11493.2023
23. Albuquerque A, Grabois V. Aspectos jurídicos-sanitários da Segurança do Paciente. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. 20º de setembro de 2022;11(3):08-11. doi: 10.17566/ciads.v11i3.978

Epidemiologia e Serviços de Saúde
RESS | REVISTA DO SUS

FOLHA DE ROSTO

ARTIGO ORIGINAL

Rastreamento e Principais Desafios para o Câncer do Colo do Útero no Estado do Tocantins

Screening and Major Challenges for Cervical Cancer in the State of Tocantins

Seguimiento y Principales Desafíos para el Cáncer de Cuello Uterino en el Estado de Tocantins

Lara de Oliveira Lamin[1] - orcid.org/0009-0005-7742-2804

Eliane Patricia Lino Pereira Franchi [2] - orcid.org/0000-0003-2418-2841

[1] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Palmas, TO, Brasil

[2] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Núcleo de Pesquisa Aplicada à Saúde, Palmas, TO, Brasil

CORRESPONDÊNCIA

Lara de Oliveira Lamin | e-mail: laralamin@hotmail.com

FINANCIAMENTO

Para autores que receberam financiamento: Lara de Oliveira Lamin, Ministério da Educação (MEC) - Bolsa de Residência Multiprofissional.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464

SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Para artigo derivado de trabalho acadêmico:

Artigo derivado de monografia de conclusão de residência intitulada “Rastreamento e Principais Desafios para o Câncer do Colo do Útero no Estado do Tocantins”, defendida por ‘Lara de Oliveira Lamin’ no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP, em 2024.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não possuir conflitos de interesse

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lamin LO e Franchi EPLP contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Plano Integrado de Residências em Saúde (PIRS) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) pelo apoio na condução do trabalho.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

RESUMO

Objetivo: avaliar a ocorrência, cobertura e qualidade do rastreamento para CCU no Tocantins, segundo os registros no Siscan. **Métodos:** estudo do tipo ecológico e descritivo das características das mulheres submetidas ao exame citopatológico entre 2013-2022. Analisou-se a tendência temporal dos casos de CCU e dos indicadores de cobertura e qualidade desses exames. **Resultados:** A tendência da incidência geral foi crescente de 2014-2020 e estacionária de 2014-2022. A adesão ao exame foi baixa. O indicador de amostras insatisfatórias aumentou nos últimos anos, indicando tendência crescente (2014-2022) bem como o indicador da ZT. **Conclusão:** O programa de rastreamento de CCU no Tocantins enfrenta desafios, como baixa adesão ao exame. A microrregião de saúde Capim Dourado, absorve a maioria da demanda, enquanto regiões remotas precisam de estratégias específicas para melhorar o acesso e a qualidade do rastreamento.

Palavras-chave: rastreamento; câncer do colo do útero; incidência; detecção precoce de câncer.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the occurrence, coverage and quality of screening for CC in Tocantins, according to Siscan records. **Methods:** ecological and descriptive study of the characteristics of women undergoing cytopathological examination between 2013-2022. The temporal trend of CC cases and the coverage and quality indicators of these exams were analyzed. **Results:** The overall incidence trend was increasing from 2014-2020 and stationary from 2014-2022. Participation in the exam was low. The

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

unsatisfactory samples indicator has increased in recent years, indicating an increasing trend (2014-2022) as well as the ZT indicator. **Conclusion:** The CC screening program in Tocantins faces challenges, such as low adherence to the exam. The Capim Dourado health microregion absorbs the majority of demand, while remote regions need specific strategies to improve access and quality of screening.

Keywords: screening; cervical cancer; incidence; early cancer detection.

RESUMÉN

Objetivo: evaluar la ocurrencia, cobertura y calidad del tamizaje del CC en Tocantins, según los registros Siscan. **Métodos:** estudio ecológico y descriptivo de las características de mujeres sometidas a examen citopatológico (2013-2022). Se analizó la tendencia temporal de los casos y los indicadores de cobertura y calidad de estos exámenes. **Resultados:** La tendencia general de la incidencia fue creciente entre 2014-2020 y estacionaria entre 2014-2022. La participación en el examen fue baja. El indicador de muestras insatisfactorias ha aumentado en los últimos años, indicando una tendencia creciente (2014-2022) al igual que el indicador ZT. **Conclusión:** El programa de detección en Tocantins enfrenta desafíos, como la baja adherencia al examen. La microrregión Capim Dourado absorbe la mayor parte de la demanda, mientras que las regiones remotas necesitan estrategias específicas para mejorar el acceso y la calidad de los exámenes.

Palabras clave: detección; cáncer de cuello uterino; incidencia; detección temprana de cáncer.

Contribuições do estudo
Principais resultados A tendência da incidência geral foi crescente de 2014-2020 e estacionária de 2014-2022. A adesão ao exame foi baixa. O indicador de amostras insatisfatórias cresceu nos últimos anos, apontou tendência crescente (2014-2022) bem como o indicador da ZT.
Implicações para os serviços Os achados destacam a necessidade de aprimorar a adesão ao exame e a qualidade da coleta, essenciais para guiar melhorias na detecção precoce. O aumento previsto na incidência aponta a urgência de fortalecer a capacidade operacional dos serviços.
Perspectivas Estratégias para melhorar adesão e qualidade, com foco na capacitação e conscientização. Investimentos em infraestrutura, especialmente em áreas remotas. Monitoramento contínuo e colaboração institucional, governamental e comunitária são essenciais

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é considerado um problema de saúde pública de grande relevância, uma vez que representa uma das principais causas de morte entre mulheres em todo o mundo. Possui uma distribuição heterogênea, com maiores níveis de incidência em países de baixa e média renda, refletindo a interferência dos fatores econômicos, culturais e, principalmente, o acesso aos serviços de saúde.[1]

Em relação à incidência e mortalidade, o Brasil apresenta valores intermediários ao ser comparado com o cenário mundial. Para cada ano do triênio 2020-2021-2022 estima-se a ocorrência de 16.590 novos casos, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Ao analisar as regiões do país, o CCU é mais incidente no Norte (21,20/100 mil), seguido do Nordeste (17,62/100 mil), Sul (17,48/100 mil), Centro-Oeste (15,92/100 mil) e Sudeste (12,01/100mil). No Estado do Tocantins, a estimativa de novos casos para o ano de 2020 foi de 27,90 casos a cada 100 mil mulheres, já para a capital a estimativa foi de 22,83/100 mil, evidenciando as desigualdades regionais, socioeconômicas e assistenciais do país.[2]

A partir da implementação do programa de rastreamento, tratamento das lesões precursoras e vacinação contra os tipos mais prevalentes de Papilomavírus Humano (HPV) oncogênicos, a erradicação do CCU tornou-se factível. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs uma estratégia global objetivando a eliminação da doença como um problema de saúde pública, delimitando metas que devem ser cumpridas até 2030, sendo elas: 90% das meninas totalmente vacinadas contra HPV aos 15 anos; 70% das mulheres submetidas a um teste de rastreamento de alta performance aos 35 e 45 anos; e 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras e câncer recebendo tratamento.[3]

O rastreamento através do exame citopatológico do colo do útero é a principal estratégia adotada pelo Brasil para a detecção precoce do CCU, e tem como objetivo identificar as lesões precursoras em tempo hábil, antes da sua evolução para doença invasiva. O exame deve ser oferecido às mulheres entre 25 a 64 anos de idade que já deram início a vida sexual, uma vez que nessa faixa etária há a maior ocorrência de lesões de alto grau, justificando a priorização desse grupo etário.[4]

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

São vários os fatores que implicam no êxito dos programas de rastreamento na região Norte do país, entre eles destacam-se as peculiaridades culturais, a distância dos principais polos, a técnica aplicada na coleta do exame citopatológico, falhas no seguimento das mulheres com lesões pré-malígnas, e até mesmo, condutas inadequadas. Para a consolidação desses programas, a cobertura populacional é imprescindível, entende-se que em regiões com incidência elevada, geralmente há a adoção de programas de rastreamento predominantemente oportunistas, o que torna a sua abrangência limitada, não atingindo mulheres em que o favorecimento seria maior. Entender as causas que interferem na abrangência e à baixa adesão, auxiliam na execução de políticas públicas que se alinhem à realidade da região, tornando-as de fato efetivas.[5]

Tendo em vista a dimensão da incidência do CCU no estado do Tocantins e a influência dos fatores culturais e socioeconômicos ao acesso dessas mulheres à saúde, torna-se relevante a execução de pesquisas que promovam a reflexão crítica, de modo que estratégias factíveis para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno sejam implementadas.

O objetivo deste estudo foi avaliar a ocorrência, a cobertura e a qualidade do rastreamento para CCU no estado do Tocantins, segundo os registros no Sistema de Informação do Câncer (Siscan).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, em que se analisou a ocorrência e a tendência temporal do CCU no estado do Tocantins durante os anos 2013 a 2022. Foi realizada a análise descritiva das principais alterações citológicas e características das mulheres submetidas ao exame citopatológico, além de verificar os indicadores de cobertura e qualidade desses exames**.**

O estado do Tocantins é o mais novo da federação, e compõe a região Norte do Brasil. Possui 139 municípios divididos em duas macrorregiões de saúde (Norte e Centro Sul) e subdividido em oito microrregiões (Bico do Papagaio, Meio Norte Araguaia, Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Capim Dourado, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste), com uma área territorial de 277.423,627 km2 e, segundo o Instituto

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) uma população estimada em 1.511.459 habitantes, sendo 754.191 do sexo feminino e 455.905 mulheres da faixa etária alvo, com 25 a 64 anos.[6]

Os dados epidemiológicos foram coletados no Siscan na base de Informações de Saúde (TABNET) do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e os dados referentes ao quantitativo populacional através do IBGE, sendo utilizado a estimativa por faixa etária/ano e censo 2022.

Para analisar a ocorrência e a tendência temporal do CCU ao longo dos dez anos foi calculada a taxa de incidência de CCU, a partir da razão entre o número absoluto dede casos em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e a população total de mulheres nessa mesma faixa etária, período e local, com fator de multiplicação por 100.000 habitantes. Em seguida foi realizada a análise da tendência temporal dos casos de CCU, em que se utilizou o método de autorregressão Prais-Winster e calculadas as porcentagens das variações anuais médias (APC - annual percent chance), os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC) e os valores de p (sendo significativo p ≤0,05). A princípio, as taxas foram transformadas em logaritmos (log10) e utilizou-se o software Stata 18 e Microsoft Excel. [7]

Na descrição das características das mulheres que realizaram o exame citopatológico no período, foram calculadas as frequências absolutas e relativas de algumas variáveis, como: ano de realização; faixa etária; escolaridade; citologia anterior, que se refere em ter feito o exame citopatológico anteriormente, não considerando o tempo decorrido (sim; não) e microrregião de região de saúde.

Também foram analisadas as frequências absolutas e relativas de variáveis relacionadas ao exame, como: adequabilidade, referente a qualidade da amostra coletada (satisfatória; insatisfatória; rejeitada); representatividade da zona de transformação (ZT), caracterizada pela presença ou não do epitélio metaplásico e/ou glandular na amostra; alterações citológicas, referente aos exames que apresentaram atipias celulares com potencial oncótico ou qualquer alteração benigna categorizadas em: células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US); células escamosas atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H); atipias glandulares indeterminadas não neoplásicas, células de origem indefinida não neoplásicas e células escamosas de lesão

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

intraepitelial de baixo grau; células glandulares atípicas de significado indeterminado e onde não se pode afastar lesão de alto grau; células atípicas de origem indefinida e onde não se pode afastar lesão de alto grau; células escamosas de lesão intraepitelial de alto grau; células escamosas de lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; e câncer (carcinoma epidermóide invasivo, adenocarcinoma in situ e adenocarcinoma invasor); e motivo do exame, (rastreamento, repetição e seguimento).

Foram calculados alguns indicadores para avaliar a cobertura e qualidade dos exames citopatológicos incluídos no Siscan, sendo eles:

- Proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero: foi calculado pela razão entre o número de amostras insatisfatórias pelo total de exames realizados;
- Proporção de exames com representatividade da zona de transformação (ZT) entre exames citopatológicos do colo do útero: utilizou-se a variável representatividade da ZT (intersecção do epitélio estratificado da ectocérvice com o epitélio colunar da endocérvice), sendo calculada pela razão da presença da ZT pelo número total de exames coletados;
- Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero: identifica-se a presença de alterações celulares nos exames, ou seja, a sensibilidade do rastreamento. Foi calculado pela razão da soma de todos os exames citopatológicos com resultados alterados pelo total de exames citopatológicos satisfatórios e multiplicada por 100. Sendo a positividade no rastreamento do CCU, classificada como: inaceitável, quando menor que 2,0%; necessitando de aprimoramento, quando entre 2,0% e 2,9%; esperada, aceitável 3% e 10%; e avaliação de perfil, maior que 10%.[8]
- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária: relação entre o total de exames realizados em mulheres de 25 a 64 anos e um terço das mulheres deste mesmo grupo etário residentes no mesmo local e período.
- Proporção de exames citopatológicos do colo do útero sem citologia anterior: permite observar a capacidade da rede assistencial em manter ou ampliar a oferta de exames de primeira vez para a população-alvo. O cálculo foi realizado pela razão entre número de exames citopatológicos do colo do útero sem relato de

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

exame anterior, em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres da mesma faixa etária, local e período, multiplicado por 100.

Pelo fato de se tratar de um estudo em que os dados são agregados sem identificação individual dos participantes os quais estão disponíveis em plataforma de domínio público (DATASUS), e considerando o Ofício [9] – nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS não foi necessário a submissão do projeto de pesquisa à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram realizados 370.035 exames citopatológicos do colo do útero, sendo 302.086 em mulheres da população alvo, com idade entre 25 a 64 anos, correspondendo a 81,6% dos exames realizados. Ao analisar a execução do exame por faixa etária, foi possível identificar que durante todos os anos (2013 a 2022) as mulheres de 35 a 44 anos permaneceram em evidência, sendo as que procuraram o exame com maior frequência. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde o exame é indicado para mulheres com idade entre 25 e 64 anos, no entanto, neste estudo identificou-se um número considerável entre 15 e 24 anos (49.918), além de serem encontrados exames realizados em meninas de até 14 anos de idade (726). A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população feminina da mesma faixa etária indicou que não houve alcance do indicador em nenhum ano, como mostra a Tabela 1. O indicador deve alcançar 1,0.

A Tabela 2 aponta a tendência da taxa de incidência geral de CCU e por faixa etária, bem como dos indicadores analisados no período. Para a execução dessa análise excluiu-se o ano de 2013, uma vez que não houve registros de CCU neste ano. Optou-se por avaliar a tendência em dois períodos diferentes, 2014-2020 e 2014-2022, sendo o último caracterizado pela ocorrência da pandemia do covid-19, que ocorreu no período de março de 2020 a maio de 2023.

A taxa de incidência geral apresentou tendência crescente no período de 2014 a 2020 (p=0,006), com APC de 13,65 (IC95% 5,84-22,04), já entre 2014 e 2022 a tendência deste mesmo indicador foi estacionária (p=0,73). As taxas de incidência por faixa etária permaneceram com tendência estável durante 2014-2022, no entanto, ao

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

analisar o período de 2014-2020 observa-se que a incidência de 30 a 39 anos apresentou tendência crescente (p=0,019), com APC de 19,01 (IC95% 4,24-35,76), assim como a incidência de 60 a 65 anos (p= 0,002), em que o APC foi de 25,81 (IC95% 13,50-39,45) (Tabela 2).

Em termos gerais, o maior número de exames concentrou-se na microrregião de saúde Capim Dourado (27,9%), seguida da Ilha do Bananal (17,7%), Meio Norte Araguaia (12,7%), Bico do Papagaio (11,7%), Cerrado Tocantins Araguaia (8,8%), Amor Perfeito (8,2%), Cantão (6,7%) e Sudeste (6,0%).

Sobre o nível de escolaridade dessas mulheres, não foi possível descrever a variável, uma vez que a partir de 2016 este campo foi preenchido como ignorado em todos os exames no Siscan. Acerca da realização de citologia anterior, 76,5% (282.910) das mulheres informaram que fizeram, sendo que ao longo dos anos essa taxa teve uma variação de 47,1% a 83,8%. O indicador de proporção de exames citopatológicos do colo do útero sem citologia anterior atingiu valores notáveis no ano de 2014, em que 48,3% das mulheres foram submetidas ao exame pela primeira vez. Acerca deste indicador não há parâmetro definido. Espera-se, em situações de baixa cobertura, seu aumento progressivo, resultado de maior captação das mulheres do grupo etário alvo. Já em relação ao motivo do exame, 97,7% informaram como rastreamento, 1,7% seguimento e apenas 0,4% repetição, que são aqueles em que se obteve resultado alterado ASC-US/Baixo grau (Tabela 3).

Entre as alterações citológicas identificadas, nota-se que de 2013 a 2019 a alteração mais frequente foi ASC-US, já em 2020 a lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL) foi predominante, correspondendo a 35,0% de todas as alterações citológicas daquele ano. Em 2021 os resultados apontaram que células escamosas de lesão intra-epitelial de baixo grau estavam à frente, representando 24,8% das lesões. No ano de 2020 ASC-US volta a liderar entre as demais alterações citológicas. Em relação ao índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero, os resultados alcançados foram satisfatórios, exceto nos anos de 2014 e 2015, em que a positividade dos exames variou de inaceitável à necessitando de aprimoramento (Tabela 4).

Para analisar os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos incluídos no Siscan foi calculada a proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero, durante o período do estudo, em que o indicador

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

variou de 1,2% a 4,5%, sendo o ano de 2022 com os piores resultados. O indicador direcionado à proporção de exames com representatividade da zona de transformação entre exames citopatológicos do colo do útero apresentou valores entre 47,2% a 68,9%, apontando que em nenhum ano o parâmetro preconizado de 80% foi alcançado (Tabela 5).

O indicador de proporção de amostras insatisfatórias apontou tendência estável entre 2014-2020 (p=0,257), mas ao analisar o período de 2014-2022 nota-se uma tendência crescente (p= 0,029), com APC de 19,01 (IC95% 2,03-31,59). A mudança de tendência nos períodos pode ser observada também no indicador de representatividade da ZT, que permaneceu estável entre 2014-2020 (p= 0,548) e tornou-se crescente no intervalo 2014-2022 (p= 0,050), com incremento anual de 1,00 (IC95% 0,00-2,01), como pode ser visto na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho permitem uma avaliação da cobertura e qualidade do programa rastreamento do CCU no Tocantins, além de conhecer sua incidência. Este é um dos poucos executados com esse delineamento no estado do Tocantins, conferindo-lhe um papel de destaque no panorama científico nacional. Ao preencher essa lacuna, o estudo não somente amplia o conhecimento existente, mas também abre portas para futuras investigações e reflexões, estabelecendo um marco importante no entendimento das questões abordadas.

Os resultados indicam uma quantidade significativa de exames realizados fora da faixa etária recomendada para rastreamento, compreendendo 67.949 exames. De acordo com a história natural do CCU, o ápice da infecção pelo HPV acontece entre 15 a 20 anos, no entanto, o maior número de lesões precursoras se dá em torno dos 30 anos, e a incidência do mesmo aumenta a partir dos 35 anos, atingindo o pico na quinta ou sexta década de vida. Frente a isso, entende-se que até os 25 anos de idade prevalecem infecções pelo HPV e lesões de baixo grau, as quais, em sua maioria, irão regredir espontaneamente.[4] Neste estudo o maior número de alterações celulares concentrou-se entre 30 e 39 anos de idade (27,7%), o que condiz com a história natural da doença.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

O acometimento do CCU em mulheres com idade inferior a 25 anos é muito baixo, o que torna o rastreamento ineficaz para essa faixa etária. Adicionalmente, as intervenções terapêuticas em lesões precursoras neste grupo, aumentam a quantidade de colposcopias realizadas, o que gera elevação da morbidade obstétrica e neonatal em gerações futuras, tendo em vista que nesta idade a prole ainda não está definida. Além disso, o diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível e precursora do CCU, ocasiona impactos significativos sobre a autoimagem e sexualidade dessas jovens mulheres, o que acaba por justificar a necessidade de reduzir as intervenções nessa faixa etária.[10]

A tendência do indicador de incidência geral foi crescente durante o período que antecedeu a pandemia (2014-2020), no entanto, ao analisar o período envolvendo a pandemia (2014-2022) a tendência tornou-se estável. Ou seja, com a pandemia houve diminuição da procura pelo serviço e consequentemente menos diagnósticos. A redução expressiva da quantidade de exames de rastreamento naturalmente levará ao crescimento de casos com doença avançada, uma vez que o rastreamento não foi efetivo, gerando então, danos para os pacientes e consequências para o sistema de saúde.[11]

É possível constatar que durante os intervalos temporais avaliados, a adesão ao exame foi muito baixa, uma vez que, a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população feminina da mesma faixa etária oscilou entre 0,02 e 0,39. Mesmo sendo oferecido de forma gratuita e livre demanda na Atenção Primária, a procura ainda não é consolidada no estado, esse resultado condiz com a análise executada por Brito et al.[12] (2022). O autor ressalta, ainda, a escassez de pesquisas sobre este assunto na região Norte do país e quando existem, são desatualizadas e não se aplicam com facilidade à realidade, impedindo a análise das causas envolvidas neste cenário.

Uma possível explicação para esse fenômeno é a forma como o rastreamento é organizado no Brasil, sendo denominado como oportunístico, que é aquele em que os exames são solicitados ocasionalmente, durante as visitas aos consultórios médicos, sem haver uma convocação ativa da mulher para tal procedimento.[13] Frente a isso, deve ser considerado como prioridade pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a implementação de um programa de rastreamento organizado, de modo que as

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

mulheres na faixa etária alvo sejam buscadas ativamente. Além disso, é importante o investimento em testes mais efetivos e sensíveis, a inclusão do teste para HPV no programa de rastreamento também é uma alternativa viável, uma vez que ao ser comparada com a citologia leva a uma proteção de 60 a 70% maior a lesões de carcinoma invasivo.[14]

Ao avaliar a execução do exame ao longo do período, observa-se que em 2013 o registro de exames foi muito baixo, fato justificado pela migração de sistema que ocorreu naquele ano, em que se passou de Siscolo para Siscan. Os exames disponíveis no Siscolo não foram incluídos neste trabalho.

Em 2019 houve um declínio considerável de exames realizados, os quais permaneceram entre 20 e 30 mil exames por ano, essa queda estendeu-se até 2022, ano em que os exames atingiram valores menores ainda. A redução dos exames a partir de 2020 é explicada pelas medidas de restrição recomendadas pela OMS a partir de março de 2020, devido à pandemia de covid-19. De acordo com um estudo conduzido no estado de São Paulo, em que foi realizada uma análise baseada em séries temporais da influência da pandemia nas taxas de exames de Papanicolau, houve uma correlação entre o início da pandemia e a redução significativa na realização de exames citopatológicos do colo do útero. Além disso, constatou-se que até o final de 2021 a quantidade de exames retornou aos níveis anteriores, diferente dos achados deste estudo.[15]

Tendo em vista a redução de detecções neste período, pode-se esperar para os próximos anos altas taxas de incidência da doença invasiva, o que irá impactar de maneira significativa os serviços de saúde, os quais terão que lidar com demandas superiores à sua capacidade operacional. Além da taxa de incidência, indicadores de mortalidade e sobrevida poderão ser impactados, bem como as finanças públicas do sistema de saúde.

A distribuição de exames no estado aponta uma grande concentração na microrregião de saúde Capim Dourado, área que, em termos de extensão territorial, é a segunda menor do estado, no entanto possui o maior quantitativo populacional e contempla a capital, Palmas. O município de Palmas caracterizado pelo maior porte em estrutura de serviços de saúde, acaba se tornando responsável por absorver a maior parcela da demanda assistencial, o que pode justificar a concentração de exames. Essa

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

característica vem sendo observada em outras regiões do país, que, para além da racionalização, acontece pela escassez de determinados serviços em áreas remotas.[16]

Ainda sobre a distribuição, é importante ressaltar as peculiaridades das populações tradicionais, no Tocantins há um número considerável de indígenas, os quais vivem em áreas rurais e de difícil acesso. Esse estrato da população está exposto a maiores riscos de adoecimento, e pelo fato de residirem em regiões remotas, não há, por vezes, a oferta de serviços de saúde, o que pode implicar no quantitativo de exames citopatológicos nessas regiões.[17]

Sobre a realização de citologia anterior, os dados apontam uma oscilação durante o período avaliado, em 2014 os valores foram muito baixos, uma vez que apenas 47,1% das mulheres haviam sido submetidas ao exame anteriormente. Existem diversos fatores que podem estar associados a não realização do exame, com ênfase para a falta de informação, conhecimento equivocado ou insuficiente. Muitas mulheres acreditam que o serviço deve ser procurado apenas quando houver queixas ginecológicas, não conhecem a finalidade e a importância do exame.[18] Também é importante considerar o medo, o desconforto físico e a vergonha associada ao procedimento, que por vezes impedem o acesso. A vergonha é considerada um impedimento não somente para a realização do exame, mas também para a continuidade dele, tendo em vista que há a exposição corporal perante o profissional. Já o medo surge a partir de experiências anteriores que tenham sido negativas, esse sentimento também pode estar associado a apreensão quanto ao resultado, o qual pode diagnosticar um câncer.[12]

O motivo do exame foi preenchido em sua maioria como rastreamento, o que indica a procura mesmo com a ausência de sinais relacionados ao CCU. Esse resultado condiz com os achados de Moura et al.[19] (2023), em que avaliou o rastreamento no estado do Ceará durante o período de 2017 a 2021, bem como com o trabalho executado por Ribeiro et al.[10] (2020), que avaliou um município do sudoeste do Paraná. Em relação ao seguimento, em 2021 e 2022 houve um aumento considerável de exames realizados por esse motivo, fato que pode estar associado a recomendação publicada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) através da Nota Técnica [20] – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 30/3/2020, a qual suspendeu o atendimento direcionado a essas mulheres e postergou o rastreamento. Essa suspensão de

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

atendimentos naquele ano justifica o aumento nos anos seguintes, de acordo com Duarte, Argenton, Carvalheira[15] (2022), embora a recomendação do INCA tenha sido revogada em julho de 2020, o modelo de série temporal executado por eles apontou um padrão de recuperação lento ao longo do período analisado.

A alteração citológica mais frequente durante o período avaliado foi ASC-US, de acordo com Rosendo et al.[21] (2018), as células escamosas atípicas (ASC) são uma categoria variável e subjetiva, uma vez que foi criada para designar não somente células individuais, mas sim uma amostra inteira, ou seja, representam mais de uma única entidade biológica. Essa característica relaciona a categoria às alterações causadas pelo HPV, a uma possível lesão intraepitelial e até mesmo, ao carcinoma, em casos mais isolados. Neste mesmo estudo, também se identificou ASC-US como a lesão mais comum. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do câncer do colo do útero, a partir desse resultado a mulher deverá ser submetida novamente ao exame citopatológico dentro de 6 a 12 meses, a depender da idade, e se forem identificadas anormalidades a colposcopia deverá ser solicitada.[4]

No ano de 2020 houve o predomínio de HSIL, mesmo sendo uma lesão de baixa prevalência, esse resultado condiz com os achados de Silva et al.[22] (2023), que apontam a categoria como a única diagnosticada em todos os anos que foram avaliados. Em 2013 a prevalência desta lesão no país atingiu 0,26% de todos os exames realizados e 9,1% dos exames alterados, adicionalmente, cerca de 70% das mulheres diagnosticadas com essa lesão apresentam confirmação histopatológica, e cerca de 1% a 2% confirmam para carcinoma invasor.[4] Os dados da literatura apontam a necessidade de tratar essas lesões pré-invasivas, uma vez que, cerca de 40% das HSIL que não forem devidamente tratadas irão, em um prazo de 10 anos, evoluir para câncer invasor.[23]

O índice de positividade aponta a prevalência de alterações citológicas, além de indicar a sensibilidade do rastreamento em detectar lesões em determinada população. No ano de 2014 e 2015 este indicador não foi alcançado no Tocantins, a razão entre exames com resultados alterados e o total de exames realizados atingiu valores menores que 3%, que são classificados pelo INCA como inaceitável e necessitando de aprimoramento. Esses dados revelam que possíveis alterações podem não ter sido identificadas e, por consequência, ter gerado laudos falsos-negativos neste período.[24]

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

O indicador de proporção de amostras insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero apontou um aumento nos últimos dois anos avaliados, mas ainda se manteve dentro do padrão estabelecido pelo INCA como critério de qualidade (< 5%), no entanto, ao analisar a tendência temporal do indicador foi possível visualizar uma tendência crescente durante o período de 2014-2022. Uma amostra para ser considerada satisfatória precisa apresentar uma quantidade significativa de células, de modo que estejam bem distribuídas, devidamente fixadas e coradas. Os esfregaços são considerados insatisfatórios quando há presença de fatores que prejudicam a avaliação laboratorial, como material hipocelular ou acelular, existência de sangue, artefatos de dessecamento, piócitos e contaminantes externos, sendo necessária uma nova coleta.[10]

São diversos os fatores que interferem na obtenção de uma amostra de qualidade, entre eles destaca-se a capacidade e conhecimento exigidas para um profissional coletor. É importante saber identificar corretamente as regiões anatômicas envolvidas na coleta, de modo que o colo uterino seja localizado com exatidão, bem como a junção escamo-colunar (JEC), além de serem reconhecidas as características das amostras, suas particularidades, alterações anatômicas, fisiológicas e patológicas, caso existam.[25]

O indicador direcionado à proporção de exames com representatividade da ZT entre exames citopatológicos se manteve, na maior parte do tempo, na casa dos 60%, bem distante do parâmetro preconizado (80%), porém ao analisar a tendência temporal, identificou-se que entre 2014-2022 a mesma foi classificada como crescente ($p \leq 0,05$). A ZT vem sendo denominada como uma região preferencial para o surgimento de lesões que precedem a invasão do colo uterino, aspecto que reforça a necessidade de visualizar a JEC em toda sua circunferência.[4] Adicionalmente, a presença de células representativas da JEC demonstra que se buscou, no ato da coleta, elementos celulares que sejam de fato representativos, que vieram da localidade que surgem quase todos os cânceres do colo do útero.[10]

Em conclusão, pode-se apontar que o programa de rastreamento do CCU no estado do Tocantins apresenta fragilidades, especialmente no que tange a adesão ao exame citopatológico, exacerbada pela não realização de citologias anteriores. Essa lacuna compromete a detecção de possíveis alterações citológicas, o que acaba por resultar em um índice de positividade não alcançado e, consequentemente, na emissão

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

de laudos falsos-negativos. Uma preocupação adicional é a tendência crescente na proporção de amostras insatisfatórias, indicando a necessidade de aprimorar a coleta ou processamento dessas amostras. Além disso, a representatividade da ZT entre os exames citopatológicos permaneceu em torno de 60%, indicando uma interferência na qualidade desses resultados. A microrregião de saúde Capim Dourado, a qual contempla a capital do estado, sendo caracterizada por uma estrutura de serviços de saúde com maior porte, desempenha um papel crucial na absorção da maior parcela da demanda assistencial. No entanto, as regiões remotas do estado ainda enfrentam desafios significativos no acesso aos serviços, destacando a necessidade de estratégias específicas para melhorar a cobertura e a qualidade do rastreamento nessas áreas. Os resultados indicam, também, a previsão de um aumento expressivo das taxas de incidência do CCU nos próximos anos, o que irá impactar os serviços de saúde, que podem enfrentar demandas superiores à sua capacidade operacional. Esses desafios podem, por sua vez, repercutir nas finanças públicas do sistema de saúde, exigindo ajustes e investimentos.

REFERÊNCIAS

1. Anjos EF, Andrade KB, Martins PC, Paiva JAC, Prado MNBL, Santos AM. Atuação de profissionais de saúde e qualidade das ações no controle de câncer cervicouterino: um estudo transversal. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210137.

2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2019.

3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2022.

4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.

5. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF, et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. Rev Saúde Pública. 2015;49:17.

6. Ministério da Saúde (BR). DATASUS – Tabnet: informações de saúde. Estudo de estimativa populacional por município. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

7. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2015;24(3):565-576.

8. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Dados e Números sobre Câncer do Colo do Útero - Relatório Anual 2023. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2023.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular Nº 17/2022/Conep/SECNS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 5 jul. 2022. Assunto: Orientações acerca do artigo 1.º da Resolução CNS n.º 510, de 7 de abril de 2016.

10. Ribeiro BC, Skonieczny NE, Bortoli CFC, Massafera GI. Rastreamento do câncer de colo do útero em um município do sudoeste do Paraná. R. Saúde Públ. Paraná. 2020;3(1):41-50.

11. Oliveira IG, Mandel MS, Holtz L, Santos A, Barbosa MVJ, Carloni MB, Clark OAC. O impacto da pandemia da covid-19 nos exames de rastreamento do câncer no Brasil: um estudo comparativo dos cânceres de mama, próstata e colo de útero. J. Bras. Econ. Saúde. 2022;22(3):217-223.

12. Brito PN, Pereira TCF, Neto DNN, Ribeiro CZ. Atenção básica: indicadores de Saúde da
Mulher no Estado do Tocantins, Brasil. Cad. Saúde Colet. 2022;30(3):407-415.

13. Migowski A, Corrêa FM. Rastreamento do câncer do colo do útero, como avançar? Index.onconews. 2021;II(6):8-11.

14. Silva GA, Alcantra, LLM, Tomazelli JG, Ribeiro CM, Girianelli VR, Santos EC, et al. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2022;38(7):e00041722.

15. Duarte MBO, Argenton JLP, Cavalheira, JBC. Impact of covid-19 in Cervical and Breast Cancer Screening and Systemic Treatment in São Paulo, Brazil: An Interrupted Time Series Analysis. JCO Global Oncol. 2022;8:e2100371.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

16. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMFP. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(4):1031-1044.

17. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde Debate. 2018;42(1):302-214.

18. Filho JLP, Azevedo GCA, Theodoro TF, Bonfim BF, Monteiro PM, et al. Câncer do colo do útero: Análise epidemiológica e citopatológica no Município de São Luís, Estado do Maranhão, Brasil. Research, Society and Development. 2021;10(8):e33010817074.

19. Moura LC, Filgueiras TF, Brandão MOF, Xavier BLQ, Filgueiras TF, Narciso AC, et al. Rastreamento do câncer do colo do útero no Ceará, entre os anos de 2017 a 2021. REAS. 2023;23(6):1-9.

20. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19 (Nota técnica . DIDEPRE/CONPREV/INCA - 30/3/2020). Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

21. Rosendo DA, Lorente S, Santos CM, Ferreira GM, Canello LM, Etlinger-Colonelli D. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US): seguimento de exames analisados no Instituto Adolfo Lutz. RBAC. 2018;50(3):265-9.

22. Silva AE, Vieira RA, Wanderley EB, Silva IA, Peres AL, Oliveira SR. Frequência de lesões intraepiteliais e os principais microrganismos associados aos exames de Papanicolaou. RBAC. 2023;55(1):53-60.

23. Tavares CMA, Prado ML. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. Texto Contexto Enferm. 2006;5(4):578-86.

24. Paterra TSV, Teles PA, Magalhães PAP, Reis-Mairink APA, Gozzo TO, Quintana SM, et al. Manejo de mulheres com atipias no exame citopatológico de colo uterino na atenção primária à saúde. Cogitare enferm. 2020;25:e66862.

25. Jakobczynski J, Frighetto M, Perazzoli M, Dambrós BP, Dallazem B, Kirschnick A. Capacitação dos profissionais de saúde e seu impacto no rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino. RBAC. 2018;50(1):80-5.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição de exames citopatológicos de colo do útero realizados por ano, segundo faixa etária no estado do Tocantins, entre 2013 e 2022.

Ano	Faixa etária														Total de exames	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária	
	Até 14 anos		Entre 15 e 24 anos		Entre 25 e 34 anos		Entre 35 e 44 anos		Entre 45 e 54 anos		Entre 55 e 64 anos		Acima de 65 anos				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		Indicador	População alvo
2013	12	0,3	393	11,5	798	23,3	774	22,6	735	21,4	487	14,2	231	6,7	3.430	0,02	344.620
2014	121	0,2	6.034	11,0	13.238	24,1	13.035	23,8	11.939	21,8	7.573	13,8	2.901	5,3	54.841	0,39	353.490
2015	126	0,2	8.288	14,8	14.942	26,7	13.806	24,6	10.368	18,5	6.009	10,7	2.488	4,4	56.027	0,37	362.302
2016	88	0,2	7.123	14,9	12.378	25,9	11.837	24,8	8.984	18,8	5.287	11,1	2.083	4,4	47.780	0,31	371.038
2017	98	0,2	6.834	14,6	11.751	25,0	11.972	25,5	8.857	18,9	5.338	11,4	2.100	4,5	46.950	0,30	379.666
2018	92	0,2	6.699	14,2	11.251	23,9	11.933	25,4	9.229	19,6	5.677	12,1	2.185	4,6	47.066	0,29	388.204
2019	62	0,2	3.699	13,9	6.234	23,3	6.925	25,9	5.207	19,5	3.263	12,2	1.311	4,9	26.701	0,16	396.666
2020	54	0,2	4.031	12,5	7.142	22,2	8.449	26,2	6.540	20,3	4.492	13,9	1.509	4,7	32.217	0,20	405.060
2021	37	0,1	3.707	12,4	6.441	21,5	7.917	26,4	6.343	21,2	4.078	13,6	1.415	4,7	29.938	0,18	413.364
2022	36	0,1	3.110	12,4	5.525	22,0	6.514	26,0	5.298	21,1	3.520	14,0	1.082	4,3	25.085	0,14	455.905
Total	726	0,2	49.918	13,5	89.700	24,2	93.162	25,2	73.500	19,9	45.724	12,4	17.305	4,7	370.035	0,23	3.870.315

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Tabela 2 - Análise de tendência para as taxas estimadas de CCU em mulheres do Tocantins, por indicadores e faixa etária, 2014 - 2022.

Indicadores	2014 -2022 Incluindo o período pandémico			2014-2020 Excluindo o período pandémico		
	APC (IC 95%)	Tendência	p-valor	APC (IC 95%)	Tendência	p-valor
Taxa de incidência geral	-2,44 (-17,12-14,83)	estável	0,73	13,65 (5,84-22,04)	crescente	0,006*
Taxa de incidência 25 a 29 anos	1,92 (3,84-8,04)	estável	0,465	0,86 (-18-3,47)	estável	0,405
Taxa de incidência 30 a 39 anos	4,95 (-25,38-21,07)	estável	0,635	19,01 (4,24-35,76)	crescente	0,019*
Taxa de incidência 40 a 49 anos	-1,46 (-9,74-7,57)	estável	0,703	-3,13 (-18,08-14,55)	estável	0,646
Taxa de incidência 50 a 59 anos	-13,82 (-26,55-1,10)	estável	0,064	1,24 (-6,33-9,43)	estável	0,682
Taxa de incidência 60 a 64 anos	12,72 (-1,82 – 29,43)	estável	0,08	25,81 (13,50-39,45)	crescente	0,002*
Proporção de amostras Insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero[1]	15,87 (2,03-31,59)	crescente	0,029*	5,32 (-5,10-16,90)	estável	0,257
Proporção de exames com representatividade da ZT entre exames citopatológicos do colo do útero	1,00 (0,00-2,01)	crescente	0,050*	0,26 (-0,79-1,34)	estável	0,548
Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero	14,44 (6,53-22,94)	crescente	0,003*	19,17 (10,00-29,10)	crescente	0,002*
Proporção de exames citopatológicos do colo do útero sem citologia anterior	-20,30 (-38,2-2,79)	estável	0,073	-28 (-50,79-5,35)	estável	0,077
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária	-12,16 (-14,78- -9,47)	decrescente	0,000*	-13,26 (-17,54- -8,76)	decrescente	0,001*

* significante estatisticamente; [1] análise intervalo de 2014 a 2020; IC95%: intervalo de confiança de 95%; APC: annual percent chance.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Tabela 3 - Distribuição de exames citopatológicos de colo do útero anteriores e motivo de indicação por ano no estado do Tocantins, entre 2013 e 2022.

Ano	Citologia anterior				Indicador	Motivo do exame					
	Sim		Não		Proporção de exames citopatológicos do colo do útero sem citologia anterior	Rastreamento		Repetição		Seguimento	
	n	%	n	%		n	%	N	%	n	%
2013	2.190	63,9	1.022	29,8	26,1%	3.399	99,1	12	0,4	19	0,6
2014	25.834	47,1	27.245	49,7	48,5%	54.295	99,0	191	0,4	285	0,5
2015	43.527	77,7	9.066	16,2	11,6%	55.032	98,2	171	0,3	607	1,1
2016	39.597	82,9	4.826	10,1	4,8%	46.882	98,1	188	0,4	548	1,2
2017	38.474	82,0	4.623	9,9	4,7%	45.931	97,8	211	0,5	733	1,6
2018	38.589	82,0	4.672	9,9	4,7%	46.226	98,2	183	0,4	550	1,2
2019	22.187	83,1	2.724	10,2	5,0%	25.901	97,0	140	0,5	609	2,3
2020	26.659	82,8	3.254	10,1	5,3%	31.280	97,1	124	0,4	734	2,3
2021	25.075	83,8	2.883	9,6	4,7%	28.563	95,4	150	0,5	1.219	4,1
2022	20.778	82,8	2.479	9,9	5,4%	24.092	96,1	117	0,5	875	3,5
Total	282.910	76,5	62.794	17,0	12,6%	361.601	97,7	1.487	0,4	6.179	1,7

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Tabela 4 - Distribuição de exames citopatológicos de colo do útero segundo alterações citológicas por ano no estado do Tocantins, entre 2013 e 2022.

Ano	Alterações citológicas																Câncer			Total de exames alterados	Índice de positividade de exames citopatológicos do colo do útero	
	Lesão Intra-epitelial de Alto Grau		At. Glan. Indeterm. Alto Grau		ASC-H		Ori. Indefini. Alto Grau		Lesão Intra-epitelial de Baixo Grau		At. Glan. Indeterm. Não Neoplásico		ASC-US		Ori. Indefini. Não Neoplásico		Carcinoma epidermóide invasor	Adeno-carcinoma invasor	Adeno-carcinoma in situ	Outras Neo-plasias			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						%	Classificação
2013	12	9,0	0	0,0	12	9,0	0	0,0	21	15,8	1	0,8	87	65,4	0	0,0	0	0	0	0	133	3,9	Esperada
2014	93	8,7	9	0,8	155	14,4	3	0,3	143	13,3	29	2,7	639	59,4	0	0,0	4	0	0	0	1.075	2,0	Muito Baixa
2015	181	12,6	16	1,1	192	13,4	7	0,5	337	23,5	38	2,7	657	45,8	1	0,1	2	0	2	0	1.433	2,6	Baixa
2016	223	13,9	14	0,9	208	12,9	5	0,3	504	31,4	56	3,5	584	36,3	1	0,1	5	0	7	0	1.607	3,4	Esperada
2017	283	14,8	16	0,8	265	13,8	5	0,3	497	25,9	100	5,2	740	38,6	7	0,4	4	0	1	0	1.918	4,1	Esperada
2018	385	15,1	23	0,9	560	22,0	3	0,1	442	17,4	125	4,9	991	39,0	2	0,1	6	0	5	0	2.542	5,5	Esperada
2019	332	22,7	23	1,6	326	22,3	0	0,0	258	17,6	76	5,2	438	29,9	2	0,1	5	0	3	0	1.463	5,6	Esperada
2020	592	34,1	28	1,6	347	20,0	3	0,2	382	22,0	69	4,0	302	17,4	0	0,0	9	1	4	1	1.738	5,5	Esperada
2021	400	19,4	26	1,3	491	23,8	4	0,2	512	24,8	117	5,7	508	24,6	1	0,0	4	0	0	0	2.063	7,1	Esperada
2022	206	15,7	9	0,7	333	25,4	2	0,2	261	19,9	88	6,7	404	30,9	2	0,2	2	0	1	1	1.309	5,5	Esperada
Total	2.707	17,7	164	1,1	2.889	18,9	32	0,2	3.357	22,0	699	4,6	5.350	35,0	16	0,1	41	1	23	2	15.281	4,2	Esperada

Tabela 5 - Distribuição dos exames realizados, quanto à adequabilidade da amostra e zona de transformação no estado do Tocantins, entre 2013 a 2022.

Ano	Adequabilidade da amostra				Indicador	Presença da ZT				Indicador
	Satisfatória		Insatisfatória		Proporção de amostras Insatisfatórias em exames citopatológicos do colo do útero	Sim		Não		Proporção de exames com representatividade da ZT entre exames citopatológicos do colo do útero
	n	%	n	%		n	%	N	%	
2013	3.388	98,8	42	1,2	1,2%	1.599	46,6	1.793	52,3	47,2%
2014	54.121	98,7	721	1,3	1,3%	31.904	58,2	22.882	41,7	59,0%
2015	55.113	98,4	914	1,6	1,6%	35.262	62,9	20.698	36,9	64,0%
2016	47.025	98,4	755	1,6	1,6%	29.568	61,9	18.212	38,1	62,9%
2017	46.403	98,8	547	1,2	1,2%	28.663	61,1	18.287	39,0	61,8%
2018	46.454	98,7	612	1,3	1,3%	28.703	61,0	18.357	39,0	61,8%
2019	26.257	98,3	444	1,7	1,7%	16.151	60,5	10.470	39,2	61,5%
2020	31.559	98,0	658	2,0	2,0%	20.021	62,1	11.910	37,0	63,4%
2021	29.010	96,9	928	3,1	3,1%	19.997	66,8	9.371	31,3	68,9%
2022	23.954	95,5	1.130	4,5	4,5%	14.747	58,8	9.390	37,4	61,6%
Total	363.293	98,2	6.751	1,8	1,8%	226.620	61,2	141.374	38,2	62,4%

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

V.X, n.X, MÊS/20XX – *DOI:* http://dx.doi.org/10.20873/XXXXXXX

ANÁLISE DO PERFIL VACINAL DE PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 NO ANO DE 2022, EM UM HOSPITAL PÚBLICO E PRIVADO DE PALMAS, TOCANTINS.

ANALYSIS OF THE VACCINATION PROFILE OF PATIENTS HOSPITALIZED WITH COVID-19 IN 2022, IN A PUBLIC AND PRIVATE HOSPITAL IN PALMAS, TOCANTINS.

ANÁLISIS DEL PERFIL VACUNAL DE PACIENTES INGRESADOS CON COVID-19 EN 2022, EN UN HOSPITAL PÚBLICO Y PRIVADO DE PALMAS, TOCANTINS.

Layla Cristina de Oliveira Nunes:

Pós-graduanda em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional da Fundação de Escola de Saúde Pública e Centro Universitário Luterano de Palmas. E-mail: laylacristinaon@gmail.com | Orcid.org/0000-0002-0358-7252

Fernanda Maria Fernandes do Carmo Lemos:

Mestre em Ciências as Saúde pela Universidade Federal do Tocantins e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional da Fundação de Escola de Saúde Pública e Centro Universitário Luterano de Palmas. E-mail: fernandamaria@uft.edu.br | Orcid.org/0000-0002-0406-1535

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

Como citar este artigo:

SILVA, M. A.; ALMEIDA, P. S..; COSTA, J. Proposta de Projeto Gráfico para a Revista "Desafios": um modelo de formatação em Microsoft Word. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

RESUMO:

A pandemia de covid-19 foi de alta letalidade e atingiu milhares de pessoas, principalmente àquelas que possuem comorbidades adjacentes. Com eficácia e segurança comprovada, as vacinas surgiram como estratégia de combate ao SARS-CoV-2. Todavia, a hesitação à vacina constitui uma ameaça iminente. Trata-se de um estudo observacional descritivo, tipo transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa, que teve como objetivo avaliar o perfil vacinal de imunização contra a covid-19 de pacientes internados com a doença, durante o ano de 2022, em dois hospitais de Palmas-TO. A amostra se constitui em 45 pacientes, 53% desse total corresponde ao sexo masculino e 47% ao sexo feminino. Foram registrados três óbitos, sendo com pacientes de 88, 71 e 63 anos. Todos do sexo masculino e com comorbidades. O imunizante CoronaVac foi predominante, representando 73%. O estudo concluiu que pendências no esquema vacinal é um fator determinante para o agravamento da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia, Vacinação, Hospitalização

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

ABSTRACT:

The COVID-19 pandemic was highly lethal and affected thousands of people, especially those with comorbidities. With proven efficacy and safety, vaccines have emerged as a strategy to combat SARS-CoV-2. However, vaccine hesitancy poses an imminent threat. This is a descriptive, cross-sectional, retrospective, quantitative observational study that aimed to evaluate the COVID-19 immunization profile of patients hospitalized with the disease during 2022 in two hospitals in Palmas-TO. The sample consisted of 45 patients, 53% of whom were male and 47% female. Three deaths were recorded, with patients aged 88, 71, and 63. All were male and had comorbidities. The CoronaVac vaccine was predominant, accounting for 73%. The study concluded that pending vaccination schedules are a determining factor for the worsening of the disease..

KEYWORDS: *Pandemic, Vaccination, Hospitalization*

RESUMEN

La pandemia de Covid-19 fue altamente letal y afectó a miles de personas, especialmente aquellas con comorbilidades subyacentes. Con eficacia y seguridad comprobadas, las vacunas surgieron como una estrategia para combatir el SARS-CoV-2. Sin embargo, las dudas sobre las vacunas representan una amenaza inminente. Se trata de un estudio observacional descriptivo, transversal, retrospectivo y con enfoque cuantitativo, que tuvo como objetivo evaluar el perfil vacunal de inmunización contra el covid-19 de pacientes hospitalizados con la enfermedad, durante el año 2022, en dos hospitales de Palmas-TO. . La muestra está compuesta por 45 pacientes, el 53% de este total corresponde a hombres y el 47% a mujeres. Se registraron tres muertes, que involucraron a pacientes de 88, 71 y 63 años. Todos masculinos y con comorbilidades. El inmunizador CoronaVac fue predominante, representando el 73%. El estudio concluyó que los calendarios de vacunación pendientes son un factor determinante en el agravamiento de la enfermedad..

Palabras clave: *Pandemia, Vacunación, Hospitalización*

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 foi de alta letalidade e atingiu milhares de pessoas, gerando crise sanitária em vários países, inclusive no Brasil (CUCINOTTA & VANELLI, 2020). O SARS-Cov-2 é uma nova espécie de coronavírus associada à síndrome respiratória aguda grave, possuindo um grande tropismo pelo pulmão e usa o receptor ACE2 das células AT2 desse órgão como seus principais alvos. Sua capacidade de adequação por meio de mutações altera o seu potencial patogênico e o torna uma grande ameaça para a humanidade. Pesquisadores já identificaram inúmeras variantes desse vírus, capazes de aumentar a transmissibilidade, morbidade e mortalidade (MURALIDAR et al., 2020; PEREIRA, 2020; SEYEDALINAGHI et al., 2021; YESUDHAS et al., 2021). Entre os fatores de risco associados ao alto índice dos casos críticos de covid-19, que levam à internação hospitalar, destacam-se a idade avançada e a presença de comorbidades (doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, obesidade e diabetes), acelerando a evolução de sintomas com pior prognóstico (CAMPOS et al., 2020).

Como estratégia de combate à covid-19 foram liberados no Brasil alguns imunizantes à base de ácido nucleico - Pfizer-BioNTech, vírus inativo - CoronaVac-Sinovac e vetor adenovírus - AstraZeneca-Oxford e Janssen-Johnson&Johnson. O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19 (PNO) estabelece orientações para a instrumentalização da vacinação e preconiza a aplicação de duas doses do imunizante Pfizer, AstraZeneca ou CoronaVac e apenas uma dose do imunizante Janssen. Além disso, foi recomendada a dose adicional para imunocomprometidos e as doses de reforço para algumas faixas etárias (MOHAMMED et al., 2022; SHARIF et al., 2021; SILVA FILHO et al., 2021BRASIL, 2022).

Vários estudos comprovam a eficácia, segurança, tolerabilidade e imunogenicidade dos imunizantes utilizados contra essa doença. Contudo, a hesitação à vacina constitui uma ameaça iminente no enfrentamento da pandemia, pois alcançar a imunidade coletiva não depende apenas da sua eficácia, mas também da disposição que as pessoas têm em aceitá-la (LIN et

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

al., 2021; WAKE, 2021). A desinformação generalizada sobre a doença e preocupação em relação à segurança da vacina e sua rápida aprovação tem dificultado o processo de cobertura vacinal (ROBINSON et al., 2021). Foi observado que alguns fatores, como grau de escolaridade, renda salarial, faixa etária, sexo e raça, influenciam diretamente na tomada de decisões em relação a adesão da vacina (FARAH et al., 2021; SALOMONI et al., 2021).

O Brasil possui um dos programas nacionais de imunização mais completos e distribuídos do mundo, mas a entrada rápida de novos imunizantes, em especial os de covid-19 gerou uma certa resistência e recusa vacinal de alguns. Pesquisas realizadas mostraram que a aceitação do público brasileiro pode variar entre 60 a 97% (ARAÚJO et al., 2021; SOUTO & KABAD, 2020). Em 2022, o país imunizou contra covid-19 cerca de 81% da população, o estado do Tocantins registrou 64,7% e Palmas contabilizou 68,7% (BRASIL, 2022). Diante dos dados da cobertura vacinal de Palmas, que não alcançou sua totalidade e as contínuas ocupações de leitos hospitalares, o objetivo desse estudo foi avaliar o perfil vacinal de imunização contra a covid-19 de pacientes internados com a doença, durante este ano, em leito clínico e unidade de terapia intensiva de um hospital público e um privado, ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo, tipo transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado com pacientes de Palmas-TO, internados com covid-19 durante o ano de 2022, em leitos clínicos e unidades de terapia intensiva destinados à doença e disponibilizados pelo SUS no Hospital Geral de Palmas e Hospital Sinai.

O estudo incluiu pacientes internados com covid-19 nos leitos clínicos e unidades de terapia intensiva destinadas a essa doença, sem restrição de sexo e idade. Foi necessário o diagnóstico laboratorial reagente, realizado pela metodologia molecular RT-PCR (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction), pois é considerada o padrão ouro na detecção

do Sars-Cov-2, apresentando alta sensibilidade e especificidade. Excluem-se do estudo pacientes que foram admitidos fora do período da pesquisa, não residentes em Palmas-TO e com dados de vacinação incompletos, como: data da aplicação, tipo da vacina e a especificação da dose.

A variável avaliada nesta pesquisa foi o perfil dos pacientes internados com covid-19, como: sexo, idade, comorbidades, se possui ou não vacinação contra doença, tipo do imunizante recebido e a quantidade de doses administradas, incluindo dose adicional e reforço.

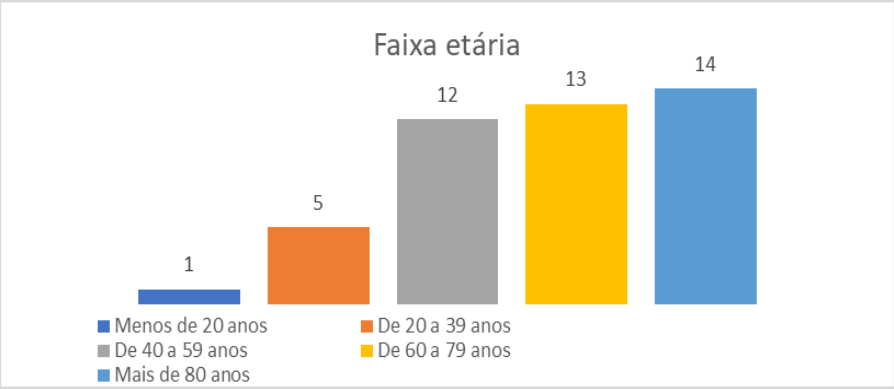
Os dados de internação foram coletados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica de Gripe. A obtenção das informações do cadastro vacinal de covid-19 ocorreu pelo acesso ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações e o e-SUS serviu de apoio na necessidade de obter alguma informação além das descritas nos outros sistemas. A compilação desses dados da pesquisa foi realizada mediante a uma análise estatística descritiva de gráficos, produzidos pelo Microsoft Excel 2010.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa/FESP, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), mediante o parecer 6.641.226. Para coleta de dados, o estudo utilizou o TCUD - Termo de Compromisso de Utilização de Dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra contendo os dados de pacientes internados com covid-19 nos hospitais analisados por este estudo, coletados por meio dos sistemas de informações da rede SUS, durante o ano de 2022, possui 45 pacientes, sendo 24 do sexo masculino que corresponde a 53% e 21 do sexo feminino, representando 47% da amostra. Destes, foram 21 pacientes do Hospital Geral de Palmas e 24 do Hospital Sinai, sendo este contratualizado pela Secretaria Estadual de Saúde que recebe pacientes SUS. Já em relação à idade na data da internação, tem-se que:

Gráfico 1 – Faixa etária dos pacientes da pesquisa

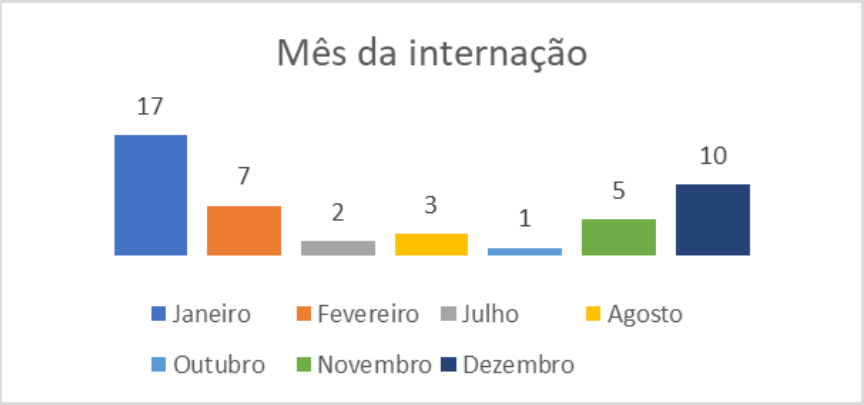


Fonte: Layla Cristina de Oliveira Nunes (2024).

Convém destacar que teve um paciente internado abaixo de 20 anos que tinha a idade de 13 anos.

Em relação ao mês da internação, obteve-se os seguintes resultados: janeiro e dezembro com mais internações, 17 e 10, respectivamente. Tendo outubro com um paciente internado e julho com dois pacientes, sendo os meses com menos internações, conforme a tabela abaixo.

Gráfico 2- Mês da internação



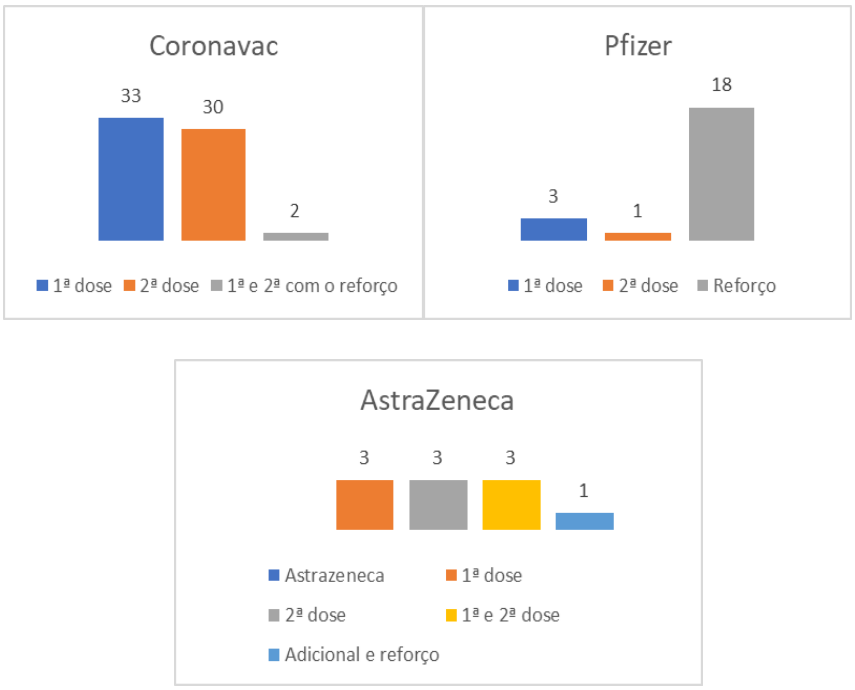
Fonte: Layla Cristina de Oliveira Nunes (2024).

Sobre as vacinas aplicadas nos pacientes para prevenção da covid-19 foram de três laboratórios/marcas: CoronaVac, Pfizer e AstraZeneca, sendo que a CoronaVac foi aplicada em 33 pacientes (73%) a 1ª dose, destes somente 30 tomaram a 2ª dose e somente dois o reforço, conforme o gráfico a seguir. Somente três pacientes tomaram a 1ª dose da Pfizer, destes somente

um tomou a 2ª dose. E 18 pacientes tomaram o reforço da Pfizer, sendo que destes nenhum tomaram a 1ª e 2ª dose, somente o reforço.

Da AstraZeneca três tomaram, no entanto, estes concluíram o ciclo vacinal (1ª e 2ª dose) e um paciente somente tomou o reforço e adicional.

Gráfico 3 – Tipo de vacina

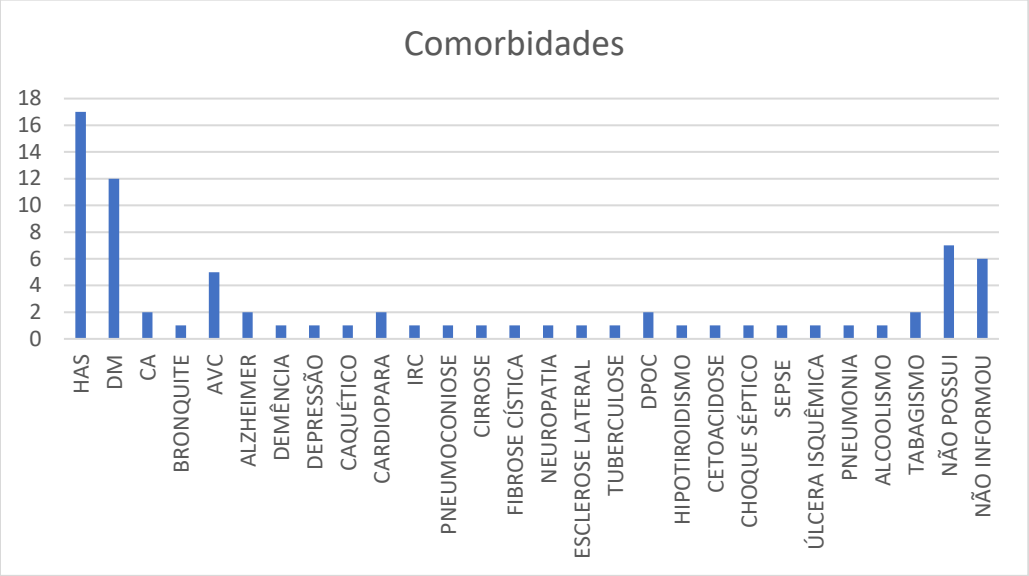


Fonte: Layla Cristina de Oliveira Nunes (2024).

Ressalta-se que nenhum paciente tomou a vacina Janssen e seu reforço e/ou adicional de vacina.

Em relação às comorbidades dos pacientes foram apresentadas diversas, de modo que, as predominantes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Acidente Cardiovascular (AVC), conforme o gráfico 4. Dos 45 pacientes, sete deles apresentaram mais de uma comorbidades (15,5%) e seis não informaram no prontuário se possuíam ou não comorbidades (13,3%).

Gráfico 4 – Comorbidades



Fonte: Layla Cristina de Oliveira Nunes (2024).

Foram registrados três óbitos, sendo com pacientes de 88, 71 e 63 anos. Todos do sexo masculino e com comorbidades, dois deles possuíam mais de uma doença diagnosticada. Os três pacientes tomaram a 1ª e a 2ª dose da vacina CoronaVac.

Um estudo realizado por Chen et al. (2020) demonstrou que 55% dos casos de morte por covid-19 ocorreram em pacientes do sexo masculino. Ainda segundo o pesquisador, a idade também é um agravante já que homens mais velhos apresentam comorbidades. De acordo com Susuki, Olak e Urbano, (2021), é comum as mulheres, mesmo com idade mais avançada, apresentarem um melhor quadro de saúde por terem hábitos de saúde contínuos como consultas médicas com frequência e tratamentos de saúde.

Loyola et al. (2023) apresentaram em sua pesquisa de perfil epidemiológico realizada no estado de Goiás, que 55,8% eram de mulheres acometidas pelo Covid-19 e 44,2% de homens, sendo a faixa etária de maior prevalência de 19 a 59 anos. A faixa etária de idosos foi a de menor registro. Segundo os autores, a população economicamente mais ativa é infectada mais rapidamente por níveis maiores de transmissão pelo contato social em vários nichos. Já a mais idosa sofre devido à fragilidade da saúde que geralmente é acometida por comorbidades.

Silva et al. (2023) também obtiveram em seus estudos com pacientes internados em UTI que a predominância foi do sexo feminino (56,3%). Resultado similar a outro estudo realizado em 2020 no Hospital Israelita Albert Einstein, no estado de São Paulo, em que 68,1% dos pacientes eram do sexo feminino (LANCET, 2020).

Em um estudo observacional em pacientes internados em uma UPA em Mato Grosso, Goulart et al., (2021) trouxeram como resultados que 54,1% dos pacientes eram do sexo masculino.

Os fatores associados ao risco ou à proteção contra a Covid-19 demonstrou que as diferenças biológicas entre homens e mulheres acarretam em respostas distintas que impacta diretamente no curso da doença, de forma que, os homens tendem a terem um desfecho menos favorável devido a um maior número de comorbidades (KLOKNER ET AL., 2021).

Ao investigar a análise de esquema vacinal de pacientes no Rio Grande do Sul em 340 amostras, Piccoli et al., (2023), relataram que 41,6% era composto por pacientes com faixa etária de 40 a 59 anos, sendo apenas 33,7% com mais de 60 anos. Dos indivíduos 55% receberam a última dose há mais de um ano e 27% receberam a dose de reforço, sendo que a capacidade de neutralização da Covid-19 e suas variantes é maior quando os indivíduos recebem a dose de reforço e a adicional.

A pesquisa concluiu que a maioria dos pacientes infectados se recuperaram apesar de terem recebido a última dose há mais de um ano, quando ocorre a queda ou ausência de anticorpos contra o vírus, sendo por isso essencial completar o esquema vacinal (PICCOLI et al., 2023).

Em relação aos esquemas vacinais, a pesquisa de Loyola et al. (2023) relatou que dos 95,38% vacinados, somente 83% receberam as duas doses. Este estudo trouxe um perfil vacinal em que a maioria apresentou o esquema de vacinação incompleto.

A população brasileira tem um percentual de vacinados de cerca de 70%, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, sendo que em 11

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

estados este quadro é bem melhor com mais de 80% da população vacinadas com duas ou mais doses da vacina de Covid-19, que é oferecida gratuitamente em todo o país (BRASIL, 2021).

Apesar do avanço ao longo de décadas no país com movimentos e campanhas vacinais que englobam grande parte da população e erradicaram diversas doenças, os índices de vacinação de covid-19 têm diminuído, desde 2021, em virtude de movimentos antivacinas que são baseados em informações veiculadas na internet e sem respaldo científico (MARTINS et al., 2019).

Em um estudo realizado sobre o esquema vacinal, Nery et al. (2022) destacam que a menor aceitação é de homens empregados e com comorbidades. Já quanto às mulheres com maior nível educacional e percepção sobre os malefícios à saúde que a covid-19 pode ocasionar foi menor a hesitação para receber o esquema vacinal.

A escolaridade, raça, etnia, renda são fatores que influenciam diretamente a aceitação ou hesitação para receber o esquema vacinal da covid-19, além da confiança na vacina desenvolvida, conforme explica Karmakar et al. (2021). Para os autores, os contextos regionais, comorbidades, percepções individuais de risco em diferentes populações influenciam as taxas de vacinação de um local para outro.

Sobre os pacientes com comorbidades, Ferreira et al. (2022) discorrem que as comorbidades de maior prevalência foram doenças cardiovasculares (43,7%) e DM (22,3%). A pesquisa revelou ainda um aumento de pacientes imunodeprimidos e com neoplasias que contraíram a covid-19, de 6% para 12%, e de 8,8% para 12%, respectivamente. Na pesquisa realizada por Silva et al. (2023) em um hospital no Ceará com idade predominante de 55 anos entre os pacientes, as comorbidades mais prevalentes foram a HAS (38,7%), DM (36,1%), cardiopatia (19,3%), doenças pulmonares (10,9%) e outras (22,7%).

No estudo de Goulart et al. (2021), a prevalência de comorbidades foi de 47,8%. As mais frequentes foram HAS (73,4%), DM (31,6%) e Obesidade (13,2%). Já Santos et al., (2021) identificaram como principais comorbidades a HAS (50%), DM (40%), Insuficiência renal (36%), obesidade (28%) e neoplasia

(16%). Apesar de pacientes com comorbidades apresentarem maiores fatores de risco para evolução desfavorável da Covid-19, o controle das doenças com medidas de saúde primária contribui para a redução da gravidade e melhora a sobrevida, evitando ainda, que os leitos de UTI fiquem sobrecarregados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da amostra coletada foi possível observar que o sexo masculino concentra maior número de pacientes infectados e internados com covid-19. Além de que a faixa etária de idosos com mais de 80 anos foi predominante. É relevante destacar que as comorbidades HAS, DM e AVC foram as mais recorrentes nos pacientes internados, um dado preocupante já que são comorbidades que atingem um expressivo número da população no Brasil, que reflete diretamente no bem-estar/qualidade de vida de indivíduos e na saúde pública.

A amostra identificou que o esquema vacinal predominante foi da vacina CoronaVac com 73%, o que era esperado devido a faixa etária e o período, pois era a vacina disponível ao grupo no momento. Dos pacientes vacinados, somente 21 tomaram a dose de reforço, correspondendo a 46,6%. Nenhum paciente tomou a vacina Janssen e nenhum paciente tomou o reforço adicional dessa vacina.

Importante ressaltar que diversos estudos, Pereira et al (2023), Santos et al (2023) e Nakaoka (2021) comprovaram segurança e eficácia da CoronaVac, portanto, é de grande importância seguir o esquema preconizado e assegurar que o grupo de maior risco para a evolução mais grave da doença não se infecte.

Concluiu-se que os pacientes possuem pendências no esquema vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde, o que de fato contribui para o agravamento da doença, internação e cujo desfecho final pode levar à morte.

Os dados coletados auxiliam na caracterização de pacientes internados, contudo, a limitação na coleta de dados não oferece subsídios para fins comparativos, sendo necessárias pesquisas mais abrangentes sobre a temática a

fim de obter perfis que sirvam para elaboração de estratégias de contingência da covid-19 e avanços no esquema vacinal.

Agradecimentos

À toda equipe de tutores, preceptores e coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FESP/ULBRA. Ao apoio financeiro recebido do município de Palmas, por meio da bolsa PET/FESP. À minha família que sempre me apoiou.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, T. et al. Aceitação da vacina contra COVID-19 entre público diagnosticado com síndrome gripal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS) - Conselho Nacional de Saúde. **Vacinômetro Covid-19**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/vacinometro. Acesso em: 03 out. 2022.

BRASIL. 2021. Ministério da Saúde (MS) - Boletim Epidemiológico Especial 75: Doença pelo coronavírus COVID-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_75-final-13ago_15h40.pdf. Acesso em: 12 março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

CAMPOS, M. R. et al. Burden of disease from COVID-19 and its acute and chronic complications: Reflections on measurement (DALYs) and prospects for the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. 1–13, 2020.

CHEN, N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 507-513, 2020.

CUCINOTTA, D.; VANELLI, M. WHO declares COVID-19 a pandemic. **Acta Biomedica**, v. 91, n. 1, p. 157-160, 2020.

FARAH, Y. et al. COVID-19 Vaccine Hesitancy in the United States: A Systematic Review. **Frontiers in Public Health**, v. 9, 2021.

FERREIRA, A. T. et al. Mudança no perfil clínico, epidemiológico e de prognóstico dos pacientes com Covid-19 internados em hospital universitário no período pandêmico. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, 2022.

GOULART, Letícia Silveira et al. Características Clínicas e Laboratoriais da COVID-19: uma análise na internação hospitalar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 36, 2021.

KARMAKAR, et al. Association of social and demographic factors with COVID-19 incidence and death rates in the US. **JAMA network open**, v. 4, n. 1, 2021.

KLOKNER, S. G. M. et al. Perfil epidemiológico e preditores de fatores de risco para a COVID-19 na região sul do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.

LANCET, **T**. As dimensões de gênero da COVID-19. **The Lancet**, v. 395, n. 10231, p. 1168, 2020.

LIN, C. TU, P. BEITSCH, L. M. Confidence and receptivity for covid-19 vaccines: A rapid systematic review. **Vaccines**, v. 9, n. 16, p. 01-41, 2021.

LOYOLA, C. F. et al. Perfil epidemiológico de uma triagem sorológica para COVID-19 em Anápolis/GO e a avaliação do impacto vacinal na sintomatologia. **Peer Review**, v. 5, n. 21, p. 92-102, 2023.

MARTINS, K. M. DOS SANTOS, W. L. ÁLVARES, A. **C.** M. A importância da imunização: revisão integrativa. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 2, p. 96-101, 2019.

MOHAMMED, I. et al. The efficacy and effectiveness of the COVID-19 vaccines in reducing infection, severity, hospitalization, and mortality: a systematic review. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 18, n. 1, 2022

MURALIDAR, S. et al. The emergence of COVID-19 as a global pandemic: Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2. **Biochimie**, v. 179, p. 85–100, 2020.

NAKAOKA, **V. Y.** E. **S**. et al. Orientações para o tratamento ético de gestantes, puérperas e recém-nascidos durante a pandemia da COVID-19. Brazilian **Journal of Surgery & Clinical Research**, v. 35, n. 3, 2021.

NERY N JR, et al. Hesitação vacinal contra a COVID-19 e fatores associados segundo sexo: Uma pesquisa de base populacional em Salvador, Brasil. **PLoS UM**, vol. 17, n. 1, 2022.

PEREIRA, A. R. et al. Imunização contra a COVID-19 de idosos longevos que apresentam comorbidades assistidos por um Centro Saúde Escola. **Kairós-Gerontologia**, v. 26, n. 33, 2023.

PEREIRA, J. SARS-CoV-2 e COVID-19: Os Aspectos Virológicos de uma Pandemia SARS- CoV-2 e COVID-19. **Revista Portuguesa de Farmacoterapia**, v. 12, p. 21–26, 2020.

PICCOLI, B. C. et al. Análise do esquema vacinal em pacientes infectados com a linhagem xbb na região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, 2023.

ROBINSON, E. et al. International estimates of intended uptake and refusal of COVID-19 vaccines: A rapid systematic review and meta-analysis of large nationally representative samples. **Vaccine**, v. 39, n. 15, p. 2024–2034, 2021.

SALOMONI, M. G. et al. Hesitant or not hesitant? A systematic review on global covid-19 vaccine acceptance in different populations. **Vaccines**, v. 9, n. 873, 2021.

SANTOS, D. P. et al. Avaliação de eventos adversos das vacinas contra covid-19 na população de um município do norte de Minas Gerais. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 11, p. 23927-23943, 2023.

SANTOS, P. S. A. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade de pacientes internados por Covid-19 na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 45981-45992, 2021.

SEYEDALINAGHI, S. A. et al. Characterization of SARS-CoV-2 different variante and related morbidity and mortality: a systematic review**. European Journal of Medical Research**, v. 26, n. 1, p. 01–20, 2021.

SHARIF, N. et al. Efficacy, Immunogenicity and Safety of COVID-19 Vaccines: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Immunology**, v. 12, 2021.

SILVA FILHO, P. S. P. et al. Vacinas contra Coronavírus (COVID-19; SARS-COV-2) no Brasil: um panorama geral. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021.

SILVA, G. S. S. et al. Fatores intervenientes no tempo de internação hospitalar de pacientes com COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 2, p. e023084-e023084, 2023.

SOUTO, E. P. KABAD, J. Hesitação vacinal e os desafios para enfrentamento da pandemia de COVID-19 em idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 5, 2020.

SUSUKI, A. M. OLAK, A. S.; URBANO, M. R. A pandemia da COVID-19: Gênero e idade. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v. 2359, p. 1552, 2021.

WAKE, A. D. The willingness to receive covid-19 vaccine and its associated factors: "vaccination refusal could prolong the war of this pandemic" – a systematic review. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 14, p. 2609–2623, 2021.

YESUDHAS, D.; SRIVASTAVA, A.; GROMIHA, M. M. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. **Infection**, v. 49, n. 12, p. 199– 213, 2021.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

V.X, n.X, MÊS/20XX – *DOI: HYPERLINK "http://dx.doi.org/*10.20873/XXXXXXX
Revista Desafios – v. 02 n. 1, 2023

PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2019, NO BRASIL.

PROFILE OF ORAL HEALTH PROFESSIONALS VICTIMS OF WORK ACCIDENTS WITH EXPOSURE TO BIOLOGICAL MATERIAL BETWEEN THE YEARS OF 2007 TO 2019, IN BRAZIL.

PERFIL DE PROFESIONALES DE SALUD BUCAL VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO CON EXPOSICIÓN A MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE LOS AÑOS DE 2007 A 2019, EN BRASIL.

Márcio José Fernandes Filho [1], Tiago Veloso Neves[2]

Autor 1: Márcio José Fernandes Filho

Cirurgião-Dentista, residente R2 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva- Ulbra/FESP. E-mail:marciojff65@gmail.com | Orcid.org/0009-0000-0848-7499

Autor 2: Tiago Veloso Neves

Fisioterapeuta do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas Afya. E-mail: nevestv@gmail.com| Orcid.org/0000-0002-9706-5980

Como citar este artigo:

SILVA, M. A.; ALMEIDA, P. S..; COSTA, J. Proposta de Projeto Gráfico para a Revista “Desafios”: um modelo de formatação em Microsoft Word. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

RESUMO:
Os acidentes de trabalho com exposição a material biológico são considerados problemas de saúde pública em todos os níveis de serviços, estando os profissionais de saúde bucal entre os mais acometidos por esse agravo. O estudo tem por objetivo avaliar o perfil dos profissionais de saúde bucal vítimas de acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os anos de 2007 a 2019, no brasil, por meio de uma pesquisa epidemiológica aplicada observacional, transversal, de abordagem quantitativa, a qual utilizará dados dos casos notificados do agravo entre os anos de 2007 a 2019 coletados Sistema de Informações de Agravos de Notificação, do DATASUS, em todo o território brasileiro. Obteve-se dados sociodemográficos referentes à faixa etária onde mais ocorreram acidentes, com idades de 20-39 anos, com 71,6% dos casos; o sexo mais acometido por esse agravo foi o feminino, totalizando 74,37% dos casos; a área profissional mais afetada foi cirurgiões-dentistas - clínicos gerais, com 15.887 casos, representando 81,99% e expressivos dados referentes ao material orgânico envolvido no acidente, dentre os quais o sangue é evidenciado como o material mais envolvido, com 15.443 casos. Constatou-se que os cirurgiões-dentistas são as vítimas mais frequentes, evidenciando a necessidade de estarem sempre capacitando-se para consequente diminuição dos números desse agravo.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais de Saúde Bucal; Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico; Acidentes de Trabalho.

ABSTRACT:
Work accidents involving exposure to biological material are considered public health problems at all levels of service, with oral health professionals being among the most affected by this condition. The study aims to evaluate the profile of oral health professionals who were victims of work accidents involving exposure to biological material between the years 2007 and 2019 in Brazil, through an observational, cross-sectional, analytical quantitative epidemiological research, which will use data from reported cases of this condition between the years 2007 and 2019 collected from the Notification of Diseases Information System (SINAN), provided by DATASUS, throughout the Brazilian territory. Sociodemographic data were obtained regarding the

age group where accidents occurred most frequently, with ages ranging from 20 to 39 years, comprising 71.60% of cases; the gender most affected by this condition was female, totaling 74.37% of cases; the professional area most affected was general dental surgeons, with 15,887 cases, representing 81.99%, and significant data regarding the organic material involved in the accident, among which blood is highlighted as the most involved material, with 15,443 cases. It was found that dental surgeons are the most frequent victims, highlighting the need for ongoing training to consequently reduce the numbers of this condition.

KEYWORDS: Oral Health Professionals; Work Accidents with Exposure to Biological Material; Work Accidents.

RESUMEN:

Los accidentes laborales con exposición a material biológico son considerados problemas de salud pública en todos los niveles de servicios, siendo los profesionales de la salud bucal uno de los grupos más afectados por este tipo de incidentes. El estudio tiene como objetivo evaluar el perfil de los profesionales de la salud bucal que han sido víctimas de accidentes laborales con exposición a material biológico entre los años 2007 y 2019 en Brasil, a través de una investigación epidemiológica aplicada observacional, transversal y analítica, que utilizará datos de casos notificados de este tipo de incidente entre los años 2007 y 2019 recopilados del Sistema de Información de Agravios de Notificación del DATASUS, en todo el territorio brasileño. Se obtuvieron datos sociodemográficos relacionados con el grupo de edad en el que ocurrieron más accidentes, con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, representando el 71,60% de los casos; el género más afectado por este tipo de incidente fue el femenino, totalizando el 74,37% de los casos; el área profesional más afectada fue la de cirujanos dentistas - clínicos generales, con 15.887 casos, lo que representa el 81,99% del total, y se encontraron datos significativos sobre el material orgánico involucrado en el accidente, entre los cuales la sangre se destacó como el material más frecuentemente implicado, con 15.443 casos. Se concluyó que los cirujanos dentistas son las víctimas más frecuentes, lo que subraya la necesidad de una capacitación continua para la reducción consiguiente de los incidentes.

PALABRAS CLAVE: Profesionales de la Salud Bucal; Accidente de Trabajo con Exposición a Material Biológico; Accidentes de Trabajo.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho com exposição a material biológico (ATEMB) são considerados problemas de saúde pública em todos os níveis de serviços, incluindo empregadores e trabalhadores. Denominam-se esses acidentes como qualquer lesão que possa envolver qualquer contato direto com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho, seja por via percutânea, através de agulhas ou objetos cortantes/perfurantes, ou pelo contato diretamente pela pele ou mucosas não íntegras (Mischake et al., 2014); (Caldas; Gomes, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde(OMS), por ano, as exposições percutâneas com profissionais de saúde ocorrem em torno de três milhões ao redor do mundo. Devido a isso, registraram-se 66.000 casos de infecção por Hepatite B, 16.000 por Hepatite C e 1.000 casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana(HIV) entre os profissionais de saúde (Cunha et al., 2020).

Como afirmam Andrade et al., (2013), diferentemente dos demais profissionais da área da saúde, as atividades que são realizadas pelos cirurgiões dentistas estão focadas quase sempre na boca, local pequeno e estreito, proporcionando uma zona de trabalho restrita. A posição dentista/paciente e dos equipamentos no consultório odontológico pode contribuir para a ocorrência de acidentes. Entre todos os profissionais de saúde, a maioria dos acidentes com contaminação por material biológico ocorre por meio de instrumentos de trabalho perfurocortantes, especialmente entre aqueles que prestam assistência direta aos pacientes, executando procedimentos invasivos, como é o caso dos profissionais de saúde bucal.

Dentre todos os riscos ocupacionais na área de saúde, grande ênfase tem sido dada aos riscos biológicos por constituírem a principal forma de exposição do profissional, devido a constante manipulação de material biológico, em decorrência de seu trabalho. Considera-se risco biológico a possibilidade de contaminação pelo contato com secreções ou excreções corporais presentes no sangue ou em outros fluidos orgânicos do ser humano (Brasil, 2014).

Todos os casos de acidente com material biológico devem ser comunicados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme previsto na Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004, do Ministério da Saúde (Brasil, 2004).

Entre as medidas de precaução inerentes à prática de biossegurança, tem-se o uso obrigatório de equipamentos de proteção individual (EPIs) e a imunização contra o vírus da Hepatite B, obrigatórios na maioria das instituições de ensino e pré-requisito para vagas no serviço público de saúde (Santos, 2014); (Paiva et al., 2017).

Os futuros profissionais de saúde devem ser rigorosamente cobrados quanto às práticas em biossegurança. As instituições de ensino são responsáveis por ensinar condutas que preparem os discentes para atuarem de forma segura no atendimento odontológico dos pacientes, evitando acidentes ocupacionais e orientando-lhes na correta condução dos mesmos, porém, nem todos sabem como proceder após um acidente, incluindo alunos, professores, técnicos/auxiliares de saúde bucal (Nascimento et al., 2012);)Fernandes et al., 2018).

Diante disso, o presente projeto tem como objetivo analisar o perfil dos profissionais de saúde bucal vítimas de acidentes de trabalho com exposição a material biológico no Brasil, no período de 2007 a 2019.

METODOLOGIA

O estudo utilizou dados secundários e de domínio público das notificações de acidente de trabalho com exposição a material biológico que envolveram profissionais de saúde bucal por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo esse banco dados gerenciado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A pesquisa contou com a utilização de dados dos casos de acidente de trabalho com exposição a material biológico, coletados do banco de dados do SINAN, dentro do site do DATASUS, abrangendo todo o território brasileiro, que incluiu os 26 estados e o Distrito Federal (DF) (IBGE, 2011).

O estudo analisou dados das notificações de ATEMB realizadas no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2019. A coleta de dados foi realizada nos meses de Março a Julho de 2023 e posteriormente tabuladas e analisadas. Os casos em que as variáveis de interesse estejam em branco foram excluídos.

Incluíram-se informações relacionadas diretamente à vítima de ATEMB, ou seja, dados sociodemográficos, o que incluiu as variáveis: sexo (masculino/feminino), faixa etária, escolaridade e ocupação registrada conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO); além de variáveis relacionadas aos fatores envolvidos no acidente, como: tipo de exposição ao fator de risco e o material biológico envolvido no acidente.

Os dados foram obtidos do DATASUS(https://datasus.saude.gov.br/) e tabulados utilizando o software Tab para Windows (TabWin), que disporá os dados em planilhas de Microsoft Excel. Foram selecionados os dados registrados entre 2007 e 2019 no Brasil de todas as Unidades da Federação e apenas casos cujas vítimas foram profissionais de Saúde Bucal(cirurgiões dentistas,técnicos e auxiliares).

Os dados foram apresentados por meio de frequência absoluta e relativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 trouxe o perfil sociodemográfico dos casos de ATEMB com profissionais de Saúde Bucal no Brasil, levando em consideração características importantes como: idade, sexo e escolaridade dos profissionais envolvidos. No campo ‘’idade’’, foram expostos dados relevantes, sendo que a faixa etária onde mais ocorreram acidentes foram nas idades de 20-39 anos(71,60% dos casos), dado possivelmente justificado devido ser a faixa etária onde se encontram os profissionais em graduação e/ou curso técnico e também sendo o período em que a maioria dos profissionais está em atuação em território brasileiro, o que também acontece com a segunda faixa etária mais afetada por este agravo, com idades entre 40 e 59 anos (25,51% dos casos).

Outro dado importante é o expressivo número de casos envolvendo menores de 1 ano de idade, com 99 casos, evidenciando um erro de preenchimento das fichas de notificação e denotando o quão importante é o adequado preenchimento das mesmas, com informações corretas, para o bom funcionamento do sistema de saúde pública. No

campo sexo, os acidentes de trabalho com exposição a material biológico ocorreram majoritariamente no sexo feminino, com 74,37% dos casos.

No campo ‘’escolaridade’’, os acidentes ocorreram com maior frequência entre profissionais com educação superior completa, com 76,89% dos casos, evidenciando sua ocorrência em profissionais já graduados e exercendo a profissão. A segunda maior frequência de dados analisados foi em ‘’ignorados e em branco’’, com 12,01% dos casos, possivelmente devido à falta de preenchimento das informações na ficha de notificação. A terceira maior frequência de acidentes, considerando a escolaridade do profissional envolvido, foi com profissionais com ensino médio completo, requisito básico para matrícula e estudo para obtenção de certificado de curso técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos casos de ATEMB com profissionais de Saúde Bucal no Brasil, dos anos de 2007 a 2019 (n= 19376)

Características	**n**	**%**
Idade		
<1 Ano	99	0,51
1-4	3	0,02
10-19	112	0,58
20-39	13874	71,60
40-59	4943	25,51
60 e +	344	1,78
Em branco	1	0,01
Sexo		
Feminino	14410	74,37
Masculino	4962	25,61
Ignorado	4	0,02
Escolaridade		
Analfabeto	3	0,02
1ª a 4ª série incompleta do EF	31	0,16
4ª série completa do EF	22	0,11
5ª à 8ª série incompleta do EF	46	0,24
Ensino fundamental completo	48	0,25
Ensino médio incompleto	132	0,68
Ensino médio completo	1113	5,74
Educação superior incompleta	649	3,35
Educação superior completa	14899	76,89

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos casos de ATEMB com profissionais de Saúde Bucal no Brasil, dos anos de 2007 a 2019 (n= 19376)

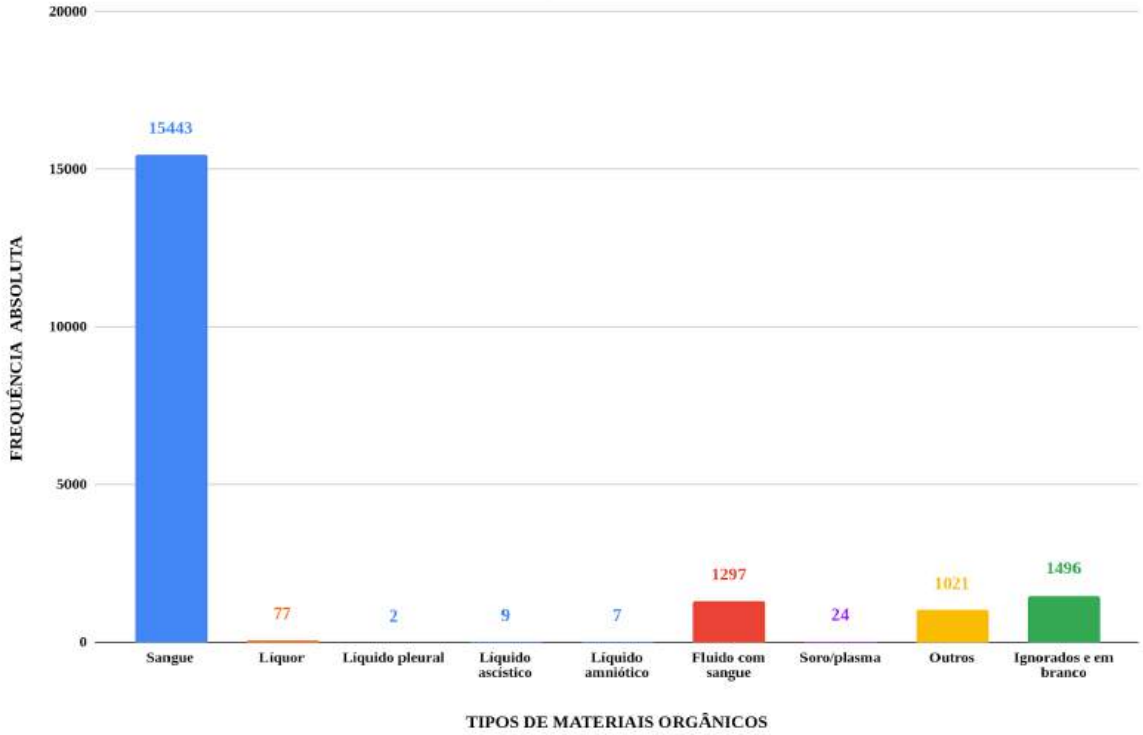
Características	**n**	**%**
Idade		
<1 Ano	99	0,51
1-4	3	0,02
10-19	112	0,58
20-39	13874	71,60
40-59	4943	25,51
60 e +	344	1,78
Em branco	1	0,01
Sexo		
Feminino	14410	74,37
Masculino	4962	25,61
Ignorado	4	0,02
Escolaridade		
Analfabeto	3	0,02
1ª a 4ª série incompleta do EF	31	0,16
Ignorados e em branco	2327	12,01
Não se aplica	106	0,55

O Gráfico 1 traz os tipos de materiais orgânicos mais envolvidos nos casos de ATEMB com profissionais de saúde bucal no Brasil, entre os anos de 2007 e 2019, dentre os quais o sangue é evidenciado como o material mais envolvido, com 15.443 casos. A categoria ignorados e em branco, estão em segundo lugar em número, com 1.496 casos, possivelmente decorrentes da falta de marcação no campo correto da ficha de notificação, seguido pelo Fluido com Sangue, com 1.297 casos.

Entre os resíduos orgânicos menos envolvidos em acidentes, está o Líquido Pleural, com apenas 2 casos, por ser um material orgânico menos envolvido na prática habitual da maioria dos profissionais de saúde bucal.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

Gráfico 1: Tipos de materiais orgânicos envolvidos nos casos de ATEMB com profissionais de Saúde Bucal no Brasil, dos anos de 2007 a 2019 (n= 19376)



A Tabela 2, que apresenta os resultados sobre a quantidade de casos de profissionais de Saúde Bucal no Brasil, divididos por especialidades, envolvidos em ATEMB, mostra que a grande maioria dos casos envolve os cirurgiões-dentistas - clínicos gerais (que não têm especialidade definida ou trabalham apenas nessa área), com 15.887 casos, representando 81,99% dos casos. Em segundo lugar, entre os profissionais que mais se acidentam no ambiente de trabalho, estão os auxiliares em saúde bucal, com 1.022 casos, representando 5,27% dos casos, seguidos pelos cirurgiões-dentistas especialistas em odontologia legal, com 683 casos, representando expressivos 3,52% dos casos.

Entre as especialidades com menos casos de ATEMB estão os cirurgiões-dentistas radiologistas e epidemiologistas, ambos com 9 casos e os cirurgiões-dentistas estomatologistas, com apenas 1 caso.

Tabela 2: Quantidade de casos de profissionais de Saúde Bucal no Brasil, divididos por especialidades, envolvidos em ATEMB, dos anos de 2007 a 2019 (n= 19376)

Características	n
CIRURGIÃO DENTISTA - AUDITOR	289
CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL	15887
CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA	219
CIRURGIÃO DENTISTA - EPIDEMIOLOGISTA	9
CIRURGIÃO DENTISTA - ESTOMATOLOGISTA	1
CIRURGIÃO DENTISTA - IMPLANTODONTISTA	21
CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOGERIATRA	58
CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOLOGISTA LEGAL	683
CIRURGIÃO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA	65
CIRURGIÃO DENTISTA - ORTOPEDISTA E ORTODONTISTA	56
CIRURGIÃO DENTISTA - PATOLOGISTA BUCAL	106
CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA	70
CIRURGIAO DENTISTA - PROTESIOLOGO BUCOMAXILOFACIAL	57
CIRURGIÃO DENTISTA - PROTESISTA	21
CIRURGIÃO DENTISTA - RADIOLOGISTA	9
CIRURGIÃO DENTISTA - REABILITADOR ORAL	18
CIRURGIÃO DENTISTA - TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	97
CIRURGIÃO DENTISTA DE SAÚDE COLETIVA	416
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	272
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL	1022

Após análise dos dados expostos na Tabela 3, observa-se dados complexos referentes aos tipos de exposição envolvidas nos casos de ATEMB, com profissionais de Saúde Bucal no Brasil. Pode-se constatar que a grande maioria dos acidentes ocorreram por via percutânea, com 15609 (80,56%) casos, seguido das exposição em pele íntegra, com 4933 (25,46%) casos e mucosa, com 1279 (6,60%) casos.

Entre os tipos de exposição menos relevantes na tabela, temos a pele não íntegra, com 796(4,11%) casos e outros, com 183(0,94%) casos onde também evidenciaram-se um grande número de marcações nos campos: Ignorado/Branco, que totalizaram 4714 casos, denotando fragilidade na documentação e conclusão dos fatos relacionados ao acidente.

Gomes e Caldas (2019) mostraram que no Brasil, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) evidenciam que a elevada incidência de ATEMB ainda causa preocupação e demonstram que os profissionais dos serviços de saúde são os mais acometidos, levando o setor da saúde a ocupar o primeiro lugar em número desses acidentes.

Brasil (2014), afirma que grande ênfase tem sido dada aos riscos biológicos por constituírem a principal forma de exposição do profissional, devido a grande manipulação de material biológico, em decorrência de seu trabalho. Considera-se risco biológico a possibilidade de contaminação pelo contato com secreções, ou excreções corporais, presentes no sangue ou em outros fluidos orgânicos humanos, concordando com os estudos de Fernandes et al.,(2018).

Como afirma Andrade et al., (2013), as atividades que são realizadas pelos cirurgiões dentistas são quase sempre focadas na boca, local pequeno e estreito, proporcionando uma zona de trabalho restrita. A posição dentista/paciente e dos equipamentos no consultório odontológico pode contribuir para a ocorrência de acidentes, assim como demonstraram Nascimento et al., (2012), que também evidenciaram que o cirurgião-dentista está vulnerável ao risco de infecção transmitida por agentes infecciosos dentro do ambiente clínico pelos mais variados meios, como: por contato direto com lesões infecciosas, sangue e saliva contaminados; por contato indireto por meio de micro-organismos presentes em instrumentos, equipamentos e superfícies; por aspiração de micro-organismos nos aerossóis; inclusive pelo contato entre pessoas.

Em nosso estudo, a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes ao longo da vida profissional foi muito maior entre os cirurgiões-dentistas quando comparados aos auxiliares de saúde bucal, em consonância com os dados de Garcia e Blank (2008), mas em desacordo com os resultados do estudo de Andrade et al., (2013). O presente estudo evidenciou que a grande maioria dos profissionais envolvidos são os cirurgiões-dentistas-clínicos gerais, com 15.887 casos, representando 81,99% dos casos, concordando com os resultados obtidos por Santos et al. (2014), possivelmente decorrentes da pouca experiência profissional ou devido a um grande número de procedimentos variados executados no dia a dia, se tratando de profissionais recém formados, porém, outro estudo de Andrade et al., (2013), mostrou uma grande quantidade de acidentes envolvendo cirurgiões-dentistas com 25 anos ou mais de experiência profissional.

Entre as especialidades que menos sofreram ATEMB, estão os cirurgiões-dentistas radiologistas e epidemiologistas, ambos com 9 casos e os cirurgiões-dentistas

estomatologistas, com apenas 1 caso, concordando com os estudos de Andrade et al., (2013), Garcia et al., (2008) e Paiva et al., (2017), que afirmam a predominância de ocorrência deste agravo em profissionais que estão em maior contato com os pacientes e praticam procedimentos clínico-cirúrgicos.

Obteve-se resultados referentes à escolaridade do profissional comumente afetado pelos acidentes, compreendendo a educação superior completa, que abrange a profissão de cirurgião-dentista, como a escolaridade na qual mais ocorre esse tipo de acidente, lembrando que é a escolaridade requisitada para se exercer uma profissão de nível superior no Brasil, em acordo também, os estudos de Andrade et al., (2013), Garcia e Blank (2008) e Nascimento et al., (2012). A segunda escolaridade mais acometida por esse agravo é a de ensino médio completo, que contempla a profissão de técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Este estudo evidenciou que o grupo mais afetado por esse tipo específico de acidente é composto por mulheres entre 20 e 39 anos de idade. Esses achados corroboram achados anteriores de Gomes e Caldas (2019) e Santos et al. (2014), que também observaram uma incidência mais alta de acidentes entre mulheres nessa faixa etária, especialmente entre 25 e 31 anos. Além disso, esses resultados estão em linha com as conclusões de Paiva et al. (2017), que destacaram a predominância do sexo feminino nos contextos relacionados à saúde.

Por outro lado, obteve-se números e quantidades de dados incompletos referentes a escolaridade e idade dos profissionais envolvidos no ATEMB, possivelmente devido a erros de preenchimento das fichas de notificação pelos profissionais que prestaram atendimento, evidenciando uma grande fragilidade das informações em todo o território nacional, desobedecendo as diretrizes do Ministério da Saúde sobre o correto preenchimento das fichas de notificação, e também as informações disponibilizadas em estudos como o do DATASUS/Ministério da Saúde (2002).

O presente estudo trouxe dados referentes aos tipos de exposições envolvidas nos casos de ATEMB com profissionais de Saúde Bucal no Brasil, onde evidenciou-se a grande maioria dos acidentes ocorrendo por via percutânea, o que está em consonância com o estudo de Santos et al., (2014), seguido das exposição em pele íntegra, que contempla os resultados obtidos por Paiva et al.,(2017), diferente do obtido por Santos et al., (2014), que classificou a mucosa(ocular) como o segundo tipo de meio mais envolvido nos casos de ATEMB no Brasil.

Quanto aos tipos de materiais orgânicos mais envolvidos nos casos de ATEMB com profissionais de saúde bucal no Brasil, entre os anos de 2007 a 2019, este estudo evidenciou o Sangue como o material mais envolvido, em consonância com os achados de Santos et al., (2014), que também mostraram que os dados ignorados e em branco, estão em segundo lugar quanto ao número de casos, possivelmente decorrente da não marcação no campo correto da ficha de notificação.

Tabela 3: Tipos de exposição envolvidas nos casos de ATEMB com profissionais de Saúde Bucal no Brasil, dos anos de 2007 a 2019 (n= 19376)

Características	**n**	**%**
Tipo de exposição		
Percutânea		
Sim	15609	80,56
Não	2703	13,95
Ignorado / Branco	1064	5,49
Pele íntegra		
Sim	4933	25,46
Não	11678	60,27
Ignorado / Branco	2765	14,27
Pele não-íntegra		
Sim	796	4,11
Não	15441	79,69
Ignorado / Branco	3139	16,20
Mucosa		
Sim	1279	6,60
Não	15125	78,06
Ignorado / Branco	2972	15,34
Outros		
Sim	183	0,94
Não	14479	74,73
Ignorado / Branco	4714	24,33

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que o número de acidentes de trabalho com exposição a material biológico continuam aumentando em decorrência de fatores frequentemente associados à realidade clínica dos profissionais de saúde bucal, como: objetos geralmente afiados e com potencial de causar lesões, local de trabalho inadequado, área de atuação pequena e estreita(boca), procedimentos extensos e falta de experiência e treinamento voltados à diminuição de casos de acidentes no local de trabalho.

Também é necessário focar na capacitação dos profissionais que estão em contato com os pacientes sobre a importância de exigirem a criação da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), caso sofram algum acidente, destacando a importância dos dados para a elaboração de políticas públicas voltadas para a diminuição da incidência dos acidentes no local de trabalho e, consequentemente, na diminuição da propagação de doenças infecciosas.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, R. R. A. et al. Ocorrência de acidentes com instrumentais pérfuro-cortantes em clínica odontológica na cidade do Recife - Pernambuco Estudo-piloto. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial,*versão On-line* ISSN 1808-5210 **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.13 no.2 Camaragibe Abr./Jun. 2013.**

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica.** 2. ed. São Paulo, Editora Santos, 213 p., 2010.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. **Notificações de Doenças e Agravos SINAN**. Brasília: 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS Trajetória 1991-2002** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Informática do SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Riscos biológicos – Guia Técnico. **Os riscos biológicos no âmbito da norma reguladora n. 32**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CUNHA QB, FREITAS EO, MAGNAGO TSBS, BREVIDELLI MM, CESAR MP, CAMPONOGARA S. Associação entre fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais com a adesão às precauções padrão. **Rev Gaúcha Enferm.** 2020;41:e20190258. doi: https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2020.20190258.

FERNANDES, A. T. et al. Sentimentos vivenciados por trabalhadores de saúde na ocorrência de acidentes com material biológico. **Revista Paulista de Enfermagem**,

2018. *Rev. Paul. Enferm. (Online) ; 29(1/3): 56-67, nov. 14, 2018.* LILACS, BDENF - Enfermagem | ID: biblio-970760.

GARCIA, L.P.; BLANK, V.L.G. Condutas Pós-exposição Ocupacional a Material Biológico na Odontologia. **Ver. saúde Pública**.2008; 42(2):279-86.

GOMES, S. C. S.; CALDAS, A. J. M. Incidência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico em profissionais de saúde no Brasil, 2010-2016. ***Rev. bras. med. trab** ; 17(2): 188-200, ago.2019.* LILACS-Express LILACS | ID: biblio-1015199.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução da Divisão Territorial no Brasil**, 1872 - 2010. Rio de Janeiro, 2011. ISSN 0103-6335.

KNECHTEL, M. R. **Metodologia da pesquisa em educação**: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

MISCHKE C, VERBEEK JH, SAARTO A, LAVOIE MC, PAHWA M, IJAZ S. GLOVES, extra gloves or special types of gloves for preventing percutaneous exposure injuries in healthcare personnel. **Cochrane Database** Syst Rev. 2014 Mar 7;2014(3):CD009573. doi: 10.1002/14651858.CD009573.pub2. PMID: 24610769; PMCID: PMC10766138.

NASCIMENTO L. S. et al. Acidentes com perfuro-cortantes na Faculdade de Odontologia da UFPA: visualização de um cenário. **Revista de Odontologia Brasil Central**, 2012.v. 21 n. 57 (2012): ROBRAC.

NEUMANN DE PAIVA, S., DE SOUZA ZARONI, W. C., FERREIRA LEITE, M., ROCON BIANCHI, P., & RANGEL PEREIRA, T. C. (2017). Acidentes ocupacionais com material biológico em Odontologia: uma responsabilidade no ensino. ***Revista Da ABENO**, 17*(3), 76–88. https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i3.388.

SANTOS, KÁTIA FERREIRA DOS. Análise dos aspectos epidemiológicos dos acidentes ocupacionais, práticas de biossegurança e impacto na rotina de trabalho de cirurgiões-dentistas, após exposição a material biológico / Analyze epidemiological aspects ocupational accidents biosecurity practices and impact on the routine work of dentists, biological material after exposure.Santos, Kátia Ferreira dos.*São Paulo; s.n; 2014. 172 p. tab, graf, mapas.* LILACS, **Sec. Est. Saúde SP** | ID: lil-773064.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE CASOS REGISTRADOS DE CâNCER DE BOCA EM PALMAS-TO ENTRE 2013 A 2022.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF REGISTERED CASES OF MOUTH CANCER IN PALMAS-TO BETWEEN 2013 TO 2022.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS REGISTRADOS DE CÁNCER DE BOCA EN PALMAS-TO ENTRE EL 2013 AL 2022.

Maria Eliza Pedroso Brito

Residente em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). E-mail: mariaelizapedrosobrito@gmail.com | Orcid: https://orcid.org/0009-0005-0913-8430

Isnaya Almeida Brandão Lima

Mestre em Ensino em Ciência e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: nayabrandao@gmail.com | Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5725-7195

RESUMO:

Levando em consideração que o câncer de boca tem se tornado um problema de saúde pública no Brasil devido ao aumento nas taxas de prevalência, incidência e mortalidade nos últimos anos, o presente estudo tem o objetivo de avaliar as características epidemiológicas dos casos confirmados e tratados no município de Palmas - TO. A pesquisa utilizou os dados publicados no portal do DATASUS referentes aos pacientes que foram diagnosticados com câncer bucal no município de Palmas – TO entre os anos de 2013 e 2022. Os resultados deste estudo demonstram que o perfil epidemiológico da população acometida pelo câncer bucal em Palmas - TO segue o mesmo padrão do perfil encontrado em estudos envolvendo a população brasileira como um todo, isto é, homens entre 60 e 64 anos de idade. Outros dados relevantes foram: o estadiamento com maior número de diagnósticos da doença foi o IV, a região mais afetada foi a língua e as modalidades de tratamento mais utilizadas no município foram quimioterapia e radioterapia.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de boca; Saúde bucal; Carcinoma de células escamosas; Epidemiologia.

Como citar este artigo:

BRITO, M. E. P.; ASSIS, K. M. L.; LIMA, I. A. B. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE CASOS REGISTRADOS DE CÂNCER DE BOCA EM PALMAS-TO ENTRE 2013 A 2022. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

ABSTRACT:

Taking into account that mouth cancer has become a problem public health in Brazil due to the increase in prevalence rates, incidence and mortality in recent years, the present study aims to evaluate the epidemiological characteristics of confirmed and treated cases in the municipality of Palmas - TO. The research will use data published on the portal of DATASUS regarding patients who were diagnosed with cancer oral cavity in the municipality of Palmas – TO between the years 2013 and 2022. results of this study demonstrate that the epidemiological profile of the population affected by oral cancer in Palmas - TO follows the same profile pattern found in studies involving the Brazilian population as a whole, this That is, men between 60 and 64 years of age. Other relevant data were: the staging with the highest number of diagnoses of the disease was IV, the region most affected was the language and the treatment modalities most used in municipality were chemotherapy and radiotherapy.

KEYWORDS: *Mouth cancer; Oral health; Squamous cell carcinoma; Epidemiology.*

RESUMEN:

Teniendo en cuenta que el cáncer de boca se ha convertido en un problema salud pública en Brasil debido al aumento de las tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad en los últimos años, el presente estudio tiene como objetivo evaluar las características epidemiológicas de los casos confirmados y tratados en el municipio de Palmas - A. La investigación utilizará datos publicados en el portal. de DATASUS respecto a pacientes que fueron diagnosticados con cáncer cavidad bucal en el municipio de Palmas – TO entre los años 2013 y 2022. Los resultados de este estudio demuestran que el perfil epidemiológico de la población afectados por cáncer bucal en Palmas - TO sigue el mismo patrón de perfil encontrado en estudios que involucran a la población brasileña en su conjunto, este Es decir, hombres entre 60 y 64 años. Otros datos relevantes fueron: el la estadificación con mayor número de diagnósticos de la enfermedad fue la IV, la región más afectado fue el lenguaje y las modalidades de tratamiento más utilizadas en municipio fueron quimioterapia y radioterapia.

Palabras clave: *Cáncer de boca; Salud bucal; Carcinoma de células escamosas; Epidemiología.*

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença cuja etiologia é multifatorial, ou seja, não existe um fato isolado que a gere, mas sim um conjunto de fatores que podem ser internos, como uma predisposição genética, e/ou externos, como má alimentação, consumo de bebidas alcoólicas e uso de cigarros; podendo ainda estar associado à exposição aos raios solares, fatores culturais, socioeconômicos, entre outros (Carvalho, Soares e Figueiredo, 2012, p. 47-71).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), o câncer é uma doença que, anualmente, é responsável por 8,8 milhões de mortes no mundo, sendo que a maioria delas ocorre em países cuja população é em sua maioria de baixa renda.

Apesar dos países mais pobres apresentarem os maiores índices de mortalidade por câncer, países mais desenvolvidos também apresentam um número elevado de diagnósticos e óbitos causados por esta doença. Acredita-se que as altas taxas de mortalidade devem-se principalmente ao diagnóstico tardio; o que tem sido observado também em muitos casos de câncer bucal, dificultando o tratamento e, consequentemente, aumentando o número de óbitos (Santos et al., 2019, p.70-73).

O câncer bucal no Brasil é considerado um problema de saúde pública devido à sua alta taxa de incidência e mortalidade (Paula et al., 2022, p.1-19).

Até 2017, observou-se uma redução nas taxas da doença; no entanto, o biênio 2018-2019 foi marcado por um aumento da incidência e da mortalidade por câncer no Brasil. Diante disso, é de extrema importância a avaliação do perfil epidemiológico dos pacientes acometidos para que investimentos futuros sejam feitos de forma efetiva, resultando na redução do número de casos (Picanço et al., 2020, p. 169-177).

As regiões da boca mais afetadas pelo câncer são lábios, língua e assoalho de boca; porém, gengiva, palato e mucosa jugal também podem ser acometidos. Quanto ao tipo, o carcinoma de células escamosas é o mais frequente (Martins et al, 2015, p. 786-798).

Grande parte dos diagnósticos de câncer bucal ocorre já em estágio avançado da doença, muitas vezes pelo fato da lesão se apresentar de maneira assintomática em seus estágios iniciais, ou pelo fato do profissional não estar atento à lesão ou não saber identificar e diagnosticar em tempo oportuno, levando a um diagnóstico tardio e aumento das taxas de mortalidade (Santos et al., 2009, p. 524-529).

Segundo relatórios do Instituto Nacional de Câncer (INCA), foram diagnosticados 15.190 novos casos de câncer de lábios e na cavidade oral entre os anos de 2020 e 2022 no Brasil, o que evidencia a necessidade dos profissionais da rede de atenção à saúde estarem preparados para realizar o diagnóstico precoce da doença (Brasil, 2020).

As modalidades de tratamento realizadas são: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. As mesmas podem ser associadas, ou não, a depender do tipo de tratamento escolhido para cada paciente (Carvalho, Soares e Figueiredo, 2012, p. 47-71).

De acordo com dados informados no último relatório de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP 2008-2012), no estado do Tocantins, houve 26 casos confirmados de câncer bucal, dos quais 15 eram em pacientes do sexo masculino, e 11 do sexo feminino (Santos et al., 2019, p.70-73).

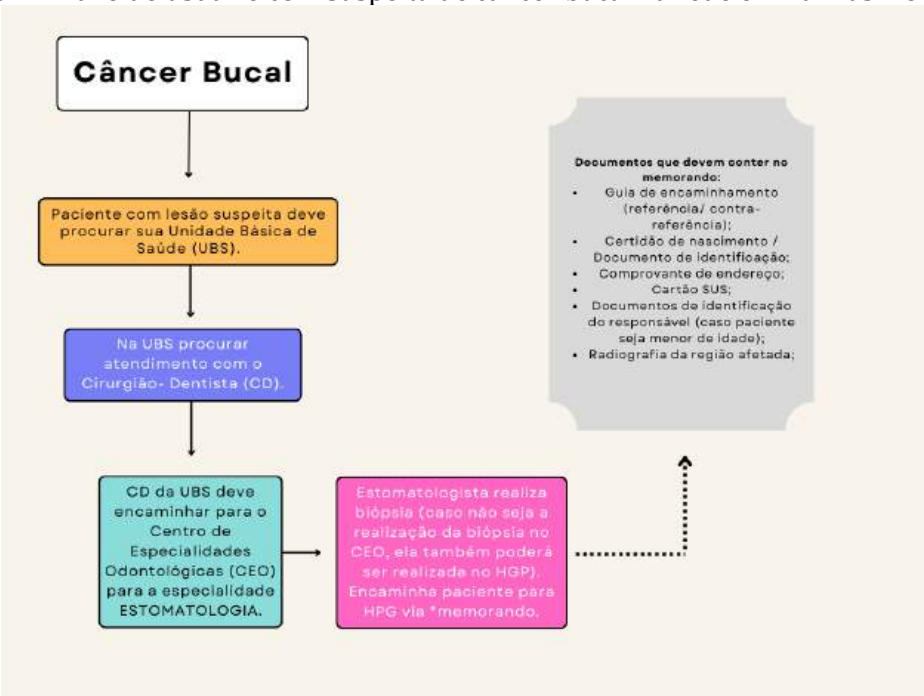
No município de Palmas, capital do estado do Tocantins, os serviços públicos de assistência à saúde responsáveis pelo diagnóstico e tratamento do câncer bucal são o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Hospital Geral de Palmas (HGP) (Souza et al., 2021, p. 26-29).

Em Palmas - TO existe um fluxo que o usuário segue dentro da rede de atenção à saúde: Paciente com lesão suspeita deve procurar sua Unidade Básica de Saúde (UBS) -> na UBS, procurar atendimento com o Cirurgião-Dentista (CD) -> CD da UBS deve encaminhar para a especialidade de ESTOMATOLOGIA no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) -> Estomatologista realiza biópsia (caso a biópsia não seja realizada no CEO, ela também poderá ser realizada no Hospital Geral de Palmas - HGP) -> Especialista do CEO encaminha paciente para HGP com a seguinte documentação: Guia de encaminhamento (referência/ contra-referência); Certidão de nascimento/ Documento de identificação; Comprovante de endereço; Cartão SUS; Documentos de identificação do responsável (caso paciente seja menor de idade); Radiografia da região afetada (Figura 1).

Segundo o Programa Nacional de Controle do Câncer, a Rede de Atenção à Saúde de Palmas – TO conta com as principais modalidades de tratamento para a doença: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, podendo ser essas associadas, ou não (Carvalho, Soares e Figueiredo, 2012, p. 47-71).

Diante do cenário epidemiológico e dos serviços de saúde envolvidos na rede de atenção ao câncer bucal em Palmas - TO, esse trabalho tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos casos de câncer bucal registrados no município de Palmas-TO, de acordo com dados do DATASUS, departamento de informática do Sistema Único de Saúde, com o intuito de auxiliar a realização de políticas públicas assertivas e direcionadas ao público mais acometido pela condição.

Figura 1- Fluxo do usuário com suspeita de câncer bucal na rede em Palmas-TO.



Fonte: Elaborado pela autora, de acordo com o fluxo utilizado no município (2023).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo, desenvolvido a partir dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde do Brasil. Os resultados foram coletadas no banco de dados do Instituto Nacional do Câncer, disponíveis gratuitamente no site do DATASUS, utilizando-se o seguinte caminho digital: acesso ao datasus.saude.gov.br – tabnet (informações de saúde) – epidemiológicas e morbidade – tempo até o início do tratamento oncológico – PAINEL – oncologia; com filtros de região-residência, município de residência, períodos 2013 a 2022, idade, sexo, diagnóstico detalhado (CID-10: C00 a C06), estadiamento e modalidade terapêutica.

Todas as informações foram processadas e analisadas de forma descritiva, apresentando os resultados através de quadros utilizando o Microsoft Office Excel - Professional Plus 2016.

A presente pesquisa utilizou dados secundários de domínio público e, portanto, não foi exigida aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos segundo legislação específica – Resoluções n° 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho se fundamenta na importância de se realizar um estudo onde foi mapeado o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com câncer bucal no município de Palmas- TO entre os anos de 2013 a 2022.

Levando em consideração as variáveis escolhidas para o estudo, foram notificados entre os anos 2013 a 2022, 34 casos de câncer bucal no município, tendo como diagnóstico detalhado os CID 's C00 a C06 (Quadro 1).

Quadro 1- Casos de CA bucal pelo diagnóstico detalhado por ano de diagnóstico, de 2013 a 2022, em residentes em Palmas- TO.

Diagnóstico Detalhado	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
C00 - Neoplasia maligna do lábio	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
C01 - Neoplasia maligna da base da língua	2	0	0	1	0	2	2	1	0	2	10
C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua	1	1	0	0	2	0	1	2	2	2	11
C03 - Neoplasia maligna da gengiva	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

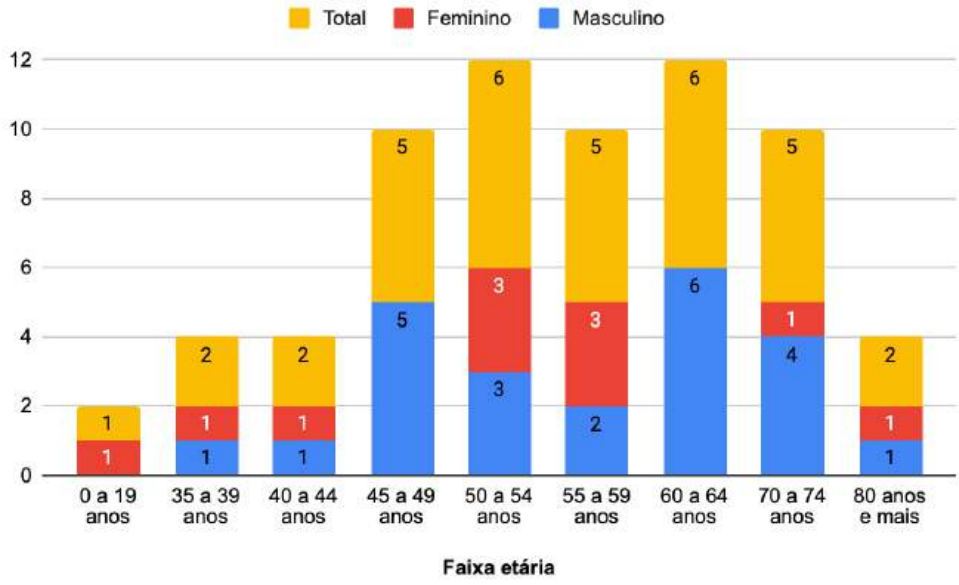
C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca	0	1	0	1	1	2	0	0	1	1	7
C05 - Neoplasia maligna do palato	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
C06 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Total	3	2	0	3	4	4	5	4	3	6	34

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado pelo DataSUS (2023).

Através dos resultados apresentados no Quadro 1, é possível observar que o sítio anatômico mais afetado foi a região da língua, corroborando os estudos de Martins e colaboradores (2015, p.786-798), onde foi relatado que as regiões com maior incidência de câncer de boca eram as regiões dos lábios, língua e assoalho bucal.

Em relação às variáveis sexo e faixa etária, notou-se que houve um maior número de casos diagnosticados no sexo masculino, entre as faixas etárias de 60 a 64 anos. Já no sexo feminino a faixa etária mais acometida foi entre 50 e 59 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Casos de CA bucal de acordo com sexo e faixa etária, de 2013 a 2022, em residentes em Palmas-TO.



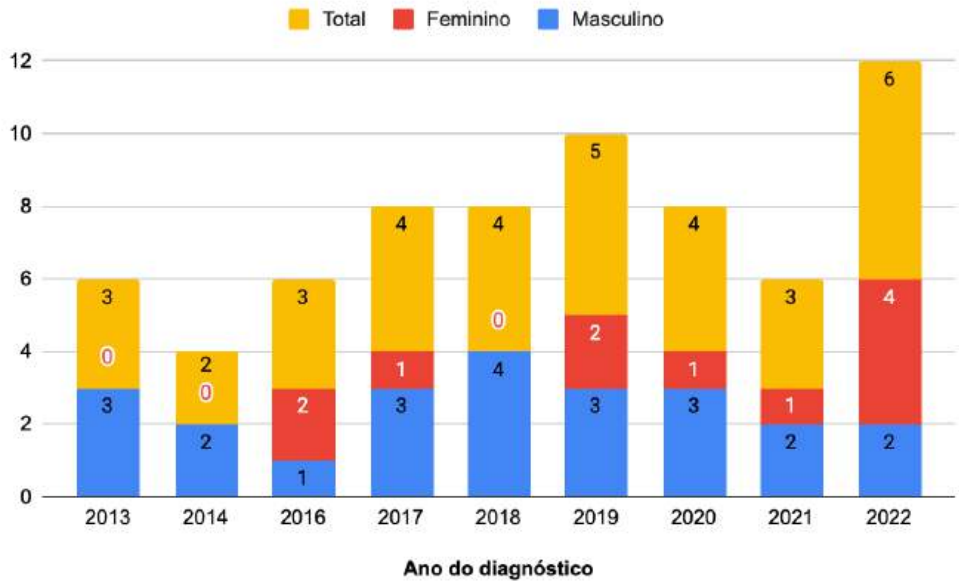
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado pelo DataSUS (2023).

Através dos resultados obtidos, e descritos no gráfico 1, é possível confirmar o que Carvalho, Soares e Figueiredo (2012, p. 47-71) trouxeram em seus estudos, onde relatam que a maior parte da população acometida pelo câncer bucal é do sexo masculino, e com faixa etária acima de 45-50 anos.

Ao analisar a idade de forma individual, e não por faixa etária, é possível destacar as idades de 48, 60, 72 e 73 como as de maior incidência de câncer de boca para o sexo masculino, e a idade de 52 anos para o sexo feminino.

Quanto ao comparativo de quantidade de casos diagnosticados em cada ano e de acordo com a variável sexo, obteve-se como resultado o ano de 2022 como o período em que mais foram diagnósticos casos de câncer bucal em Palmas – TO, totalizando 6 casos: 2 em homens e 4 em mulheres. Por outro lado, o ano com maior número de diagnósticos de câncer bucal em pacientes do sexo masculino foi em 2018, totalizando 4 casos (Gráfico 2).

Gráfico 2- Casos de CA bucal de acordo com sexo e ano de diagnóstico de 2013 a 2022, em residentes em Palmas-TO.



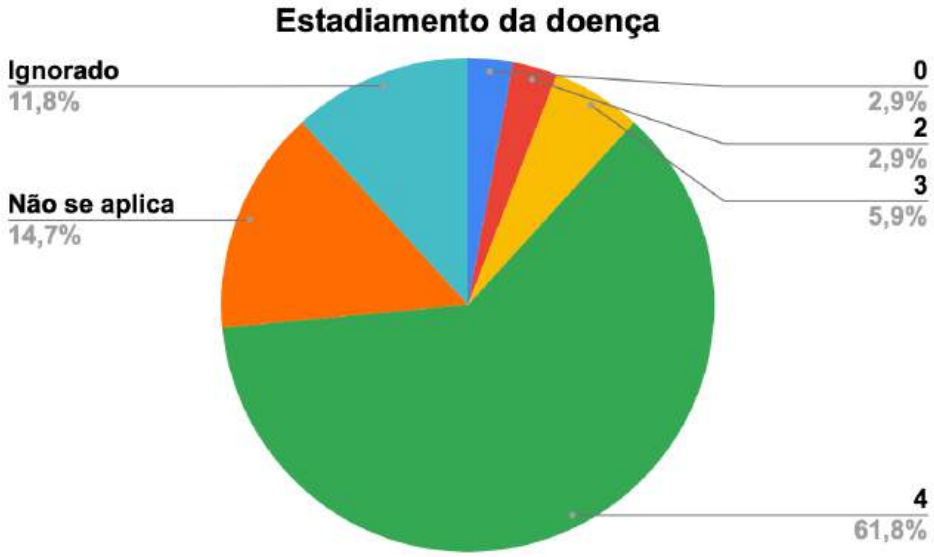
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado pelo DataSUS (2023).

Ainda de acordo com o Quadro 4, podemos observar que a partir dos anos de 2018 e 2019 estava ocorrendo um aumento no número de casos diagnosticados com câncer bucal, e em 2020 e 2021, anos em que ocorreu a pandemia da COVID- 19 ocorreu uma diminuição do diagnóstico, corroborando com os estudos de XX, onde se confirma que no ano de 2020 houve uma queda no rastreamento, investigação e tratamento dos cânceres no Brasil, devido ao lockdown, além do fato de que a pandemia gerou uma sobrecarga no sistema de saúde durante este período. Já em 2022 tivemos o maior número de casos diagnosticados desde 2013.

Em relação ao grau de estadiamento da doença, a maioria das pessoas foram diagnosticadas já em estágio IV da doença (Gráfico 3).

Esse resultado corrobora com outros encontrados na literatura nos quais atribui-se os altos índices de mortalidade ao diagnóstico tardio.

Gráfico 3- Casos de CA bucal de acordo com sexo e estadiamento, entre 2013 a 2022, em residentes em Palmas-TO.

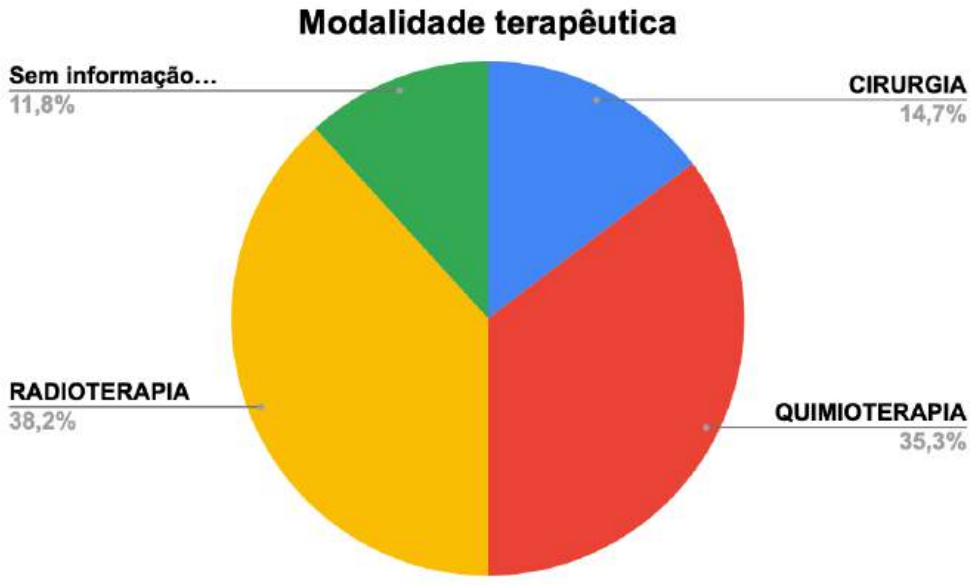


Fonte: Elaborado pela autora, adaptado pelo DataSUS (2023).

Por fim, as modalidades de tratamentos disponíveis no município de Palmas são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo as que foram mais realizadas foram, quimioterapia, no sexo masculino, e radioterapia, no sexo feminino (Gráfico 4).

De acordo com estudo realizado por Carvalho, Soares e Figueiredo, (2012, p. 47-71) às modalidades de tratamentos mais realizadas no Brasil são cirurgia e radioterapia, diferente em partes dos dados achados, as modalidades mais realizadas no município de Palmas, são radioterapia e quimioterapia foram mais frequente do que a cirurgia.

Gráfico 4- Casos de CA bucal de acordo com sexo e modalidade terapêutica, de 2013 a 2022, em residentes em Palmas-TO.



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado pelo DataSUS (2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados extraídos do DATASUS, analisados e apresentados aqui neste artigo, podemos concluir que o câncer bucal, na cidade de Palmas-TO, acometeu preferencialmente o gênero masculino na faixa etária entre 60 e 64 anos. Outras conclusões importantes acerca do perfil dos casos de câncer bucal de Palmas – TO são: o estadiamento da maior parte dos diagnósticos da doença foi o IV, a região mais afetada foi a língua e as modalidades de tratamento mais utilizadas no município foram quimioterapia e radioterapia. Essas informações são de extrema relevância para o planejamento estratégico de ações efetivas de promoção de saúde, prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.

O presente estudo traz como impacto a necessidade de ações voltadas para a conscientização da população, como a importância da realização de um autoexame em casa, para que o mesmo busque ajuda o quanto antes, caso identifique alguma lesão que não seja comum. Assim como para os profissionais da área da saúde sobre a importância de se ter um diagnóstico precoce da doença, para que se tenha um tratamento mais efetivo. Também é necessário que a própria gestão se atente aos dados dessa população, e traga conhecimentos a mais aos profissionais que atendem de fato a população, oferecendo capacitações para que os mesmos se sintam mais seguros na hora de realizar o diagnóstico.

Outra reflexão levantada através do estudo, é a necessidade de se ter uma saúde de fato multiprofissional, onde todas as áreas estejam conectadas para que o paciente possa ser visto de fato como um todo, e com isso desfrutar de um tratamento adequado e eficaz.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por poder concluir mais uma etapa da minha vida, a minha orientadora por ter me ajudado até aqui, com toda paciência do mundo, aos meus colegas de residência que fizeram o processo que não é fácil se tornar menos sofrido durante esses 2 anos, e em especial a minha família por me apoiar nessa trajetória.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/relatorio_cancer_de_boca_2020_0.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

CARVALHO, Sérgio Henrique Gonçalves de; SOARES, Maria Sueli Marques; FIGUEIREDO, Robéria Lucia de Queiroz. Levantamento Epidemiológico dos Casos de Câncer de Boca em um Hospital de Referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 47-51, 1 jan. 2012. APESB (Associacao de Apoio a Pesquisa em Saude Bucal). http://dx.doi.org/10.4034/pboci.2012.121.07.

CASTRO, José Gerley Díaz; CARVALHO, Isis Viana Camelo de. PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL: práticas dos cirurgiões-dentistas da estratégia da saúde da família do município de palmas-tocantins. **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 20-29, 30 set. 2018. Universidade Federal do Tocantins.

MARTINS, J. D. et al. Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: uma revisão sistemática de literatura. **Revista de salud publica (Bogota, Colombia)**, v. 16, n. 5, p. 786–798, 2015.

PAULA, Mariana Ribeiro de; VIEIRA, Leonardo Ieracitano; LIRA, Marcelo Pereira de; FREIRE, Geison Moreira; MORAES, Maiara de. Perfil epidemiológico do carcinoma de células escamosas de cavidade oral e orofaringe diagnosticados na Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer. **Revista Ciência Plural**, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 1-19, jan. 2022.

PICANÇO, Mayrla Santana; PÁDUA, Lucyelle Gleyce Ferreira; PENA, Francineide Pereira da Silva; MELLO, Maria Virginia Filgueiras de Assis; TAVARES, Walter de Souza. Doença Oncológica: perfil epidemiológico em unidade de referência na amazônia. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 169-177, 21 dez. 2020. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n3.3254.

RIBEIRO, C. M.; CORREA, F. DE M.; MIGOWSKI, A.. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021405, 2022.

SANTOS, Luiz Carlos Oliveira dos; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira; BATISTA, Olívio de Medeiros; SANTOS, Jadileide Pereira dos. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [S.I.], v. 4, n. 75, p. 524-529, ago. 2009.

SANTOS, Rafael Augusto dos; ZAMBALDI, Eduardo; ARAðJO, Ronyere Olegário de; ROSA, Cristiano Abdalla; ROSA, Ana Cláudia Garcia. FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA REDE DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM C NCER DE BOCA EM PALMAS, TOCANTINS, BRASIL. **Revista de Patologia do Tocantins**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 70-73, 9 jun. 2019. Universidade Federal do Tocantins. http://dx.doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2019v6n2p70.

SOUZA, Paula Duran Marquez de; VAZ FILHO, Hugo Henrique Pereira; ARAðJO, Ronyere Olegário de; CRUZ, Eduardo Zambaldi da; ROSA, Cristiano Abdalla; ROSA, Ana Cláudia Garcia. Carcinoma epidermoide intraoral em Palmas, Tocantins: uma análise de incidência. **Revista de Patologia do Tocantins**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 26-29, 24 jul. 2021. Universidade Federal do Tocantins. http://dx.doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2021v8n2p26.

TEIXEIRA, A. B. de M. .; C MARA, A. G. .; TEIXEIRA, R. S. de O. .; ASSUNÇÃO, J. R. G. de .; SANTOS, S. C. D. dos .; ARAÚJO, C. C. da C. .; GUIMARÃES, A. C. Q. .; FONSECA, M. C. .; NICOLETTI, G. P. .; MACÊDO JÚNIOR, A. M. de . Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes

brasileiros com câncer: um estudo no Brasil, no ano de 2020, por meio do DATASUS. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 16, p. e538111637227, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.37227. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37227. Acesso em: 27 out. 2023.

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Percepção dos fiscais da vigilância sanitária do município de Palmas - TO sobre a NBCAL.

Perception of health surveillance inspectors in the city of Palmas - TO on NBCAL.

Priscilla Coelho Pereira Mendes[1], Silvana Marques Filgueiras Teixeira[2].

[1] Nutricionista, Residente em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Luterano de Palmas e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - COREMU /CEULP /FESP.

E-mail:

priscilla.coelho@gmail.com

[2] Nutricionista, Mestre em Ciências da Saúde. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP.

E-mail:
silvanateixeira21@gmail.com

ORCID:

RESUMO

O estudo teve como objetivo, descrever a percepção dos fiscais da Vigilância Sanitária – VISA, Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e seus dispositivos legais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O procedimento de coleta de dados deu-se através de questionário Google Formulários, e para análise de dados foi usada a metodologia descrita por Bardin de análise de conteúdo. Quanto às atividades de monitoramento realizados durante o ano de 2022, os dados referentes a essas ações foram analisados a partir do Boletim de Procedimentos Ambulatoriais (BPA/SIASUS). Identificou-se que, grande parte dos fiscais tem tempo de atuação superior a 10 anos, que possuem conhecimento teórico satisfatório quanto ao conteúdo das legislações, contudo viu-se importante ausência de respostas referente ao período em que se participou das ações de Educação Permanente (EP), representando 55,6% dos participantes, seguindo de 22,2% de participantes que não lembram o período da participação. Os dados nos fazem refletir sobre a EP, o que pode gerar insegurança nos fiscais para realização de fiscalizações do cumprimento das legislações da NBCAL.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Lactentes, Vigilância Sanitária, Normas

ABSTRACT

The objective of the study was to describe the perception of Health Surveillance inspectors - VISA, the Brazilian Standard for the Marketing of Food for Infants and Toddlers, Nipples, Pacifiers and Bottles (NBCAL) and its legal provisions. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The data collection procedure took place through a Google Forms questionnaire, and for data analysis the methodology described by Bardin for content analysis was used. As for the monitoring activities carried out during the year 2022, the data referring to these actions were analyzed from the Outpatient Procedures Bulletin (BPA/SIASUS). It was identified that most of the inspectors have been working for more than 10 years, that they have satisfactory theoretical knowledge regarding the content of legislation, however, there was a significant absence of responses regarding the period in which they participated in PE actions, representing 55.6% of participants, followed by 22.2% of participants who do not remember the period of participation. The data makes us reflect on continuing education, this can generate insecurity for inspectors to carry out inspections of compliance with NBCAL legislation.

Keywords: Breastfeeding, Infants, Health Surveillance.

1. INTRODUÇÃO

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), é um conjunto de normas que regula a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos bem como para crianças de até 3 anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras (IBFAN,2007a). Sua publicação ajuda as ações de proteção e promoção do aleitamento materno, tem por finalidade garantir o uso adequado desses produtos, quando o fizer.

O objetivo é melhorar os índices de aleitamento materno e a qualidade de vida das crianças, reduzindo a desnutrição e a mortalidade infantil no Brasil, priorizando ações de promoção, proteção e apoio à amamentação (IBFAN, 2007b). Atualmente a NBCAL é composta pelos seguintes atos normativos:

1. Portaria MSº 2.051, de 8/11/2001 que estabeleceu os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras;
2. Resolução RDC nº 221, de 05/08/2002, que trouxe o Regulamento Técnico sobre Chupetas, Bicos, Mamadeiras e Protetores de Mamilo;
3. Resolução RDC nº 222, de 05/08/2002, que abrange o Regulamento Técnico para Promoção Comercial dos Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância;
4. Lei nº 11.265, de 03/01/2006, que regulamentou a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de 1ª infância e também a de produtos de puericultura correlatos; e
5. Decreto nº 9.579, de 22/11/2018, que consolidou atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança, do adolescente e do aprendiz. Além de atos sobre o Conselho Nacional da Criança e do Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente e dá outras providências.

A Portaria 2.051/2001 define promoção comercial como “o conjunto de atividades informativas de persuasão, procedente de empresas responsáveis pela produção e ou manipulação, distribuição e comercialização com o objetivo de induzir a aquisição/venda de um determinado produto.

A Rede IBFAN, relata que com a experiência obtida, as ações de monitoramento são decisivas para a mudança nas práticas comerciais dos fabricantes dos produtos regulados.

Já que, os resultados de monitoramentos revelam que persistem as violações o que reafirma a necessidade de maior atenção para denunciar práticas abusivas, além de divulgar e exigir que os dispositivos da NBCAL sejam cumpridos na sua integralidade (IBFAN, 2007b).

Considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 define a vigilância sanitária (VISA) como um "conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde" (CAPÍTULO I, Art. 6º, XI, § 1º) e que, a VISA é composta por uma gama de 42 profissionais de saúde, distribuídos em 3 Coordenações: Coordenação de Produtos e Serviços de Saúde, Coordenação de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde, a Coordenação de Produtos e Serviços de Alimentos e o Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária (NEVS).

Esses profissionais realizam diversas ações fiscalizatórias e de educação com o objetivo de intervir nos problemas sanitários na circulação de bens e serviços que de alguma maneira possam oferecer risco à saúde da população, faz-se necessário o conhecimento, aprimoramento e conscientização destes profissionais de saúde e das instituições de saúde sobre o monitoramento e proteção da NBCAL, como também, dos seus deveres de proteger e promover o aleitamento materno.

Com isso, a pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos fiscais da Vigilância Sanitária a respeito da NBCAL, para assim subsidiar a tomada de decisões da gestão local, revelar a necessidade de trabalhar o conteúdo em capacitação promovendo melhor e mais intensa atuação regulatória junto aos estabelecimentos de Palmas, podendo também levar informações importantes para toda a população. Dessa forma, o município poderá estar exercendo seu papel na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas e planos nacionais que visam proteger, promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo, considerando a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS (BRASIL, 2014).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Refere-se a um estudo do tipo qualitativo, exploratório e descritivo, do qual a investigação se estabeleceu na apuração do conhecimento sobre a NBCAL dos fiscais de inspeção sanitária que atuam na Vigilância Sanitária de Palmas – TO.

Para indicar o tamanho da amostra com população finita, foi utilizado a seguinte fórmula de cálculo apresentada por Stevenson (1981): n = $\frac{N.Z^2.p.(1-p)}{Z^2.p.(1-p)+e^2.(N-1)}$, do qual: n – amostra calculada; N – população; Z – variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p – verdadeira probabilidade do evento; e – erro amostral. Para o estudo, utilizamos como amostra mínima válida n= 38, após arredondado o valor.

Foram incluídos na pesquisa discais que aceitaram participar da pesquisa por meio do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) descrito no questionário. Foram excluídos os fiscais que estavam indisponíveis por férias, licença médica ou que não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2022 a janeiro de 2023. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário eletrônico desenvolvido na plataforma Formulários Google, cujo conteúdo do questionário elaborado pela pesquisadora, adaptado da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil) do Manual do Curso de Capacitação em Monitoramento (2007) e a o conjunto das legislações que compõem a NBCAL.

Os dados foram analisados de acordo com a metodologia descrita por Bardin (2011), que consiste da análise da seguinte maneira: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados. A análise de conteúdo foi executada mediante a leitura de cada resposta, sendo estabelecida a categorização por eixos para a construção das unidades de significação (BARDIN, 2011). Os dados foram compilados e armazenados em uma planilha da plataforma Planilhas Google, e então foram elaborados quadros, gráficos e tabela para demonstração de resultados.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), e aprovado conforme CAAE: 61290522.2.3001.5516 e Parecer de Número: 5.791.607.

Em relação às atividades de monitoramento realizados durante o ano de 2022, os dados referentes a essas ações foram analisados a partir do Boletim de Procedimentos Ambulatoriais (BPA/SIASUS), que são consolidados mensais nos quais constam as diversas atividades realizadas pelos fiscais de vigilância sanitária em suas respectivas coordenações técnicas. Foram categorizadas no BPA as ações realizadas em

supermercados, drogarias e lojas de departamento das quais foram gerados termos fiscais concernentes à regulamentação dos produtos de abrangência da NBCAL.

3. RESULTADOS

A pesquisa teve a participação de 18 fiscais, compreendida por agentes de fiscalização e inspetores sanitários, que representaram 47% do total da população escolhida para a pesquisa. O total de fiscais atuando na VISA no período estudado foi 42, contudo a determinação da amostra deu-se pelo critério de saturação das informações ou respostas repetitivas.

Caracterização dos Participantes da Pesquisa: Perfil Sociodemográfico

Os participantes da pesquisa, apresentaram o seguinte perfil quanto à função, sexo, coordenação que atua e tempo de atuação.

Tabela 1. Perfil dos participantes quanto função, sexo, coordenação e tempo de atuação.

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Função		
Inspetor Sanitário	11	61,11%
Agente de Fiscalização	7	38,88%
Sexo		
Feminino	11	61,11%
Masculino	7	38,88%
Coordenação		
Interesse à Saúde	7	38,88%
Serviços de Saúde	3	16,66%
Alimentos	6	33,33%
Coordenação Geral	1	5,55%
Núcleo de Educação	1	5,55%
Tempo de Atuação em anos		
20 – 28	9	50%
10 – 19	9	50%

Fonte: Elaborada pelas autoras (2023)

Na tabela 1, vemos que, quanto à função exercida, 61,11% dos participantes são Inspetores Sanitários\Analistas em Saúde e 38,88% são Agentes de Fiscalização de Vigilância Sanitária. Houve predomínio de participantes do sexo feminino sobre o masculino (61,11%).

Ainda de acordo com tabela 1, 38,88% dos fiscais são lotados na Coordenação de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde e predominou sobre os demais, seguido da Coordenação de Produtos e Serviços de Alimentos que representou 33,33%. Considerando

que os produtos pertinentes à NBCAL são encontrados em estabelecimentos distribuídos nos três setores de produtos e serviços de Visa.

Constata-se que todos os participantes possuem tempo de atuação acima de 10 anos.

Tabela 2. Conhecimentos a respeito das legislações e aplicação na prática profissional

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Conhecimento das legislações		
Conhecem	18	100%
Não conhecem	0	0
Observam promoções comerciais durante as fiscalizações		
Sim	14	77,77%
Não	4	22,22%
Participação em ações de educação permanente		
Sim	14	77,77%
Não	4	22,22%
Período que participou de educação permanente		
2007	2	11,1%
2010	1	5,6%
2019	1	5,6%
Não lembra datas	4	11,1%
Não responderam	10	55,6%

Fonte: Elaborada pelas autoras (2023)

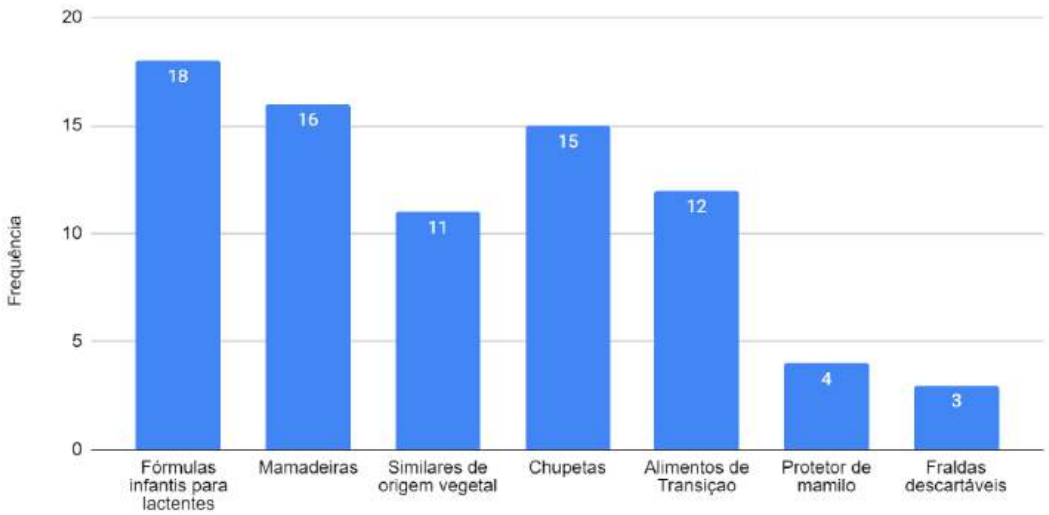


Figura 1. Opiniões sobre os produtos abrangidos pelas legislações.

Observando a respeito do conhecimento da Lei 11.265/06 (NBCAL), a RDC 221/02 e RDC 222/02 da ANVISA e Decreto 9.579/18, todos os que participaram afirmaram conhecê-las como podemos ver na Tabela 2. Já a figura 2 demonstra os produtos que os participantes afirmaram serem abrangidos pela NBCAL, onde viu-se que as fórmulas infantis para lactentes, as mamadeiras e as chupetas foram os produtos assinalados com maior frequência pelos participantes, sendo que o protetor de mamilo foi o produto com menor frequência sendo assinalado por apenas 4 participantes.

Ao analisar a prática do monitoramento pelos fiscais, viu-se que 77,77% dos participantes afirmaram que têm o hábito de observar em suas inspeções em supermercados, farmácias ou lojas, a promoção comercial de fórmulas infantis para lactentes, fórmulas infantis de seguimento para lactentes, fórmulas de nutrientes apresentadas e ou indicadas para recém-nascidos de alto risco, mamadeiras, bicos, chupetas e/ou protetores de mamilos conforme vemos na tabela 2.

Sobre a participação em ações de educação permanente (EP) sobre a NBCAL, a maioria dos participantes (77,77%) afirmaram já ter participado de tais ações. Porém, viu-se uma importante ausência de respostas referente ao período em que se participou das ações de EP, representando 55,6% dos participantes, seguindo de 22,2% de participantes que não lembram o período da participação, 11,1% em 2019, 5,6 % no ano de 2010 e por fim, 5,6% em 2007.

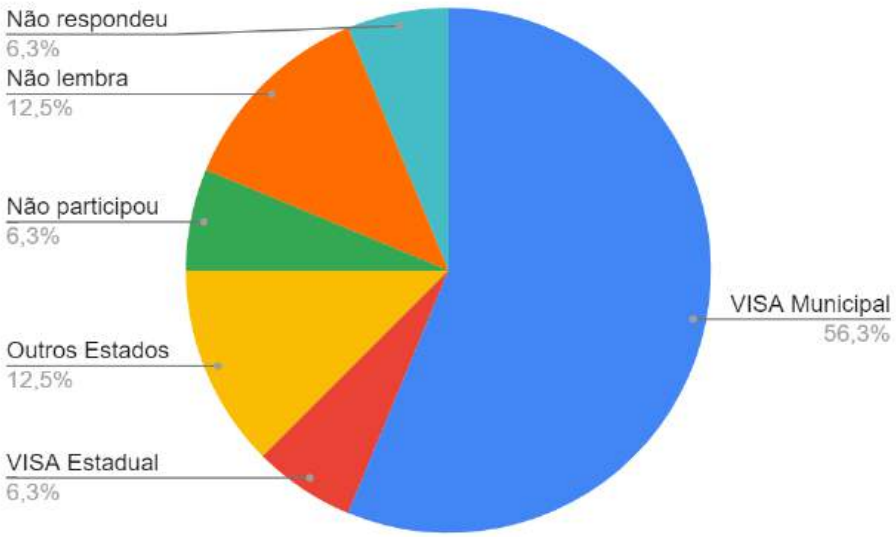


Figura 2. Locais onde participou das capacitações.

Passando então para a análise participação em ações de EP sobre a NBCAL de acordo com a figura 2, verifica-se que, dos 18 participantes, a maior parte deles participaram de capacitações no próprio ambiente de trabalho (56,3%), ou seja, na VISA

Municipal. Contudo, o total de 25,1% de participantes, afirmaram não lembrar, não realizaram ou não responderam à questão.

Apresentação dos Dados Qualitativos: Percepção dos Fiscais

Depois de analisar as respostas dos participantes do estudo, surgiram então 2 eixos temáticas: Apropriação do conteúdo das leis pelos fiscais e práticas realizadas pelos serviços regulados pela VISA.

Eixo 1: Apropriação do conteúdo das leis pelos fiscais

Este eixo contém as opiniões dos fiscais quanto aos locais onde, as propagandas e o comércio dos produtos abrangidos pela NBCAL podem ser monitorados.

A partir do tema, houveram 3 locais que apareceram de forma predominante, onde drogarias/farmácias foram citadas por 12 participantes, seguido de 11 citações de supermercados, 5 citações de comércio de produtos infantis.

No quadro a seguir, estão apresentados os relatos dos participantes quanto aos ambientes que podem ocorrer o monitoramento da exposição comercial dos produtos inseridos na NBCAL.

Quadro 1. Opinião sobre os locais que pode ocorrer o monitoramento da NBCAL

Na sua opinião, em que ambientes podem ser monitoradas propagandas e o comércio desses produtos?
Relatos
"Supermercados, drogarias e/ou farmácias, lojas de produtos infantis, redes sociais…" (F2)
"Drogarias, conveniências, supermercados, lojas exclusivas para bebês. " (F4)
"*Farmácia, supermercado, conveniências entre outros. "* (F5)
"Supermercado, Farmácias, Comércio em Geral, Internet e Folders..." (F7)

Eixo 2: Práticas realizadas pelos serviços regulados pela VISA

Dentro deste eixo temático, engloba-se as opiniões sobre as práticas relacionadas as propagandas e exposição comercial dos produtos regulados.

Baseado nesse eixo, dos 18 participantes, apenas 4 não quiseram responder sobre como a importância do aleitamento materno, poderia ser propagada aos consumidores nos ambientes que comercializam esses produtos. Apesar disso, dentre o quantitativo total, 14 participantes afirmaram acreditar que o uso de recurso midiáticos podem ser utilizados sendo que, 5 participantes explanaram sobre as frases de advertência como cumprimento de recursos da legislação.

Vale ressaltar que, apenas 3 participantes demonstram opiniões antagônicas às legislações vigentes em relação a exposição em grandes volumes e desenhos geométricos de produtos para lactentes nos corredores dos supermercados e farmácias.

Em sequência, demonstra-se os relatos dos participantes de acordo com o eixo de práticas realizadas pelos serviços regulados pela VISA.

Quadro 2: Relatos a respeito das práticas realizadas pelo serviço regulado

Na sua opinião, como você acha que os estabelecimentos que comercializam esses produtos, poderiam informar aos consumidores sobre a importância do aleitamento materno?
Relatos
"Através de informações, orientações nas redes sociais, audiovisuais nos estabelecimentos. " (F2)
"Através de folhetos, orientação por parte dos colaboradores treinados e mídia em geral. " (F3)
"*Devem informar através de informativos ou frases de advertência informando que o aleitamento materno é importante para o bebê. "* (F7)
"Sabemos que a substituição do leite humano representa fonte de lucros para produtores e distribuidores desses produtos, com uso de marketing abusivo, sendo necessário ser controlado. Os estabelecimentos devem informar, que o uso de fórmulas jamais substitui o aleitamento materno. " (F9)
"*Através de recursos visuais, auditivos "in loco" e de propaganda no ambiente virtual. "* (F10)
"Afixando cartazes do Mistério da Saúde. " (F16)

Quadro 3. Relatos sobre opinião dos participantes quanto á exposição comercial dos produtos.

Qual sua opinião, sobre exposição em grandes volumes e desenhos geométricos de produtos para lactentes nos corredores dos supermercados e farmácias?
Relatos
"Depende o produto, fórmulas especiais não é permitido, outros produtos devem possuir as frases de advertência contidas na lei. " (F1)
"Torna-se um estímulo/ apelo de compra por impulso. " (F4)
"*Acho negativo e a própria indústria deveria passar aos lojistas a forma correta de apresentação do produto. Não tem repositor para tudo em supermercados? Então! A indústria, juntamente com a distribuidora também deveria ser responsabilizado. "* (F7)
"Marketing abusivo. " (F9)
"Acredito *que não tem tanta relevância, pois as mães quando resolvem cessar o aleitamento materno já estão decididas, não será o grafismo de uma propaganda que irá influenciá-la. "* (F14)
"Induzem o consumidor a erro e ao consumismo, por serem atrativos (possuem apelo visual). Não vejo aspecto positivo algum, somente maléfico. " (F16)
"Devem ser regulados, conforme o produto e a norma. " (F18)

Tabela 3. Relação de estabelecimentos monitorados e quantidade de não conformidades com a Lei n° 11.265/2006, em relação à promoção comercial dos itens analisados no município de Palmas.

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Estabelecimentos		
Farmácias/Drogarias	8	38,09%
Supermercados	7	33,33%
Lojas de departamentos	1	4,76%
Lojas de produtos infantis	5	23,80%
Não conformidades		
Proibição da promoção comercial da fórmula de nutrientes apresentada e/ou indicada para recém-nascido de alto risco, mamadeiras, bicos, chupetas ou protetores de mamilo	6	27,27%
Restrição da promoção comercial de fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância e leites fluídos, leites em pó, leites em pó modificados e os similares de origem vegetal	15	68,18%
Restrição da promoção comercial de alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes e/ou crianças de primeira infância, bem como de outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados de outra forma	1	4,54%

Fonte: Boletim de Procedimentos Ambulatoriais (2022)

No ano de 2022, entre os dias 09 e 12 de agosto, ocorreu no município de Palmas – TO, o monitoramento do cumprimento do conjunto de legislações que formam a NBCAL em 21 estabelecimentos. No número total de estabelecimentos analisados, 12 havia inconformidades em relação a algum item da promoção comercial de alimentos para lactente e crianças de primeira infância e produtos de puericultura, representando a proporção de 57,14%.

O que se observa na Tabela 3 é que a maioria dos estabelecimentos não aplicava a NBCAL em relação a promoção comercial de fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância e leites fluídos, leites em pó, leites em pó modificados e os similares de origem vegetal (68,18% ou n=15). Sobre a proibição da promoção comercial de fórmulas para recém-nascido de alto risco, bicos, chupetas e mamadeiras, foram encontradas estratégias de promoção comercial desses produtos em 6 estabelecimentos, o que corresponde a 27,27%. Vale frisar que todos os estabelecimentos visitados receberam folder informativo sobre o papel das instituições e profissionais de saúde na proteção do aleitamento materno e NBCAL.

4. DISCUSSÃO

Sobre a caracterização dos fiscais da VISA do município de Palmas no período do estudo, destacou-se que dos 18 participantes são do gênero feminino e têm tempo de atuação como fiscais, entre 10 e 28 anos. Estes dados são consoantes com estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte (RN) sobre o perfil profissional dos profissionais da VISA/RN como um ponto positivo, bons níveis de experiência em serviço, o que pode favorecer a uma boa atuação profissional (LEITE E OLIVEIRA, 2008, p. 26).

Viu-se que o maior número de participantes do estudo, estão lotados na coordenação de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde, contudo tiveram participações de outras coordenações já que, o conteúdo da legislação perpassa por todas os setores da VISA.

Verificou-se também que, que todos os participantes conhecem o conjunto de regulamentações que compõem a NBCAL, sendo que as respostas quanto aos produtos que são de abrangência destas legislações, o que pode demonstrar certo domínio do tema. Mesmo assim, notou-se uma possível fragilidade quanto ao conhecimento dos protetores de mamilo e dos leites de origem vegetal como produtos regulados. É possível, que tais fragilidades sobre os similares de origem vegetal no âmbito dos leites fluidos, leites em pó, leites modificados, leites de diversas espécies de animais e de origem vegetal, aos protetores de mamilo, por se tratar de um acessório utilizado na amamentação também pode gerar dúvidas quanto à sua regulação.

Mesmo tendo revelado que todos os participantes conhecem o conjunto de legislação, e grande parte parecem estar apropriados quanto aos produtos regulados, 22,22% participantes demonstraram não ter o hábito de observar a promoção comercial de fórmulas infantis para lactentes, fórmulas infantis de seguimento para lactentes, fórmulas de nutrientes apresentadas e ou indicadas para recém-nascidos de alto risco, mamadeiras, bicos, chupetas e/ou protetores de mamilos durante suas inspeções em supermercados, farmácias ou lojas.

Tais atitudes podem influenciar negativamente na prática de monitoramento contínuo do cumprimento das legislações e auxiliar na mudança nas práticas comerciais dos fabricantes de alimentos infantis, bicos, chupetas e mamadeiras (IBFAN,2007b). Desse modo, a dificuldade em executar o monitoramento da NBCAL, pode demonstrar que seja necessário a promoção de ações de EP a respeito de análise promoções comerciais para os fiscais que atuam nos estabelecimentos comerciais.

Reforça-se o fato quando ao analisar que houve importante proporção de fiscais que afirmaram ter participado de capacitações sobre a NBCAL, porém um número expressivo

de participantes que não se lembravam do local e/ou do período em que participaram dessas ações, ou ainda aqueles que se abstiveram de responder essas informações ou que afirmaram não terem participado de nenhuma capacitação.

A qualificação profissional por meio de EP em saúde é um desafio constante e que tem se mostrado fragilizado em diversas áreas da saúde, e se mostra como uma necessidade maior de intervenção, (PERES; SILVA; DELLA BARBA, 2016). Sendo assim, ao identificar também que 56,3% dos participantes relataram que participaram de capacitações sobre NBCAL no próprio local de trabalho (VISA Municipal), o que pode ser benéfico para o serviço que se mostra interessado em capacitar seus profissionais.

Vale frisar que formar profissionais para execução de monitoramento contínuo do cumprimento integral às legislações, não são com o intuito apenas de punir os estabelecimentos comerciais, mas também de criar consciência para cidadãos e profissionais em prol da amamentação e da saúde infantil, principalmente os profissionais da VISA através de interversões educativas (IBFAN, 2007). Pois, de acordo com achados de Peres, Silva e Della Barba (2016) as intervenções educativas foram capazes de melhorar de forma significativa o cumprimento da NBCAL nas farmácias que, a orientação a respeito da *Lei nº 11.265/2006* pareceu aumentar a sensibilização dos farmacêuticos sobre o seu papel na proteção do aleitamento materno e instrumentalizá-los no cumprimento da NBCAL.

Nessa perspectiva, podemos ver que os profissionais parecem estar apropriados do conteúdo das legislações, quando ao responderem sobre os ambientes onde podem ser monitoradas as propagandas e o comércio desses produtos, houve predominância dos estabelecimentos comerciais que são sujeitos a vigilância sanitária e que, portanto, a fiscalização desses locais já deve fazer parte da rotina de trabalho. Partindo dos dados obtidos, observou-se que as drogarias/farmácias e supermercados foram os mais citados, estabelecimentos que estão inseridos na Coordenação de Produtos e Serviços de Saúde e na Coordenação de Produtos e Serviços de Alimentos. Porém, o maior número de participantes da pesquisa, não estão nessa lotação o que pode refletir a existência de fragilidades na abrangência do processo de trabalho local.

Outro achado importante que provavelmente necessite de maior divulgação, é o fato de que, o ambiente digital – incluindo sites e redes sociais, também está dentro do escopo do monitoramento da NBCAL, já que os participantes pouco citaram esse ambiente. De acordo com os últimos dados do Monitoramento Nacional realizado pela Rede IBFAN

(2020), em 49 municípios e 12 estados brasileiros foram identificados 347 infrações apenas em ambiente digital, o que talvez confirme a necessidade de maior divulgação entre os profissionais.

Sabemos então que a ausência de monitoramento regular e de ações educativas sobre a *Lei nº 11.265/2006* impacta fortemente o atual cenário de descumprimento da NBCAL, e que grande número dos fiscais corrobora com a importância de levar informações aos consumidores nos estabelecimentos comerciais, como um dos recursos de proteção do aleitamento materno conforme segue: *"Sabemos que a substituição do leite humano representa fonte de lucros para produtores e distribuidores desses produtos, com uso de marketing abusivo, sendo necessário ser controlado. Os estabelecimentos devem informar, que o uso de fórmulas jamais substitui o aleitamento materno. "* (F9)

Tais relatos que surgiram durante a pesquisa nos fazem refletir que todos os atores envolvidos na fiscalização podem necessitar de ações que os sensibilizem quanto a promoção da saúde materno infantil e como os primeiros anos de vida têm forte impacto nas condições de saúde da população futuramente, para que a execução do monitoramento não seja executar apenas uma obrigação imposta no ambiente de trabalho (HAAK E MARTINS, 2013).

Hastings et al. (2020) reforça que o problema não é o produto, mas sim o marketing descontrolado, que está levando a um perigoso consumo excessivo no interesse dos lucros corporativos, ressaltando que o único propósito das comunicações deve ser para ajudar os pais e cuidadores a tomar a melhor decisão possível para o bebê. Tal achado vai ao encontro com a maior parte das opiniões apresentadas, quanto a exposição em grandes volumes e desenhos geométricos de produtos para lactentes nos corredores dos supermercados e farmácias, como vemos a seguir: "I*nduzem o consumidor a erro e ao consumismo, por serem atrativos (possuem apelo visual). Não vejo aspecto positivo algum, somente maléfico. "* (F16).

E para auxiliar no controle, além de conhecer é essencial executar o monitoramento continuamente, podendo ser direcionado e integrado em inspeções regulares e existentes, adaptado de acordo com a capacidade e as tendências de marketing existentes. (CHING et al.,2021). Com isso, analisando os dados obtidos na pesquisa a partir do questionário aplicado, e o relatório do monitoramento da NBCAL no município em 2022, podemos fazer um comparativo com o conhecimento atual dos fiscais, e que apesar do conhecimento ter sido satisfatório, o número de participação de capacitações e/ou cursos sobre o tema

merece ter atenção. Contudo, identificou-se que as atividades de monitoramento da NBCAL permanecem ocorrendo e assim, auxiliando na garantia o cumprimento dessa norma no país, e contribuindo com as estratégias de proteção e promoção efetivas ao aleitamento materno e a saúde infantil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o ponto central dessa pesquisa, que teve o intuito de descrever a percepção dos fiscais da VISA a respeito da NBCAL, pode-se identificar possíveis fragilidades para o monitoramento sanitário da NBCAL em Palmas – TO.

Por mais que as ações fiscais realizadas pela VISA ao monitorar supermercados, farmácias e lojas de departamentos que comercializam os produtos sujeitos à NBCAL, concluímos que ainda se faz necessário promover curso e/ou que visem qualificar os fiscais a respeito da NBCAL, já que a EP é considerada pelo Ministério da Saúde como a mola propulsora do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a responsabilidade constitucional do SUS de ordenar a aformação de trabalhadores em saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, a Divisão de Educação Permanente em Saúde da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) é responsável por organizar todos os cursos, seminários, e eventos de pequeno, médio ou grande demandados pela Rede de Saúde de Palmas ou de acordo com as necessidades e perfil epidemiológico do município. Também é de sua competência as normas, critérios e fluxos para a participação dos servidores, lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, em atividades educativas e científicas.

Espera-se que este estudo possa contribuir para fortalecimento das ações de vigilância sanitária e na articulação de EP local para que assim, os fiscais e todos os profissionais que compõe a rede de saúde possam executar suas atribuições como atores no estimulo a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a continuidade até 2 anos de idade ou mais, contribuindo também para a difusão, aplicação e fiscalização das legislações, e das prescrições de fórmulas infantis para lactentes e de seguimento para lactentes, por médicos ou nutricionistas.

Dessa forma, todos os profissionais possam ampliar seus conhecimentos e sentirem-se mais preparados para a fiscalização dos estabelecimentos que comercializam esses

produtos e assim, essa importante legislação conquistada no Brasil exerça seu papel de proteção à amamentação à saúde das crianças na 1ª infância.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 229p., 2011.

BRASIL. Decreto 9.579 de 22 de novembro de 2018. **Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9579.htm. Acesso em: 24/04/2022.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24/04/2022.

BRASIL. Lei 11.265, de 03 de janeiro de 2006. **Regulamenta a Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância e produtos de Puericultura e Correlatos.** Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11265&ano=2006&ato=531ETVE5kMRpWT239. Acesso em: 31/01/2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2.051 de 08 de novembro de 2001. **Novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.** Diário Oficial da União, Brasília, 09 de novembro de 2001, Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 221, de 05 de agosto de 2002. **Regulamento técnico sobre Bicos, Chupetas, Mamadeiras e Protetores de Mamilo.** Diário Oficial da União, Brasília, 06 de agosto de 2002, Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 222, de 05 de agosto de 2002. **Regulamento técnico para Promoção Comercial dos Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância.** Diário Oficial da União, Brasília, 06 de agosto de 2002, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 28 p.

CHING, C. et al. **Velhos truques, novas oportunidades: como as empresas violam o Código Internacional de Marketing de substitutos do leite materno e prejudicam a**

saúde materna e infantil durante a pandemia de COVID-19. Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública, v. 18, n. 5, pág. 2381, 1 mar. 2021

IBFAN. (2007a). Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. **Alimentos para crianças de até 3 anos, bicos, chupetas e mamadeiras. O que você precisa saber!** IBFAN Brasil. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/parceiros/pdf/2.pdf. Acesso em: 24/04/2022.

IBFAN. (2007b). Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. **Manual do Curso de Capacitação em Monitoramento.** IBFAN Brasil. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-678.pdf Acesso em: 30/01/2023.

IDEC. (2020). Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Monitoramento do cumprimento da legislação que visa a proteger o direito à amamentação no Brasil, a chamada** NBCAL **(Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras).** Idec Brasil. Disponível em: https://idec.org.br/defesa-da-amamentacao/monitoramento Acesso em: 30/01/2023.

Haack, A., & Martins, M. (2013). **Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar.** Com. Ciência Saúde, 23(3), 263-270. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a8_conhecimentos_maternos_influencia.pdf. Acesso em: 15/03/2023

HASTINGS, G., et al**. Vendendo o segundo melhor: como funciona o marketing de fórmulas infantis.** Global Health 16, 77 (2020). Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12992-020-00597-w. Acesso em: 15/02/2023.

LEITE, M. J. V. de F.; OLIVEIRA, A. G. R. da C. **Recursos Humanos em Vigilância Sanitária: Uma Discussão Sobre Perfil Profissional. HOLOS,** *[S. l.]*, v. 1, p. 15–27, 2008. Disponível em: < https://doi.org/10.15628/holos.2008.116> Acesso em: 15/02/2023.

PERES, C.; SILVA, R.F.; BARBA, P.C.S.D. **Desafios e Potencialidades do Processo de Educação Permanente em Saúde.** Trab. educ. saúde 14 (03) • Set-Dez. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00016 Acesso em: 15/02/2023.

RODRIGUES, G.P.N. **Avaliação do impacto de intervenção educativa em farmácias com promoção comercial de produtos que competem com o aleitamento materno.** Cad. Saúde Pública 37 (4). 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00129919 Acesso em: 15/02/2023.

Rayla Carvalho Dias, Lauriane dos Santos Moreira

OS PRINCIPAIS AGENTES TÓXICOS NAS NOTIFICAÇÕES DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PALMAS/TO ENTRE 2019 E 2022

THE MAIN TOXIC AGENTS IN NOTIFICATIONS OF EXOGENOUS INTOXICATION BY ATTEMPTED SUICIDE IN PALMAS/TO BETWEEN 2019 AND 2022

Resumo: As lesões autoprovocadas intencionalmente por intoxicação exógena são um problema de saúde pública que afeta toda a sociedade. Diante dessa realidade, o trabalho teve como objetivo identificar os principais agentes tóxicos nas tentativas de suicídio a partir das notificações de intoxicação exógena realizadas em Palmas/TO nos anos de 2019 a 2022. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritiva, com pesquisa documental. Os dados foram coletados das fichas de notificação de intoxicação exógena, sendo extraídos pelo Tabulador para Windows - TABWIN. Foi realizada a análise e discussão dos dados, sendo encontrados 998 casos de tentativas de suicídio por intoxicação exógena, e desses, 791 são do sexo feminino. Os medicamentos foram o principal agente tóxico encontrado nas notificações, totalizando 852, sendo principalmente psicofármacos. Considera-se, com base nos resultados obtidos, a necessidade de incluir estratégias de cuidado em saúde de forma integral na rede de saúde pública.

Palavras-chave: Intoxicação. violência. suicídio. notificação compulsória.

Abstract: Intentional self-harm due to exogenous intoxication is a public health problem that affects society as a whole. Given this reality, the aim of this study was to identify the main toxic agents in suicide attempts based on the notifications of exogenous intoxication made in Palmas/TO between 2019 and 2022. This is a quantitative and descriptive study, with documentary research. The data was collected from the exogenous intoxication notification forms and extracted using the Tabulator for Windows - TABWIN. The data was analyzed and discussed. 998 cases of attempted suicide due to exogenous intoxication were found, of which 791 were female. Medicines were the main toxic agent found in the reports, totaling 852, mainly psychotropic drugs. Based on the results obtained, we believe there is a need to include comprehensive health care strategies in the public health network.

Keywords: Intoxication. violence. suicide. compulsory notification.

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde, as causas externas são a terceira principal causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) e de óbitos no Brasil (BRASIL, 2005). As causas externas são lesões ou agravos que podem ou não levar a morte, causados por um fator externo ou autoprovocado, nelas estão incluídas: violências interpessoal/autoprovocada e acidentes como: afogamentos, queimaduras, e acidentes de trânsito e transporte (NADANOVSKY; SANTOS, 2021).

Entre os fatores externos estão as lesões autoprovocadas intencionais, que têm grande impacto individual e coletivo, sendo um problema de saúde pública em todo o mundo. Por violência autoprovocada se entende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio (BRASIL, 2021).

Conforme Veloso et al (2017, p. 2)

> O suicídio caracteriza-se como o ato voluntário por meio do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte. Já na tentativa de suicídio ocorre um comportamento potencialmente prejudicial autoinfligido que resulta em um desfecho não fatal. Ambos são fenômenos complexos e multifatoriais que representam um grande problema de saúde pública em todo o mundo.

A violência autoprovocada pode estar relacionada a alguns determinantes sociais como desemprego, problemas financeiros, conflitos familiares, sendo considerados prováveis fatores de risco para as tentativas de autoextermínio, além de transtornos psicológicos e abuso de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2017a).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), 1,5 a 3% da população sofre com intoxicações, acidentais ou intencionais. No Tocantins, conforme Rodrigues et al (2022), no período de 2014 a 2019 houve 9.140 notificações por intoxicação exógena, desses casos notificados 42,27% eram do sexo masculino enquanto 57,71% do sexo feminino. Com relação à circunstância envolvida na intoxicação exógena, a tentativa de suicídio foi predominante, sendo responsável por 3.240 dos casos, e os medicamentos também foram os principais agentes tóxicos nas notificações, seguidos “dos produtos de uso domiciliar, com 783 casos, compondo 8,57% do total, em seguida, os agrotóxicos agrícolas” (RODRIGUES, 2022, p. 11).

As maiores taxas de suicídio no Brasil foram encontradas em homens com idade de (60 a 69 anos), variando entre 10 e 14 por 100 mil de 1980 a 2018; a seguir entre os homens jovens (20 a 29 anos), com taxas entre 8 e 12 por 100 mil no mesmo período; mulheres mais velhas (60 a 69) e mais jovens (20 a 29) apresentaram taxas mais constantes variando entre dois e três suicídios por 100 mil (NADANOVSKY; SANTOS, 2021).

O aumento da intoxicação exógena como meio utilizado no comportamento suicida pode estar relacionado com a disponibilidade de medicamentos e produtos tóxicos, como pesticidas e raticidas, que são os de acesso mais fácil (VELOSO et al,

2017). No Brasil é um dos métodos mais utilizados, seguido de enforcamento e arma de fogo (OMS, 2002).

Alguns dos principais fatores psicológicos associados ao suicídio são: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, ansiedade, sentimento de falta de esperança. A farmacoterapia foi vista com eficácia nos processos neurobiológicos que são associados a determinadas condições psiquiátricas, inclusive as que se relacionam ao comportamento suicida, trazendo sua redução (OMS, 2002). Contudo, psicofármacos têm sido utilizados como meio de agressão nas tentativas de suicídio, como citado anteriormente, o que suscita a necessidade de analisar esse fenômeno.

A depressão se destaca como fator de alto risco para suicídio, e está cada vez mais presente na vida das pessoas, uma vez que ela pode causar oscilações de humor e falta de prazer na vida. Alguns sintomas da depressão são: ansiedade, desânimo, angústia, falta de apetite. Além desses existem outros vários fatores externos que podem predispor depressão, como: histórico familiar e dependência de drogas. Diversos estudos afirmam que as práticas esportivas, lazer, *hobbies* e alimentação ajudam na qualidade de vida e a prevenir a depressão (LUCENA, 2019).

As ideações e tentativas de suicídio acontecem de forma gradual por diversos fatores que ocorrem na vida das pessoas, o fato de ser um assunto ainda hoje considerado um tabu é prejudicial, pois se deixa de dar visibilidade a este problema e seus predisponentes. As pessoas não devem ser julgadas pelo que elas fizeram, elas precisam de ajuda, especialmente da saúde pública e compreender a temática a partir de evidências contribui para diluir preconceitos. Falar sobre os temas de saúde mental, portanto, favorece o enfrentamento dos fatores de risco e a oferta de assistência de saúde mental (OMS, 2002).

Esta pesquisa é relevante pois, de acordo com Coslop, Quinte e Antunes (2019, p. 47), conhecer as “particularidades dos indivíduos que tentaram suicídio por intoxicação exógena torna-se essencial para a definição de estratégias de prevenção de suicídio voltadas aos grupos vulneráveis, e fornece elementos para o fortalecimento de políticas públicas (...)”.

Diante da problemática apresentada, o presente estudo tem como objetivo geral identificar os principais agentes tóxicos utilizados nas tentativas de suicídio a partir das

notificações de intoxicação exógena realizadas em Palmas/TO nos anos de 2019 a 2022. A pesquisa tem, ainda, como objetivos específicos analisar o banco de dados do SINAN de intoxicação exógena, categorizando por tipo de substância ingerida e também para compreender as variáveis envolvidas nas tentativas de suicídio a partir dessas notificações. Dessa forma, pretende-se discutir o cenário da intoxicação exógena como meio utilizado na tentativa de suicídio em Palmas/TO. Vale ressaltar a importância de analisar esse fenômeno trazendo o recorte social, uma vez que os determinantes sociais permeiam os diferentes agravos de saúde. Além disso, se apreende que é relevante conhecer essa temática, pois contribui para entender o perfil epidemiológico e os principais agentes tóxicos das notificações nas tentativas de suicídio, contribuindo também para o campo da saúde e a formação da pesquisadora.

Metodologia

A pesquisa foi realizada com cunho quantitativo. De acordo com Asperón (2017, p. 2) “a pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica.”. Através dessa perspectiva obtivemos resultados relevantes e coerentes.

Quanto ao objetivo metodológico da pesquisa, foi caracterizado como pesquisa descritiva uma vez que se propôs descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Em relação aos procedimentos técnicos, foi utilizada a pesquisa documental, sendo que neste caso se utilizou fonte primária de dados, ou seja, materiais ainda não tratados científica ou analiticamente (GIL, 2008).

A pesquisa teve como objeto de estudo as notificações de intoxicação exógena de casos de violência autoprovocada em Palmas – TO referente ao período entre 2019 e 2022. Os dados foram retirados das fichas de notificação individual de intoxicação exógena do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN).

Os dados foram coletados do SINAN através do TABWIN, de onde foram extraídas as informações relacionadas a faixa etária, gênero, circunstância da exposição (tentativa de suicídio), grupo de agente tóxico e local da ocorrência da

exposição referentes aos anos de 2019 a 2022. Após os dados filtrados, foram construídas tabelas e gráficos para organizar as variáveis do estudo em planilha do Excel.

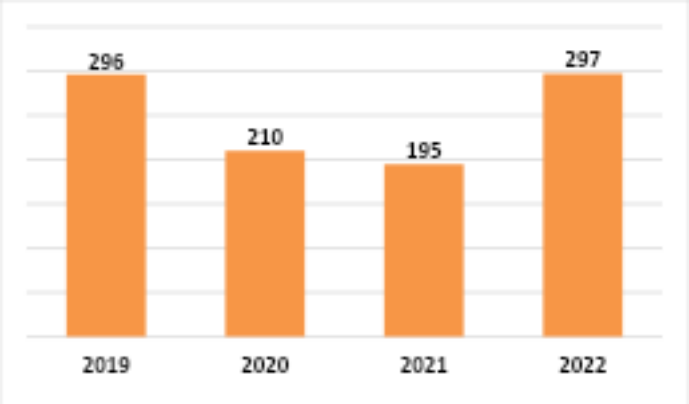
Com os dados preparados com tabelas e gráficos, de acordo com as variáveis do cenário de intoxicação exógena de casos de violência autoprovocada nos últimos quatro anos em Palmas – TO, foi realizada sua análise, de modo a discutir a intoxicação exógena como meio utilizado na tentativa de suicídio em Palmas - TO. Para tanto, foram utilizados referenciais teóricos apropriados, com destaque para as publicações da Organização Mundial de Saúde (2002), Ministério da Saúde (2005; 2017; 2021), Nadanovsky e Santos (2021), Veloso (2017), Gotzsche (2016), entre outros referenciais.

Resultados e discussão

Tentativa de suicídio

Através da pesquisa foram encontrados 998 casos de tentativas de suicídio por intoxicação exógena notificados no período de 2019 a 2022 no município de Palmas - TO. 2022 foi o ano com mais ocorrências, com um número de 297 notificações. Já 2021 teve menos notificações, totalizando 195.

Gráfico 1 – Frequência de ocorrência de intoxicação exógena por circunstância tentativa de suicídio em Palmas-TO entre 2019 e 2022.



Fonte: SINAN (2023)

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), o suicídio é a décima terceira maior causa de morte no mundo. Estima-se que 800 mil pessoas morram anualmente desta forma, sendo a maioria do sexo masculino. E, conforme Silva et al (2019, p. 3), “no período de 2007 a 2017 foram notificados 292.930 casos de tentativas de suicídio por intoxicação exógena no Brasil. Estão incluídas nestes casos o total de 198.718 notificações de intoxicações por medicamentos (67,8%).”

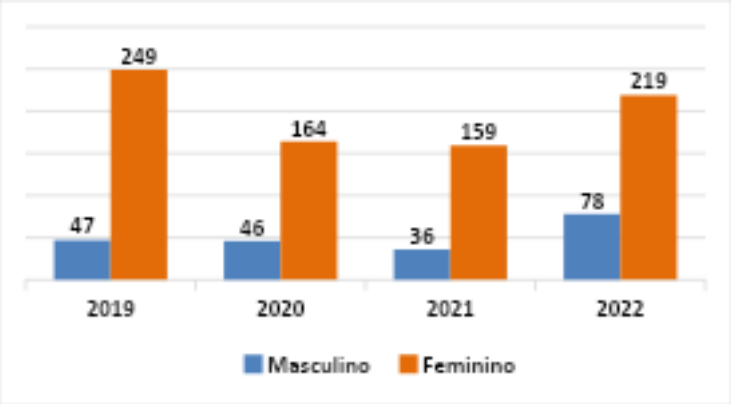
É importante ressaltar a problemática da subnotificação dos casos de tentativas de suicídio, pois acredita-se que o número de casos seja bem maior comparado com os dados. Marcolan (2018) cita que acontecem atendimentos de urgência em prontos-socorros relacionados à intenção suicida que ainda ficam sob diagnósticos disfarçados em intoxicação, ferimento por arma de fogo ou arma branca e acidentes, e ainda tem aqueles que tentam e não acessam os serviços de saúde, muitas vezes por vergonha, medo ou falta de conhecimento das redes de apoio.

Sexo

De acordo com Vieira et al (2015), o sexo feminino é quatro vezes mais propenso a tentar o suicídio do que o sexo masculino. Entretanto os homens cometem suicídio três vezes mais do que as mulheres. Os homens tendem a usar meios mais violentos do que as mulheres devido a uma maior intenção suicida, à agressividade, ao conhecimento sobre meios violentos e acesso a armas letais.

No gráfico abaixo podemos perceber que o sexo feminino tem o maior número de tentativas de suicídio. No ano 2019 houve 249 casos e em 2022 foram 219 casos notificados. Segundo a OMS (2002), a maior parte das tentativas pelas mulheres estão relacionadas a violência de gênero, a depressão e outros transtornos, perdas afetivas de cônjuges, abortamento, lutos, desemprego e questões sociais. E, segundo Botega (2014), a situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combina-se, como depressão, ansiedade e alcoolismo juntos.

Gráfico 2 – Sexo



Fonte: SINAN (2023)

De acordo com os boletins epidemiológicos com dados sobre violência em Palmas - TO de 2021 e 2022, o sexo feminino tem o maior número de notificações por tentativas de suicídio, tendo como principal meio utilizado a intoxicação exógena. Já os homens têm o maior número de óbitos por suicídio, tendo o enforcamento como principal causa (PALMAS, 2021; 2023).

Faixa etária

Em relação a faixa etária, a pesquisa mostrou que os jovens e adultos de 20 a 34 anos predominam nas tentativas de suicídio em Palmas - TO, do total de 998 casos de 2019 a 2022, 447 notificações são dessa faixa etária. Nesse mesmo período, adolescentes jovens de 15 a 19 anos somam um total de 290 casos.

Conforme Rodrigues et al (2022), foram notificados 9140 casos de intoxicação exógena entre 2014 a 2019 no estado do Tocantins, onde 35,45% foram por tentativa de suicídio e o agente tóxico primordialmente utilizado foram os medicamentos (40,07%), com predominância entre jovens de 15 a 19 anos de idade.

De acordo com Arruda et al (2021), em 2016 a taxa mundial de suicídio foi de 10,5/100 mil habitantes, tornando a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos e no Brasil, em todas as regiões, a faixa etária com maior proporção de óbitos por suicídio foi a de 20 a 29 anos.

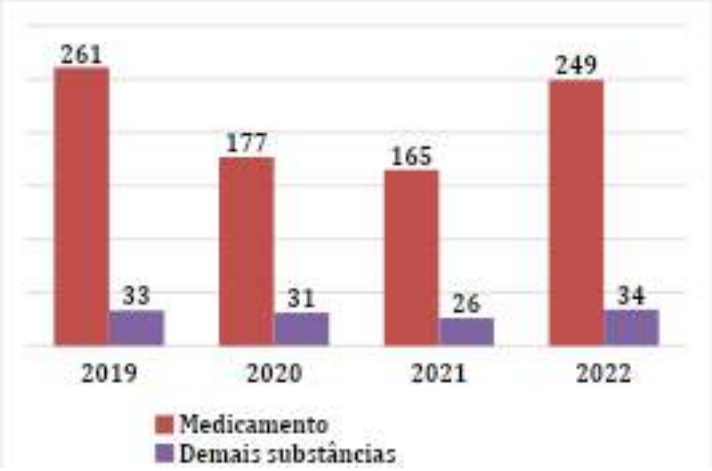
Segundo Minayo (2007), no grupo de jovens adultos, os fatores de riscos mais conhecidos estão ligados aos transtornos mentais, principalmente a depressão

associada a histórias de violência física e sexual, de rejeição, de luto, conflitos relacionais e perdas, abuso de drogas e álcool. Além desses, também são fatores associados: o ambiente de trabalho exaustivo, de risco, competitivo e exigente, o que faz as pessoas terem auto cobrança excessiva.

Agente Tóxico

Constatou-se que no município de Palmas – TO, nos anos de 2019 a 2022, o meio de intoxicação exógena mais utilizado nas tentativas de suicídio foi o uso de medicamentos, totalizando 852 casos dos 998 notificados. Só em 2019 dos 296 casos, 88,17% do agente tóxico eram os medicamentos.

Gráfico 3: quantitativo de medicamentos e demais substâncias de intoxicação exógena por circunstância tentativa de suicídio em Palmas – TO entre 2019 e 2022.



Fonte: SINAN (2023)

De acordo com a base de dados da pesquisa, verificou-se que existem diversas categorias de agentes tóxicos utilizados nas tentativas de suicídio, tais como os grupos farmacológicos que agem no sistema nervoso central que incluem os antidepressivos e, em seguida, vem os medicamentos que estão isentos de prescrição médica como: analgésicos e anti-inflamatórios. Contudo, há uma predominância de psicofármacos nas

notificações. Foram encontradas 1117[1] substâncias na base de dados do SINAN entre 2019 a 2022 do município de Palmas - TO, concluindo que em alguns casos são utilizados mais de um tipo de substância nas tentativas de suicídio. Na tabela abaixo contém as 10 principais substâncias encontradas nas notificações.

Tabela 1 – Principais substâncias utilizadas em intoxicação exógena por circunstância tentativa de suicídio em Palmas-TO entre 2019 e 2022.

Clonazepam	154
Paracetamol	73
Dipirona	54
Fluoxetina	47
Sertralina	42
Quetiapina	40
Raticidas	36
Zolpidem	33
Diazepam	32
Alprazolam	26

Fonte: SINAN (2023)

De acordo com Vieira et al (2015), a grande utilização de fármacos com ação no sistema nervoso deve-se ao conhecimento por parte da população de que estes provocam efeitos imediatos, sobretudo relacionados à indução do sono. Estudos têm revelado que a prescrição de fármacos psicotrópicos não é exclusiva de psiquiatras. O médico generalista é um dos que mais prescreve psicofármacos, principalmente os ansiolíticos e os antidepressivos. Vieira et al (2015, p. 2) ainda ressaltam que “um melhor controle sobre a prescrição e sobre a aquisição de medicamentos psicoativos poderia contribuir para a mudança do perfil de medicamentos utilizados nas tentativas de suicídio.”

Os ansiolíticos, analgésicos e antidepressivos são frequentemente utilizados nas intoxicações, devido à sua disponibilidade e da maioria dos casos de suicídio envolverem algum transtorno mental, cuja principal estratégia de tratamento, em diversos países, continua a ser farmacológica. O fácil acesso a essas substâncias,

[1] O número de medicamentos (1117) é superior ao de notificações (998) porque em algumas ocorrências a pessoa faz uso de mais de uma substância.

provavelmente, em ambiente domiciliar, acaba gerando reflexões a respeito de medidas restritivas de acesso e da racionalização no uso de medicamentos (LOBO et al, 2021).

Botega (2014) reflete que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação, e deve ser tratada com atenção, pois é um sinal de alerta para eventos psicossociais mais complexos. O autor também destaca ações que podem ser efetivadas no cenário da saúde pública, entre elas a elaboração de estratégias locais de prevenção do suicídio, cuidado com os meios letais, indagação de tabus na população, tratamento precoce de transtornos psicossociais e aprimoramento dos profissionais de saúde sobre esse tema.

Vale ressaltar a importância do cuidado em saúde mental não focado apenas em medicamentos psicofármacos, sendo fundamental dar especial atenção a uma pessoa que tentou se suicidar incluindo estratégias de cuidado integral, voltado às condições sociais e seus determinantes de forma individual.

Considerações finais

Através desta pesquisa, foi possível caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de tentativas de suicídio por intoxicações exógenas do município de Palmas - TO dos anos de 2019 a 2022. Assim, houve a identificação de uma quantidade significativa de tentativas de suicídio tendo medicamento como principal agente tóxico, principalmente os psicofármacos.

Foi também analisado que a tentativa de suicídio é mais frequente no sexo feminino, fazendo refletir sobre a vulnerabilidade nesse público sobre esse agravo e como isso pode ter muitos outros fatores relacionados, como as questões sociais e econômicas.

Gotzsche (2016, p. 445) traz uma crítica sobre a mercantilização da saúde, relatando sobre o excessivo uso e prescrições de medicamentos psicofármacos, afirmando que “os cidadãos ficariam bem melhor se removermos todos os medicamentos psicotrópicos do mercado, pois os médicos não conseguem manejá-los. É indubitável que sua disponibilidade cria mais dano do que bem”. Desta forma, o autor relata que o cuidado das condições de sofrimento mental vai além do tratamento medicamentoso. Acrescenta-se que, apesar de haver benefícios quanto ao uso de

psicofármacos em diversos casos, a prescrição inadvertida pode resultar em diversos prejuízos, como os que foram discutidos nesse estudo.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014), manter a autoestima elevada; ter uma boa alimentação e praticar exercícios; laços sociais e familiares estabelecidos; estar empregado; capacidade de resolução de problemas, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental são considerados como fatores de proteção ao suicídio, não focado somente em medicamentos. Então, o cuidado integral, como previsto no SUS, deve ser incentivado no enfrentamento das demandas que envolvem violência autoprovocada.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b) ressalta a importância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a realização do diagnóstico de necessidades de saúde da população, organização do cuidado em saúde mental e concretização da atenção psicossocial. Além das notificações compulsórias que agilizam e mantêm o monitoramento dos casos de violência autoprovocada, trazendo dados epidemiológicos que apontam o perfil dessa forma de violência, a RAPS entra como assistência à saúde e oferta de cuidado às pessoas em sofrimento mental. Compreender as tentativas de suicídio a partir do recorte da intoxicação exógena auxilia na proposição de estratégias de enfrentamento dessa realidade junto as redes de atenção à saúde.

Com essa pesquisa foi possível conhecer um pouco do cenário epidemiológico da violência autoprovocada e compreender melhor as variáveis envolvidas nas tentativas de suicídio por intoxicação exógena em Palmas - TO, entendendo que este é um problema de saúde pública em todo o mundo. Com os resultados se espera apoiar na tomada de decisão tanto da gestão quanto da assistência do SUS, orientada por evidências para desenvolver ações de melhoria na qualidade dos cuidados ofertados a essa população. Além disso, se sugere como pesquisa futura conhecer a percepção dos profissionais médicos sobre o manejo de casos que envolvem violência autoprovocada, uma vez que as prescrições medicamentosas são feitas por essa categoria profissional.

Referências

ARRUDA, Vilmeyze Larissa de et al. **Suicídio em adultos jovens brasileiros: série**

temporal de 1997 a 2019. Ciência & Saúde Coletiva. v. 26, n. 07. 2021 pp. 2699-2708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021.

ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria; CFM, Conselho Federal de Medicina. **Suicídio: informando para prevenir.** Comissão de Estudo e Prevenção de Suicídio da ABP; 2014.

ASPERÓN, Julia Maricela Torre. **Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem.**Esc Anna Nery -. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/6c6QJ6BLDW3YRjFzfXwMMkC/?lang=pt. Acesso em: 12 de maio de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.o 737 de 16/5/01**, publicada no DOU n.o96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. – (Série E. Legislação de Saúde) Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf Acesso em: 19 de maio de 2022.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf Acesso em: 11 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio: saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf Acesso em:02 de setembro de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf Acesso em:23 de junho de 2022.

Brasil, Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Boletim Epidemiológico 33 . 2021: 1–10. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf Acesso em: 16 de junho de

2022.

BOTEGA, José Neury. **Comportamento suicida: epidemiologia**. *Psicologia USP*, *25*(3), 231–236. (2014) Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004

COSLOP, Shaiane; QUINTE, Gabriela Callo; ANTUNES, Michele Nacif. **Tentativas de suicídio por intoxicação exógena no estado Espírito Santo, Brasil.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 21(1): 46-54, jan-mar, 2019. Disponível em:https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/26467Acesso em: 24 de junho de 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOTZSCHE, Peter C. **Medicamentos mortais e crime organizado : como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica** / Peter C. Gotzsche ; tradução: Ananyr Porto Fajardo ; revisão técnica: Daniel Knupp Augusto. – Porto Alegre : Bookman, 2016.e-PUB. Disponível em:https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5014625/mod_resource/content/1/Medicamentos_Mortais_e_Crime_Organizado__Como_a_Indu%CC%81stria_Farmace%CC%82utica_Corrompeu_a_Assiste%CC%82ncia_Me%CC%81dica.pdfAcesso em: 29 de junho de 2022.

LOBO, Ana Paula Antero; ABDON, Ana Paula Vasconcellos; CARVALHO, Igho Leonardo Nascimento; CAMPOS, Adriana Rolim. **Tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa: adolescência em alerta.** Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 42-50, abr/jun 2020

LUCENA, Carlos Yuri Ferreira. **Depressão compreendida como distúrbio e doença do século**. Carlos Yuri ferreira Lucena. Cajazeiras, 2019. 34f. Disponível em: UFCG/CFP/BS. http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/11605Acesso em: 26 de agosto de 2022.

MARCOLAN, José Fernando. **Pela política pública de atenção ao comportamento suicida**. Revista Brasileira De Enfermagem, 71, 2343–2347. (2018). Disponível em https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256

MINAYO, Maria Cecília S. **Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção**. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 311-331. ISBN: 978-85-7541-588-7.

NADANOVSKY, Paulo. SANTOS, Ana Paula Pires dos. **Mortes por causas externas no Brasil: previsões para as próximas duas décadas**/ Paulo Nadanovsky, Ana Paula Pires dos Santos. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em:https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/NADANOVSKY-e-SANTOS-2021-Mortes-Causas-Externas-Brasil-previsoes-proximas-duas-decadas-Fiocruz-S

aude-Amanha-TD056.pdf Acesso em: 05 de setembro de 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Técnica de Causas externas. **Boletim epidemiológico: cenários das violências em Palmas – TO 2022**. ISSN: 2763-6852 Nº 16 | Volume 3, agosto de 2023.

PALMAS. Prefeitura Municipal de Palmas. **Boletim epidemiológico: cenários das violências em Palmas – TO 2021**. Caderno Análise da Situação de Saúde de Palmas - Tocantins. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Técnica de Causas externas. ISSN: 2674-8312 Volume 3, n°11.

REIS; Victor Almeida, SOUSA; Eveline Cordeiro, CAVALCANTE; Malena Gadelha. **Caracterização dos casos de tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa, atendidos em um centro de informação e assistência toxicológica, entre os períodos de 2015 a 2018.** J Health Sci Inst. 2021;39(1):18-23 Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/tainacan-items/34088/78549/03V39_n1_2021_p18a23.pdf Acesso em: 27 de julho de 2022.

RODRIGUES, Nathália Martins; MANSOS, Thayslla Priscylla; CARVALHO Melyssa Souza; OLIVEIRA , Jaqueline das Dores Dias. **Perfil Epidemiológico das Intoxicações Exógenas no Tocantins de 2014 A 2019.** Revista de Patologia do Tocantins, 9(1): (2022)

SILVA, Ewerton Vieira da; SOARES, Daniel Viana Marques; SANTOS, Rebeka Raiany Barbosa dos. **Perfil das tentativas de suicídio por intoxicação exógena no Brasil no período de 2007 a 2017**. FPS, 2019. Disponível em: http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/428

VIEIRA, Letícia Pereira; SANTANA, Vivian Tallita Pinheiro; SUCHARA, Eliane Aparecida. **Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas.** Cadernos de Saúde Coletiva 23 (2) • Apr-Jun 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010074 Acesso em: 1 de outubro de 2023.

VELOSO C, Monteiro CFS, Veloso LUP, Figueiredo MLF, Fonseca RSB, Araújo TME, et al. **Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência.**Rev Gaúcha Enferm. 2017 Disponível em:https://www.scielo.br/j/rgenf/a/G4bWPQL8ygd8cb3r5FCsKdQ/?format=pdf&lang=pt Acesso em :17 de setembro de 2022.

GRUPO DE AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE: BENEFÍCIOS NA PARTICIPAÇÃO E RESISTÊNCIAS NA ADESÃO

SELF-CARE GROUP IN LEPROSY: BENEFITS FROM PARTICIPATION AND RESISTANCES TO ADHERENCE

Samara de Oliveira Barbosa

Flávia Santos Medina

RESUMO

Objetivos: Descrever a limitação de atividades e a participação social de indivíduos com hanseníase antes e após participação em grupo de autocuidado, bem como os benefícios obtidos na participação no grupo e analisar a não adesão dos demais pacientes. **Métodos:** Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quanti-qualitativa com 18 pacientes em tratamento para hanseníase, atendidos e acompanhados em um centro de saúde em Palmas – Tocantins. Os dados foram coletados no período de março a dezembro de 2018 por meio do Questionário de Identificação, Escalas SALSA e Participação Social, e Entrevista Semiestruturada. Os dados foram analisados pelo programa Statistical Package For Social Sciences (SPSS) e as entrevistas por meio de Análise de Conteúdo. **Resultados**: Embora a adesão ao grupo de autocuidado tenha sido baixa, a participação no mesmo contribuiu para redução dos escores das escalas Salsa e Participação Social e proporcionou aos pacientes conhecimento sobre a doença, troca de saberes, socialização, criação de vínculo, melhora da autonomia, do autocuidado e dos fatores emocionais. **Conclusão:** A limitação de atividades e a participação social dos pacientes podem ser prejudicadas pela hanseníase, entretanto, o grupo de autocuidado auxilia o paciente a lidar melhor com a doença.

Palavras-chave: Hanseníase. Autocuidado. Atividades Cotidianas. Participação Social.

ABSTRACT

Objectives: To describe the limitation of activities and social participation of individuals with leprosy before and after joining in a self-care group, as well as the benefits from their participation in the group and to analyze the other patients' non-adherence. **Methods:** Descriptive and exploratory research with quantitative-qualitative approach in 18 patients undergoing treatment for leprosy, attended and followed up at a health center in Palmas - Tocantins. Data were collected from March to December 2018 through the Identification Questionnaire, SALSA Scales and Social Participation, and Semistructured Interview. The data were analyzed by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Program and the interviews through Content Analysis. **Results:** Although

the adherence to the self-care group was low, the participation in it contributed to a reduction in the scores of the Salsa and Social Participation scales and provided patients with knowledge about the disease, knowledge exchange, socialization, improvement of autonomy, self-care and emotional factors. **Conclusion:** Patient's limitation of activities and social participation may be impaired by leprosy, however, the self-care group helps them to deal better with the disease.

Key words: Leprosy. Self Care. Activities of Daily Living. Social Participation.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo bacilo Mycobacterium leprae cuja multiplicação é lenta, o que pode levar de 1 a 20 anos para os sintomas serem manifestados. A pele, os nervos periféricos, a mucosa do trato respiratório superior e os olhos são os principais afetados.[1]

Dados de 2017 mostram que o Brasil ocupa o segundo lugar em casos novos no mundo com 26.875 casos, atrás da Índia com 126.164.[2] Os estados brasileiros com maior número de casos novos em 2017 foram o Mato Grosso (3.294), Maranhão (2.934), e Pará (2.476). Em relação ao Tocantins (TO), este apresentou, em 2017, 1.202 casos novos e a segunda maior taxa de detecção geral com 79,86 por 100.000 habitantes, atrás do Mato Grosso com 102,50.[3]

A hanseníase se não diagnosticada precocemente pode ser incapacitante e gerar muitas mudanças na vida dos pacientes.[4] As incapacidades e deformidades da hanseníase podem causar limitações aos pacientes e dificultar que estes sejam ativos na sociedade, interferindo na capacidade de trabalho, na vida social e familiar, resultando em problemas psicológicos relacionados ao estigma e preconceito que podem isolá-los do convívio social.[5,6]

Com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), realizou-se esforço internacional para a elaboração de dois instrumentos: a SALSA (Screening Activity Limitation and Safety Awareness) para medir limitação de atividade e consciência de risco, e a Escala de Participação Social, para medir restrição de participação. As duas escalas são baseadas em questionários e são recomendadas pelo Ministério da Saúde para que sejam utilizadas nos serviços de saúde do Brasil, podendo ser aplicadas pelo menos no início e no final do tratamento e também como parâmetro para avaliar resultados de intervenções realizadas, como os grupos de autocuidado.[7,8]

Nesse sentido, o uso das escalas SALSA e de Participação Social no serviço de saúde podem nortear o cuidado ao paciente com hanseníase, pois a partir dessas escalas os profissionais podem compreender os fatores que interferem e são determinantes no processo de adoecimento do

paciente.[4]

O Ministério da Saúde propõe ações educativas em autocuidado para prevenir as incapacidades. O autocuidado minimiza e/ou previne os efeitos da hanseníase. A aderência às orientações do autocuidado demanda informação e conceitos que levam ao paciente compreender as possíveis alterações na imagem corporal devido à doença. Dessa forma, o paciente com orientações adequadas e conhecimento sobre a doença pode reconhecer sua dor, angústia, esperanças e perspectivas.[9]

Consoante a isso, os grupos de autocuidado em hanseníase são instrumentos que incorporam saberes e práticas e visam à superação das limitações, proporcionam interação entre os participantes e troca de experiências e fortalecem a autonomia dos indivíduos. Esse grupo capacita a pessoa acometida pela doença a conhecer os riscos para sua integridade física e a identificar o problema visando a solução, e principalmente, a adesão ao autocuidado.[10]

Torna-se necessário ter um diálogo entre a pessoa com hanseníase e a equipe multiprofissional para que reconheçam a importância do autocuidado.[11] A desestruturação da imagem corporal, o estigma do corpo leproso, o desconhecimento da doença, a capacidade de autocuidado e o não compromisso com a saúde são alguns fatores que dificultam os pacientes a realizarem o autocuidado.[12,9]

Portanto, a equipe de saúde deve possuir uma visão integral da pessoa com hanseníase e ter, além do cuidado técnico, a preocupação com o fator psíquico e sociocultural do cuidado na hanseníase.[9] Deste modo, deve-se também, aumentar a autonomia do paciente, melhorar a compreensão do seu corpo, sua doença e suas relações com a sociedade, aumentando sua qualidade de vida.[11]

Justifica-se a realização desse estudo a necessidade de criação de um grupo de autocuidado no Centro de Saúde em que a pesquisadora atua, uma vez que não se tinha pensado no grupo mesmo com a quantidade expressiva de pacientes em tratamento no Centro, sendo essencial o fortalecimento da autonomia desses indivíduos.

Diante disso, é necessária a avaliação da limitação para realizar atividades do cotidiano e da participação social para analisar o quanto a doença está interferindo na vida dos pacientes e nortear as ações dos profissionais da saúde para melhoria da qualidade de vida desses. As escalas são ferramentas potentes para avaliar o progresso das oficinas do grupo de autocuidado. Assim, definiu-se como objetivos do estudo descrever a limitação de atividades e a participação social de indivíduos com hanseníase antes e após participação em grupo de autocuidado bem como os benefícios obtidos na participação no grupo e analisar a não adesão dos demais pacientes do Centro de Saúde ao grupo.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quanti-qualitativa com 18 pacientes em tratamento para hanseníase, atendidos e acompanhados no Centro de Saúde da Comunidade Loiane Moreno Vieira, localizado em Palmas – Tocantins, realizada no período de março a dezembro de 2018. Esse centro de saúde é uma unidade básica de saúde composta por quatro equipes de estratégia de saúde da família (ESF) e uma equipe de núcleo de apoio à saúde da família (NASF).

A amostra foi constituída por usuários que participaram de pelo menos quatro encontros do grupo de autocuidado e por usuários que não participaram em nenhum momento do grupo. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade superior a 18 anos, em tratamento para hanseníase, que possuíam condições cognitivas para responder as escalas e a entrevista, e aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: pacientes que abandonaram tratamento para hanseníase, residentes fora da área de abrangência ou em outro município.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: o Questionário de Identificação, as escalas SALSA e de Participação Social. O questionário é composto por questões referentes à idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, classificação operacional da hanseníase, forma clínica, grau de incapacidade, escore OMP (olhos, mãos, pés), presença de reação hansênica, data de participação no grupo de autocuidado. Foi elaborado pelas autoras da pesquisa e preenchido com base nas respostas do paciente e dados do prontuário físico e eletrônico.

A escala SALSA objetiva avaliar a limitação de atividade, ou seja, o quanto a pessoa consegue realizar suas atividades de vida diária, e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização dessas atividades.[7] É um instrumento padronizado que contem 20 itens dentro dos domínios de mobilidade, autocuidado, trabalho e destreza.[13,14]. Conceitualmente o escore varia de 0 a 80, mas em cinco países que entrevistaram 568 pessoas os escores variaram entre 10 a 80 em pacientes com hanseníase ou diabetes.[7] Dessa forma, escore baixo indica pouca dificuldade relacionada às atividades diárias, já os mais altos indicam maior limitação de atividade.[13]

Em relação à avaliação da consciência de risco, esta consiste em identificar e analisar a capacidade do indivíduo em perceber o risco que corre ao realizar certas atividades.[13,14] Seu escore varia entre 0 e 11. Assim sendo, escores mais altos indicam uma consciência elevada dos riscos em certas atividades, entretanto, em consequência indicam que há uma limitação de atividade.[7]

A Escala de Participação Social versão 6.0 contém 18 itens cuja somatória dos pontos varia de 0 a 90, sendo os valores de 0 a 12 considerados sem restrições significativas à participação social. Essa escala objetiva avaliar o aprendizado e aplicação do conhecimento; comunicação e

cuidados pessoais; mobilidade; vida doméstica; interações e relacionamentos interpessoais e em comunidade; principais áreas da vida e comunidade.[15,16] Para responder a escala, solicita-se que o entrevistado pense em alguém semelhante, mas sem doença ou deficiência e se compare a ele.[7]

Os instrumentos foram aplicados com os pacientes na primeira e após quarta participação no grupo de autocuidado. Após quarta participação no grupo também foi utilizado como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada que abordou sobre os benefícios obtidos com a participação no grupo de autocuidado. A entrevista semiestruturada proporciona ao entrevistado liberdade de expressão em suas respostas, pois através da entrevista "o pesquisador organiza um conjunto de questões sobre o tema que está sendo estudado, mas permite e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo com o desdobramento do tema principal".[17:70]

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados para os pacientes que não tiveram interesse em participar do grupo um roteiro de entrevista que questionou quanto aos motivos da falta de interesse em participar. Todas as entrevistas, após consentimento, foram gravadas e transcritas.

O grupo de autocuidado em hanseníase foi criado no centro de saúde supracitado e logo depois os pacientes foram convidados por meio das consultas, telefonemas e visitas domiciliares. As oficinas do grupo foram baseadas nos manuais e nas cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde e foram realizadas pela pesquisadora responsável deste estudo, com apoio dos profissionais da ESF e do NASF, por meio de roda de conversa, dinâmicas, exposição de vídeos e distribuição de material educativo.

Para coleta de dados, os pacientes foram abordados após participarem do grupo de autocuidado e/ou em visita domiciliar agendada. O controle da participação dos pacientes no grupo foi realizado a partir de uma lista de frequência assinada por eles em todos os encontros.

Os dados coletados das escalas e questionário de identificação foram tabulados e analisados descritivamente pelo software excel e para verificar relação estatística entre as variáveis "limitação de atividade" e "participação social", foi realizado o teste de correlação de Pearson, utilizando o software Statistical Package For Social Sciences (SPSS), versão 20.0, considerado um nível de significância de $\leq 0,05$.

A análise das entrevistas foi realizada a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin.[18] Em seguida foi realizada a conclusão da análise e dos resultados obtidos.

O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO com nº 94 de 12/2017 e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas/ Universidade Luterana do Brasil (CEULP/ULBRA) com parecer nº 2.909.504/2018 e CAAE

nº 83724418.7.0000.5516/2018, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos.[19]

O estudo respeitou os padrões éticos exigidos para pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

O grupo de autocuidado em hanseníase foi implantado em março de 2018, sendo os encontros, em geral, realizados quinzenais e em horário noturno, com duração de aproximadamente duas horas cada encontro. A escolha do horário foi em razão da disponibilidade da maioria dos pacientes. A princípio, o CSC contava com aproximadamente 30 pacientes em tratamento para hanseníase, entretanto, apesar do convite a todos, somente 16 participaram do grupo no período desse estudo. Desses, 05 haviam concluído o tratamento e 02 eram de outro centro de saúde próximo.

Nas reuniões do grupo participaram e contribuíram com seus conhecimentos: enfermeiro, dentista, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social. Alguns pacientes que participaram do grupo não puderam fazer parte da pesquisa devido aos critérios de inclusão e exclusão, 1 paciente deixou de comparecer às reuniões em razão de licença maternidade, 1 mudou de residência e continuou o tratamento em outro CSC e 2 tiveram erro de diagnóstico.

Dessa forma, a amostra final deste estudo foi de 18 pacientes em tratamento para hanseníase, sendo que somente 6 participaram do grupo de autocuidado pelo menos 4 vezes, sendo aplicadas as escalas SALSA e Participação Social apenas com estes.

Em relação ao perfil dos pacientes participantes do grupo, a faixa etária variou de 40 a 71 anos, 4 (66,66%) eram do sexo masculino, 5 (83,33%) eram casados e tinham apenas ensino fundamental, 2 (33,33%) eram aposentados. Todos os participantes do grupo tinham classificação operacional multibacilar e forma clínica dimorfa, 5 (83,33%) tinham grau de incapacidade 1, 3 (50%) tinham soma OMP 2 e 3 (50%) não tinham reação hansênica (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes participantes do grupo de autocuidado

Variáveis	Sexo		Total	%Total
	Feminino	Masculino		
Faixa Etária				
40-49	2	-	2	33,33%
50-59	-	2	2	33,33%
60-69	-	1	1	16,67%
70-79	-	1	1	16,67%
Estado Civil				
Casado	2	3	5	83,33%
Solteiro	-	1	1	16,67%

Escolaridade				
Ensino Fundamental	2	3	5	83,33%
Ensino Médio	-	1	1	16,67%
Ocupação				
Aposentado	-	2	2	33,33%
Autônomo	-	1	1	16,67%
Aux. Serviços Gerais	1	-	1	16,67%
Cozinheira	1	-	1	16,67%
Vigilante	-	1	1	16,67%
Classificação Operacional				
Multibacilar	2	4	6	100,00%
Forma Clínica				
Dimorfa	2	4	6	100,00%
Grau de Incapacidade				
1	2	3	5	83,33%
0	-	1	1	16,67%
OMP				
0	-	1	1	16,67%
1	1	1	2	33,33%
2	1	2	3	50,00%
Reação				
Não	1	2	3	50,00%
Neurite Isolada	-	1	1	16,67%
Tipo 1	1	1	2	33,33%
Total	**2**	**4**	**6**	**100,00%**

No presente estudo, os escores de limitação de atividades variaram de 20 a 42 pontos na primeira participação no grupo e de 19 a 28 após quarta participação, o que significa que houve uma redução nos escores, confirmando os benefícios que as pesquisas apontam sobre grupos de autocuidado. Na primeira participação 3 (50%) apresentavam leve limitação, 2 (33,3%) sem limitação e 1 (16,6%) moderada limitação. Após quarta participação 5 (83,3%) apresentavam-se sem limitação e 1 (16,6%) com leve limitação (Tabela 2).

Tratando-se da consciência de risco que avalia a capacidade do indivíduo em perceber o risco que possui em realizar algumas atividades, os escores variaram de 0 a 3 pontos na primeira participação e de 0 a 1 após quarta participação, o que significa que os pacientes diminuíram sua consciência nos riscos das atividades, mas por outro lado significa redução do escore SALSA e consequentemente, melhora do nível da limitação de atividade (Tabela 2).

Tabela 2 – Escala SALSA na primeira e após quarta participação no grupo de autocuidado

Faixa Etária	Sexo	Escore SALSA1	Escore SALSA4	CR1	CR4	SALSA na 1ª participação no grupo	SALSA após 4ª participação no grupo
40-49	F	20	20	0	0	Sem Limitação	Sem Limitação
		42	28	2	1	Moderada Limitação	Leve Limitação

50-59	M	24	19	1	0	Sem Limitação	Sem Limitação
		30	22	2	1	Leve Limitação	Sem Limitação
60-69	M	32	23	2	0	Leve Limitação	Sem Limitação
70-79	M	31	24	3	1	Leve Limitação	Sem Limitação
Média		**29,8**	**22,7**	**1,7**	**0,5**	**-**	**-**
Desvio Padrão		**7,5**	**3,2**	**1,0**	**0,5**	**-**	**-**

F – Feminino; M – Masculino; CR – Consciência de Risco

Na escala de participação social (Tabela 3), a presente pesquisa mostra que 4 (66,66%) participantes não apresentaram restrição significativa, 1 (16,66%) apresentou leve restrição e 1 (16,66%) restrição moderada na primeira participação do grupo. Após quarta participação 5 (83,33%) participantes não tiveram restrição significativa. Os escores da participação social variaram de 0 a 27 no primeiro grupo e de 0 a 19 após quarta participação no grupo de autocuidado, também confirmando que o grupo trouxe benefícios para os pacientes.

Tabela 3 - Escala de Participação Social na primeira e após quarta participação no grupo de autocuidado

Faixa Etária	Sexo	Escore PS1	Escore PS4	Participação Social no 1º grupo	Participação Social após 4º grupo
40-49	F	0	0	Sem Restrição Significativa	Sem Restrição Significativa
		2	0	Sem Restrição Significativa	Sem Restrição Significativa
50-59	M	15	8	Leve Restrição	Sem Restrição Significativa
		8	2	Sem Restrição Significativa	Sem Restrição Significativa
60-69	M	27	19	Restrição Moderada	Leve Restrição
70-79	M	3	3	Sem Restrição Significativa	Sem Restrição Significativa
Média		**9,2**	**5,3**	**-**	**-**
Desvio Padrão		**10,3**	**7,3**	**-**	**-**

F – Feminino; M – Masculino; PS – Participação Social

Na pesquisa não houve relação entre as duas variáveis nos dois momentos, primeira e após quarta participação no grupo de autocuidado, o coeficiente de correlação de Pearson (0,11 e -0,02) e o valor de P (0,84 e 0,97) considerando um nível de significância de $P<0,05$, provam isso. O número pequeno da amostra pode ter influenciado no resultado.

A seguir, apresentam-se os benefícios da participação no grupo de autocuidado obtidas por meio das entrevistas dos usuários.

Benefícios da participação no grupo

Nessa categoria foi possível identificar através dos relatos que os benefícios foram conhecimento sobre a doença, criação de vínculo entre participantes e troca de experiência, autocuidado, diminuição do preconceito e estigma.

A maioria dos entrevistados afirmou como principal benefício o conhecimento sobre a doença que foi fundamental para saber lidar com a mesma, sanar as dúvidas e identificar cuidados que devem adotar. Como mostra os seguintes discursos:

> *A gente não tinha conhecimento com a doença, mas depois que eu vim para o grupo aí a gente teve mais aberto, saber que não é assim tão difícil, né?! Eu fiquei mais alegre porque eu estava assim: - Nossa, mas eu peguei essa doença?! O quê que é isso será?! Sinto que conversando com vocês, com as pessoas, é uma doença que tem cura e não precisa ter medo né?! Porque aí tirou essas dúvidas de mim. Que a gente (ele e esposa) não sabia muito assim como que ia fazer, como ia começar (P1).*
> *Eu aprendi a saber várias coisas sobre a doença também. Teve benefícios porque aprendi mais sobre a doença e sei como lidar com ela (P2).*
> *Mudou muitas coisas na minha vida porque eu não sabia como se dava com ela (hanseníase), entendeu?! Eu participando do grupo eu aprendi como que se dá, o quê que eu tenho que fazer, o que eu não tenho. É isso! Antigamente eu não sabia né?! (P3).*

Os participantes criaram vínculo com os profissionais e com os outros pacientes em tratamento que faziam parte do grupo de autocuidado. Houve troca de experiências, cada um relatando seus sentimentos e vivências.

> *Conheci outras pessoas, a gente falou dos problemas que a gente tem (P3).*
> *É mais um contato assim com a enfermeira, tá conversando com ela normalmente. Então o benefício maior foi esse, porque sempre a enfermeira, o pessoal, tão sempre mais por fora né?! (P5).*
> *O quê que melhorou? Assim, a convivência com as pessoas e saber que a hanseníase tem cura [...] (P6).*

Alguns relataram que a partir das participações no grupo começaram a se cuidar melhor e realizaram os exercícios propostos, na busca de finalizarem bem o tratamento.

> *Depois que comecei a vir nas reuniões eu comecei a me cuidar mais direito né?! Tomar mais cuidado pra ficar melhor, pra terminar o tratamento bem (P3).*
> *Ainda hoje eu tava ali na frente, tava lembrando dos exercícios das mãos. É isso que são os benefícios que a gente consegue pegar. Às vezes pego até sem querer, eu lembro e já começo a fazer (P4).*

Um participante afirma que o conhecimento adquirido no grupo é importante para diminuir o preconceito, no entanto observou-se que alguns pacientes pareciam não acreditar que tinham realmente a doença e buscavam saber como foi e quem os "contaminaram". Evidenciou-se o preconceito e o estigma que existe em relação à hanseníase:

> *[...] saber que a hanseníase tem cura [...]. Pra mim foi importante porque acabou esse preconceito da doença, né?!. O grupo melhorou muito o entendimento e a pessoa entender que não é assim esse preconceito e acabar o preconceito que existe sobre as pessoas que tem hanseníase. Pra mim isso ai foi importante, o melhor, a conversa, as reuniões, discutindo sobre esses aspectos (P6).*
> *A busca minha é de onde me contaminei, é a principal busca. Vim para o grupo para isso, para saber das coisas e infelizmente isso aí eu não consegui saber, como é que*

eu fui contaminado. Onde? Quando? Não consegui. Isso é meu objetivo principal e porque a partir dai eu ia tomar mais cuidado dentro da família pra saber e pra evitar coisas (P4).
Eu não sei nem como é que essa doença apareceu em mim, porque eu nunca senti nada (P5).

Em relação ao perfil dos pacientes que não participaram do grupo de autocuidado**,** a faixa etária variou de 22 a 86 anos, 7 (58,33%) são do sexo feminino, 6 (50%) eram casados. Quanto à escolaridade, 4 (33,33%) tinham nível superior, 4 (33,33%) médio, 4 (33,33%) fundamental. A ocupação foi descrita como autônoma por seis (50%) dos pacientes. Todos os que não participaram do grupo tinham classificação operacional multibacilar e forma clínica dimorfa, 7 (58,33%) tinham grau de incapacidade 0 e soma OMP 0, nenhum paciente apresentou reação hansênica (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que não participaram do grupo de autocuidado

Variáveis	Sexo		Total	%Total
	Feminino	Masculino		
Faixa Etária				
20-29	2	1	3	25,00%
30-39	2	-	2	16,67%
50-59	1	1	2	16,67%
60-69	2	2	4	33,33%
80-89	-	1	1	8,33%
Estado Civil				
Casado	4	2	6	50,00%
Divorciado	-	1	1	8,33%
Solteiro	3	2	5	41,67%
Escolaridade				
Ensino Fundamental	2	2	4	33,33%
Ensino Médio	2	2	4	33,33%
Ensino Superior	3	1	4	33,33%
Ocupação				
Aposentado	1	1	2	16,67%
Atendente de Loja	1	-	1	8,33%
Autônomo	4	2	6	50,00%
Dona de Casa	1	-	1	8,33%
Funcionário publico	-	1	1	8,33%
Mecânico	-	1	1	8,33%
Classificação Operacional				
Multibacilar	7	5	12	100,00%
Forma clínica				
Dimorfa	7	5	12	100,00%
Grau de Incapacidade				
1	2	3	5	41,67%

0	5	2	7	58,33%
OMP				
0	5	2	7	58,33%
1	-	1	1	8,33%
2	1	1	2	16,67%
3	1	-	1	8,33%
4	-	1	1	8,33%
Reação				
Não	7	5	12	100,00%
Total	**7**	**5**	**12**	**100,00%**

A seguir, apresentam-se os motivos relatados pelos usuários da não participação no grupo de autocuidados, obtidos por meio das entrevistas.

Motivos da não participação no grupo

Os entrevistados destacaram como motivos de não participarem do grupo a falta de tempo, o preconceito e estigma, fatores psicológicos, mal-estar e falta de interesse.

A maioria dos entrevistados relata que não participa do grupo devido à falta de tempo em razão dos horários de trabalho, obrigação de cuidar de netos, outros compromissos assumidos. Conforme se nota nas falas:

> *Por falta de tempo né?! Assim, oportunidade mesmo e questão de horário, distância e tal. Fico mais tempo em chácara. Por isso (P7).*
> *Eu não participo devido os horários, devido também que não bate com o meu, porque eu trabalho dia todo e geralmente faço plantão a noite. Ai já tenho outro emprego e não tá batendo compatível com os horários (P15).*
> *Porque sempre nessas épocas que você me chamou eu tava trabalhando fora. Eu saio às vezes fora do estado (P8).*
> *Eu tenho outro compromisso nos dias do grupo. Eu tenho consciência de que a participação nessas rodas de conversas é de suma importância, mas infelizmente todas as vezes que você me convidou eu também tinha outros compromissos que não pude deixar de comparecer (P9).*
> *Eu fico numa chácara cuidando da minha neta porque minha filha trabalha (P17).*

Um entrevistado destaca que não participa devido à vergonha, medo de que outras pessoas descubram que está em tratamento para hanseníase, devido ao preconceito com a doença, e que isso interfira em seu trabalho.

> *Eu dei um jeito de me adaptar só que ai eu fiquei com vergonha. Porque é uma coisa que tem muito preconceito né?! E ai as pessoas ficam vendo e como eu trabalho nesse ramo (faz e vende salgados). Aí – Ai fulano faz isso, então... entendeu?! Eu já vim e voltei daqui. Tudo por causa da vergonha. Preconceito tu sabe que ainda existe demais e pelo fato assim: vai que tem alguém que conhece e sabe com quê que eu trabalho e aí não vai entender que depois que você inicia o tratamento não tem mais esse risco. Mas nem todo mundo tem esse conhecimento e entende, aí fica naquela: Ah...! Então por isso eu preferi não participar (P13).*

Outra entrevistada relata desânimo, dor no corpo e mal-estar, mas não sabe se tem relação com a doença ou se é devido ao envelhecimento.

> *Tem dias que tô desanimada, não tenho vontade de sair de casa, dá aquele desanimo! Tem horas que minha menina chega lá em casa e chama pra sair e eu ponho tudo difícil e não vou. –Ah estou com o corpo doendo, tô com mal-estar e acabo não indo. Não tenho vontade de ir para o grupo, mas não sei se pela doença que faz isso ou idade também. Às vezes porque nunca vim. Se eu viesse um dia, quem sabe (P14).*

Percebeu-se o desinteresse de um paciente em participar do grupo de autocuidado em razão do mesmo possuir conhecimento sobre o autocuidado, incluindo exercícios que deveriam ser realizados.

DISCUSSÃO

A literatura[20,21] traz que a maioria dos pacientes em tratamento para hanseníase é do sexo masculino. Os dados nacionais, estaduais e municipais também confirmam essa predominância, com 55,4%, 54,3% e 54,7%, respectivamente, segundo dados de 2017.[3] Neste estudo a porcentagem de participantes do sexo masculino foi um pouco inferior aos dados apresentados, pois correspondeu à metade da amostra.

Estudo realizado[20] com 32 pacientes com hanseníase teve como resultado que 59,4% eram do sexo masculino, a classificação operacional multibacilar foi mais frequente (81,3%), assim como forma clínica não classificada (43,8%) seguida da forma dimorfa (28,1%). De forma semelhante, uma pesquisa[21] com 129 pacientes em tratamento demonstrou que o sexo masculino predominou (62%), a classificação operacional multibacilar foi mais prevalente com 102 pacientes (79,05%), mas a forma clínica virchoviana foi a mais presente em 60 (46,51%) indivíduos, seguida pela dimorfa em 28 (21,71%) pacientes.

Na presente pesquisa verificou-se que a totalidade dos casos eram multibacilares na população estudada. No Brasil[3], quase 75% dos casos foram classificados como multibacilares em 2017, o que demonstra que os dados desse estudo são bem superiores aos nacionais, o que pode indicar diagnóstico tardio no serviço de saúde local.

Nessa pesquisa, em relação ao total de participantes, sobressaiu o grau de incapacidade 1 (10 participantes), diferente do estudo[22] com objetivo de traçar o perfil dos portadores de hanseníase de um Centro de Referência em Dermatologia em que foram observados 469 prontuários de pacientes e destes, a maioria (66,7%) apresentou grau de incapacidade zero na primeira avaliação.

O Grau de Incapacidade Física é um indicador epidemiológico que identifica pacientes com maiores chances de terem reações e novas incapacidades. O Escore OMP (olhos, mãos e pés) é a

somatória dos graus de incapacidades de cada segmento e representa uma ferramenta que proporciona mais precisão na classificação do comprometimento dos diferentes seguimentos, o que viabiliza um melhor cuidado ao paciente.[23]

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro em que foram observados 667 prontuários de pacientes com hanseníase, 377 (56,52%) dos pacientes não apresentaram reação hansênica. Os dados da presente pesquisa apresentam porcentagem maior de pacientes, em sua totalidade, sem reação hansenica (83,33%). É necessário estar atento para rápido diagnostico e cuidado da reação hansênica em razão dela ser a maior causadora de lesão no nervo periférico e incapacidades.[24]

Em pesquisa realizada[14] com 17 pacientes de hanseníase participantes de um grupo de autocuidado, em que foram aplicadas as escalas SALSA e Participação Social, observou-se que os escores de limitação de atividades variaram de 20 a 44 pontos, sendo que 72% tiveram leve limitação, 14% mostrou-se sem limitação e 14% com limitação moderada. Em relação à escala de Participação Social, 43% da amostra não tiverem restrição, 29% apresentaram leve restrição, 14% com moderada restrição e 14 % com grande restrição. Resultados semelhantes ao do presente estudo.

Da mesma forma, um estudo executado[25] com aplicação da escala de Participação Social em 20 pacientes em tratamento para hanseníase em Juiz de Fora-MG, teve como resultado que 60% deles foram classificados como sem restrição significativa. Os autores do estudo consideram que "a ausência de restrição pode ser justificada em grande parte pela ausência de sequelas causadas pela hanseníase".[25:250]

Estudo realizado em pessoas com hanseniase na Indonesia demonstrou que cerca de 60% dos pacientes relataram algum grau de limitação na execução de atividades diárias e restrição de participação. A gravidade do comprometimento da doença e nível de escolaridade, atividade e estigma foram os determinantes da participação social.[26]

Na pesquisa efetuada[27] com 54 pacientes com pós-alta medicamentosa para tratamento de hanseníase em São José do Rio Preto, a análise da escala SALSA evidenciou que 57,4% dos participantes da pesquisa tiveram algum grau de limitação das atividades, sendo 31,5% limitação leve, 18,5% moderada limitação, 7,4% muito severa limitação e 42,6 % sem limitação.

Estudo executado[28] em Sobral-CE com objetivo de caracterizar a limitação funcional, de atividade, consciência de risco e restrição à participação social em 69 pessoas atingidas pela hanseníase no pós-alta teve como resultado que na escala de participação social 64 (92,8%) indivíduos não apresentaram nenhuma restrição significativa, 4 (5,8%) leve restrição e somente 1 (1,4%), grande restrição. Em relação à escala SALSA, o escore variou de 19 a 64 pontos. Os escores mais prevalentes foram 20 pontos registrados por 16 (23,2%) pessoas e 19 pontos

observados em 9 (13%) participantes. Somente 1 (1,4%) participante pontuou escore acima de 50. O escore de consciência de risco variou de 0 a 7, onde 39 (56,5%) pontuaram 0 e somente 1 (1,4%) pontuou 7. A população do estudo era composta principalmente por mulheres, não refletindo os dados nacionais e da literatura.

Um ponto importante na escala SALSA, observado no escore de consciência de risco, é a avaliação do quanto o paciente tem ciência de suas limitações e dos riscos para realizar certas atividades. O resultado desse escore facilita a identificação de quais ações devem ser trabalhadas com o paciente para prevenção de incapacidades, sendo sugestivo para as atividades do grupo de autocuidado.[14]

Na correlação entre SALSA e Participação Social, Barbosa et al.[28] verificaram que os pacientes classificados como sem restrição à participação social estavam divididos em quase todos os escores da escala SALSA. O indivíduo que apresentou extrema restrição à participação obteve 23 pontos na escala SALSA, ou seja, não teve limitação de atividades. Resultado condizente com o presente estudo, porém com uma amostra muito maior.

A aplicação das escalas permite uma abordagem também do fator emocional, possibilitando identificar necessidades para acompanhamento individual ou em grupo. Em pesquisa[29] que questionou cinco pacientes em tratamento para hanseníase se continuavam participando das mesmas atividades após diagnóstico teve como resultado que três pacientes referiram mudanças na participação social em razão de dor e sequelas físicas ou emocionais.

Em relação ao grupo de autocuidado realizado na pesquisa, constatou-se que os escores SALSA e de Participação Social tiveram uma melhora após a quarta participação no grupo, o que ressalta sua relevância na melhora da qualidade de vida dos pacientes com hanseníase.

O grupo foi abordado com estratégias de fácil entendimento e linguagem simples, com discussões de temas e verbalização de experiências vivenciadas. A troca entre os participantes e os profissionais envolvidos proporcionou aos pacientes conhecer a hanseníase e desenvolver habilidades para o autocuidado.

Embora a equipe multiprofissional participasse das reuniões quando era focada em sua área de atuação, não se percebeu a corresponsabilização dos mesmos com o grupo, uma vez que não participaram do planejamento e organização das reuniões.

É importante a criação de espaços de acolhimento e escuta para os pacientes expressarem seus sentimentos e falarem da doença. Além disso, os profissionais precisam utilizar linguagem clara e adequada ao perfil dos pacientes afim de que as informações sejam assimiladas.[30]

As atividades educativas são vistas como essenciais no processo terapêutico do indivíduo. O profissional precisa se atentar aos variados significados que a experiência da hanseníase traz

para as pessoas acometidas e que a atividade educativa é um elo com o paciente.[31] Dessa forma, o intuito da educação em saúde é favorecer a qualidade de vida do paciente, contribuir para que este repense suas atitudes e viva mais saudável, bem como permitir que esses pacientes troquem conhecimentos e experiências, aumentando assim suas habilidades de responder às condições de saúde.[32]

Evidenciou-se na fala dos entrevistados neste estudo o reconhecimento quanto aos benefícios obtidos pela participação no grupo de autocuidado. De forma semelhante, pesquisa efetuada[33] envolvendo 20 usuários em tratamento para hanseníase na Zona da Mata Mineira, mostrou que os pacientes que participavam de grupos de apoio relataram benefícios pela troca de experiências, conhecimento sobre a doença e orientações de autocuidado que os profissionais de saúde proporcionavam.

Outro estudo[34] identificou que os pacientes compreenderam a importância do grupo de autocuidado como ferramenta de informação, local de escuta e de aprendizado em saúde, bem como instrumento de promoção da adesão do tratamento e de minimização do preconceito.

Nesse mesmo sentido, pesquisa[32] com objetivo de avaliar o conhecimento adquirido sobre prevenção de incapacidades no controle da hanseníase pelos participantes de um grupo de autocuidado em um hospital constatou que participar das reuniões do grupo melhorou bastante o conhecimento sobre autocuidado.

Pesquisa realizada em Moçambique com objetivo de compreender as percepções das pessoas com hanseniase em relação aos beneficios e desafios dos grupos de autocuidado apresentou como resultado que a maioria dos entrevistados demonstraram estarem satisfeitos em participar dos grupos e obtiveram melhor compreensão sobre as incapacidades e feridas, autonomia para lutar pelos direitos, socialização e criação de vinculos, oportunidade para sair de casa, entre outros.[35]

A doença muda o cotidiano do paciente devido a alterações em seu estilo de vida. As reações quanto ao diagnóstico e tratamento e a forma de entender as situações são diferentes para cada pessoa/paciente. Assim, o paciente precisa ser orientado a se autoconhecer, ser capaz de escolher a maneira de viver após diagnóstico e direcionar seu autocuidado, não apenas ser instruído para prática tradicional de tratamento.[11]

Identificou-se muitas justificativas dos pacientes para não participarem do grupo de autocuidado, mas, embora não expressado na maioria das falas, percebeu-se que muitos não participam por não desejarem expor à comunidade devido ao estigma e preconceito que a doença ainda carrega.

Em pesquisa realizada por Pelizzari et al.[36], os pacientes relataram sentir vergonha ao falar

que tinham hanseníase para outras pessoas, seja em virtude do medo da doença pelo outro ou pelo receio de preconceito. Os entrevistados referiram conviver com estigma e preconceito. Receber o diagnóstico para eles foi motivo de angústia e resistência, visto que não esperavam ter a doença.

Um impasse para os pacientes de hanseníase consiste em contar ou não o diagnóstico para outras pessoas, isso ressalta o preconceito que as pessoas ainda apresentam e o autopreconceito. Nesse sentido, evidenciam-se concepções negativas que podem ser resultado da falta de conhecimento sobre a hanseníase ou do estigma milenar ainda presente, que pode os levar ao isolamento.[37]

Pesquisa desenvolvida na India sobre perfil social e psicológico de 251 individuos com hanseniase demonstrou que a maioria (88,4%) dos pacientes não sofreu atitude negativa de outras pessoas que sabiam de seu diagnóstico, entretanto, praticamente todos tiveram reação de luto e medo de sofrerem discriminação no ambiente social quando receberam o diagnóstico. Quase metade referiu sentir medo de ser taxado de pecador e 14% foram indiferentes e trataram a hanseniase como qualquer outra doença. Alguns pacientes evitaram participar de reuniões sociais após o diagnóstico.[38]

Loures et al.[33] demonstraram o desconhecimento dos pacientes sobre a doença, a importância que estes davam à cura pelo receio de transmitir aos familiares e a relação de apoio em que a família foi a maior fonte de suporte. A participação social não teve alteração, mas alguns pacientes referiram ter se afastado do convívio social por várias razões, não obrigatoriamente devido à hanseníase.

O suporte social é uma fonte de proteção, conforme modelo biopsicossocial de saúde, onde ouvir o indivíduo é primordial e o cuidado não deve ser focado apenas na doença, mas em todo o contexto social em que esse indivíduo está situado.[25] Os familiares são importantes no acompanhamento e enfrentamento da hanseníase por conviverem e estarem próximos dos pacientes.[36] Dessa forma, o suporte dos profissionais, familiares e amigos é importante para que o paciente tenha autoestima, fortaleça seus vínculos e tenha participação plena da vida.[29]

CONCLUSÃO

Nesse estudo, constatou-se que a adesão ao grupo pelos pacientes em tratamento ainda é baixa e as justificativas por não comparecer são muitas. Portanto, torna-se necessário continuar a análise das causas da não adesão e o planejamento de estratégias para maior participação. Uma equipe multiprofissional mais empenhada no grupo de autocuidado e o convite às famílias dos pacientes para participarem do grupo pode favorecer a adesão desses pacientes, assim como diminuir o estigma e o preconceito com a doença.

Por outro lado, os pacientes que participaram do grupo relataram que os encontros são muito importantes e se sentiram mais confiantes para lidar com a doença e o tratamento. Dessa forma, os grupos de autocuidado podem auxiliar na prevenção das consequências da hanseníase, ser fonte de suporte aos pacientes para enfrentarem melhor a doença e melhorarem a qualidade de suas vidas.

A limitação de atividades e a participação social dos pacientes podem ser prejudicadas devido à hanseníase, no entanto, o grupo de autocuidado contribui favoravelmente para que a interferência da doença na vida diária do indivíduo seja mais amena.

Destaca-se como limitações deste estudo a reduzida amostra devido à realidade própria do centro de saúde, com um número relativamente pequeno de pacientes acompanhados durante o período de coleta de dados e que estivessem dentro dos critérios de inclusão/exclusão do estudo. No entanto, além da contribuição científica e a potencialidade de somar conhecimento, o estudo tem papel social na busca pela diminuição do estigma da doença e inclusão social dos pacientes a partir da prevenção de incapacidades e de limitação de atividades através do autocuidado.

O enfermeiro como profissional que tem função estratégica para acolhimento e atendimento integral do paciente junto à equipe, além de ser o principal responsável pela organização do serviço, pode incentivar o uso das escalas Salsa e Participação Social pela equipe e a criação de grupo de autocuidado para melhor acompanhamento do paciente.

Sugerem-se novas pesquisas com amostra maior para descrição de como a hanseníase interfere no dia-a-dia do paciente em relação à limitação de atividades e participação social.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de prensa. Lepra. Ginebra: OMS. 2018 [Citado em: 9 dezembro 2018]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/.

2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory data repository. Leprosy-Number of new leprosy cases. Data by country. Geneva: WHO. 2018 [Citado em: 28 dezembro 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/view.main.95300.

3. DATASUS (Brasil). Informações de Saúde (Tabnet). Epidemiológicas e morbidade. Casos de Hanseníase (SINAN). Hanseníase. Geral-indicadores de 2017. Brasil: Ministério da Saúde. 2018 [Citado em: 18 janeiro 2019]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr17.def.

4. Lima IB, Simpson CA, Cabral AMF. Limitação de atividades e participação social em pacientes com hanseníase. Rev enferm UFPE on line. 2014 Abr; 8(4): 994-1001.

5. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. Texto Contexto Enferm. 2009 Jan/Mar; 18(1):100-7.

6. Girardi DR, Takahara AL. Autoestima em portadores de hanseníase e diabetes: Variáveis das escalas salsa e participação com o apoio das Redes bayesianas. FAE - Centro Universitário, Núcleo de Pesquisa Acadêmica – NPA. Programa de Apoio à Iniciação Científica - PAIC 2013-2014. Disponível em: https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/article/viewFile/76/75.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase: caderno do monitor. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

9. Batista TVG, Vieira CSCA, Paula MAB. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2014; 24(1):89-104.

10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

11. Souza IA, Ayres JA, Meneguin S, Spagnolo RS. Autocuidado na percepção de pessoas com hanseníase sob a ótica da complexidade. Esc Anna Nery, Rev de Enferm. 2014 Jul/Set; 18(3): 510-514.

12. Galan NGA, Beluci ML, Marciano LHSC, Prado RBR, Oliveira NGG, Bonini AG, et al. Avaliação da prática do autocuidado domiciliar em hanseníase. Hansen Int. 2014;39(2):27-35.

13. SALSA SCALE. Users Manual. Version 1.1. Date of last revision: 21 st July 2010. Disponível em: https://www.infontd.org/files/SALSA%20manual%20v1.1pdf_0.pdf.

14. Oliveira LR, Nascimento AR, Nascimento MMP, Pereira AP, Lemos ICS, Kerntopf MR. Limitação de atividades e participação social entre usuários de um grupo de autocuidado em hanseníase. R. Interd. 2016 Jan/Fev/Mar; 9(1):171-181.

15. PARTICIPATION SCALE. Users Manual. Version 6.0. Date of last revision: 16 st. April 2010. Disponível em: https://www.infontd.org/files/Participation%20Scale%20Users%20Manual%20v.%206.0_1.pdf.

16. INFOLEP. Leprosy Information Services. Participation Scale Old version. Disponível em: https://www.leprosy-information.org/keytopic/participation-scale-old-version.

17. Pádua EMM. Metodologia da pesquisa**:** abordagem teórica-prática. 10ª edição.Campinas: Papirus; 2004.

18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Persona Edições; 1977.

19. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

20. Gaudenci EM, Nardelli GG, Almeida Neto OP, Malaquias BSS, Carvalho BT, Pedrosa LAK. Qualidade de vida, sintomas depressivos e incapacidade física de pacientes com hanseníase. Hansen Int. 2015; 40(2): 48-58.

21. Palú FH, Cetolin SF. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo oeste catarinense, 2004 a 2014. Arq. Catarin Med. 2015 Abr/Jun; 44(2): 90-98.

22. Moura ADA, Albuquerque ERO, Chaves ES, Souza AR, Lima GG, Chaves CS. Perfil dos portadores de hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro. Rev enferm UERJ. 2016; 24(6).

23. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

24. Silva SF, Griep RH. Reação hansênica em pacientes portadores de hanseníase em centros de saúde da Área de Planejamento 3.2. do Município do Rio de Janeiro. Hansen Int. 2007; 32 (2): 155-162.

25. Loures LF, Mármora CHC. Suporte e participação social em indivíduos com hanseníase. O Mundo da Saúde. 2017; 41(2): 244-252.

26. Brakel WHV, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. Glob Health Action. 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18394.

27. Ikehara E, Nardi SMT, Ferrigno ISV, Pedro HSP, Paschoal VDA. Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase**.** Acta fisiatr. 2010; 17(4):169-174.

28. Barbosa JC, Ramos Jr AN, Alencar MJF, Castro CGJ. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. Rev Bras Enferm. 2008; 61(esp): 727-33.

29. Marinho FD, Macedo DCF, Sime MM, Paschoal VDA, Nardi SMT. Percepções e sentimentos diante do diagnóstico, preconceito e participação social de pessoas acometidas pela hanseníase. Arq. Ciênc. Saúde. 2014 Jul/Set; 21(3): 46-52.

30. Nunes JM, Oliveira EM, Vieira NFC. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl. 1): 1311-18.

31. Silva MCD, Paz EPA. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. Esc Anna Nery, Rev Enferm. 2010 Abr/Jun; 14(2): 223-229.

32. Pinheiro MGC, Silva SYB, Silva FS, Ataide CAV, Lima IB, Simpson CA. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. REME, Rev Min Enferm. 2014 Out/Dez; 18(4): 901-906.

33. Loures LF, Mármora CHC, Barreto J, Duppre NC. Percepção do estigma e repercussões sociais em indivíduos com hanseníase. Psicologia em Estudo. 2016 Out/Dez; 21(4):665-675.

34. Duarte LMCPS, Simpson CA, Silva TMS, Moura IBL, Isoldi DMR. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. Rev enferm UFPE on line. 2014 Ago; 8(8): 2816-22.

35. Deepak S, Hansine PE, Braccini C. Self-care groups of leprosy-affected people in Mozambique. Lepr Rev. 2013; 84: 283–291.

36. Pelizzari VDZV, Arruda GO, Marcon SS, Fernandes CAM. Percepções de pessoas com hanseníase acerca da doença e tratamento. Rev Rene. 2016 Jul/Ago; 17(4): 466-74.

37. Carneiro DF, Silva MMB, Pinheiro M, Palmeira IP, Matos EVM, Ferreira AMR. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. Rev. baiana enferm. 2017; 31(2).

38. Kumar S, Pandey SS, Kaur P. Psychosocial consequences of leprosy patients in eastern up. Indian J. Prev. Soc. Med. 2014; 45(1-2).

REVISTA CEREUS

Desafios e enfrentamentos de residentes na avaliação de contatos de pacientes com hanseníase na Atenção Primária à Saúde em Palmas-TO

Challenges and coping strategies of residents in evaluating contacts of Leprosy patients in Primary Health Care in Palmas-TO

Alessandra Kelle Soares de Sousa[1], Marli da Silva Pimentel[2], Marcela Antunes Paschoal Popolin[3]

[1] Fisioterapeuta, Especialista em Saúde da Família e Comunidade e Especialista em Saúde Coletiva –Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), *Campus* Palmas e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP).

E-mail:

fisioalessandrasoares@gmail.com

[2] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS).

[3] Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Tocantins.

RESUMO

A Hanseníase é uma doença crônica e infectocontagiosa, exigindo avaliação de contatos para diagnóstico precoce e prevenção; sem tratamento, pode levar à incapacidade física. Este estudo teve como objetivo identificar os principais desafios enfrentados pelos residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na avaliação de contatos de pacientes com hanseníase na Atenção Primária à Saúde em Palmas - TO. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com participação de residentes médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário online com 14 questões fechadas, analisadas de forma descritiva e exploratória. Os principais desafios encontrados foram falta de agendas específicas para avaliação de contatos, falhas na educação em saúde, ausência dos contatos durante consultas e suporte insuficiente da gestão. A busca ativa foi a estratégia mais comum, mas ainda ineficaz. Outras abordagens, como mutirões e visitas domiciliares, são raramente implementadas. Conclui-se que é necessário reorganizar as agendas, criar horários específicos para a avaliação de contatos, reforçar o suporte aos profissionais e promover ações como mutirões e visitas domiciliares, com o objetivo de melhorar o acompanhamento e interromper a transmissão da hanseníase.

Palavras-chave: Barreira Ao acesso aos Cuidados de Saúde. Estratégias de Saúde. Diagnóstico Precoce. Hanseníase. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic and infectious disease, requiring contact evaluation for early diagnosis and prevention. Without treatment, it can lead to physical disability. The objective of this study was to identify the main challenges faced by residents of the Family and Community Medicine Residency Program and the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health in evaluating contacts of leprosy patients in Primary Health Care in Palmas - TO. This is a cross-sectional, quantitative study involving medical residents, nurses, and physiotherapists. Data collection was conducted through an online questionnaire with 14 closed-ended questions, analyzed descriptively and exploratorily. The main challenges identified were the lack of specific schedules for contact evaluation, failures in health education, absence of contacts during consultations, and insufficient management support. The most common strategy was active case finding, though still ineffective. Other approaches, such as mass campaigns and home visits, are rarely implemented. It is concluded that there is a need to reorganize schedules, create specific time slots for contact evaluation, strengthen support for professionals, and promote actions such as mass campaigns and home visits, with the aim of improving monitoring and interrupting the transmission of Leprosy.

Keywords: Barriers to Access of Health Services. Health Strategies. Early Diagnosis Leprosy. Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica infectocontagiosa, sendo o *Mycobacterium leprae* o agente etiológico, com capacidade de infectar os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. As pessoas com diagnóstico de hanseníase têm direito a tratamento sem custos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da poliquimioterapia (PQT) disponível em qualquer Unidade de Saúde da Família (USF). O tratamento pela PQT rompe a capacidade de transmissão do bacilo em poucos dias, curando a doença (BRASIL, 2017).

De acordo com os dados de 2023, a redução do número de novos casos tem sido gradual em todo o mundo. Brasil, Índia e Indonésia continuam a relatar mais de 10.000 novos casos por ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2025). O estado do Tocantins ocupa o segundo lugar em registros de casos novos, com 47,97 casos por 100 mil habitantes, enquanto sua capital, Palmas, possui uma taxa de 79,78 casos para cada 100 mil habitantes, sendo a maior entre as demais capitais do país (BRASIL, 2023).

Dentre os atores envolvidos no controle da hanseníase, a atenção primária à saúde (APS) tem papel importante, visto que o diagnóstico da doença é majoritariamente clínico, e grande parte dos casos pode ser confirmada na APS (BRASIL, 2023). A APS é formada por um conjunto de ações de saúde, seja individual ou coletiva, englobando medidas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos, ações de vigilância, bem como reabilitação dos usuários, com foco de oferta em saúde à população em territórios específicos (BRASIL, 2017a).

Frente a isso, o Ministério da Saúde aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase, a partir do modelo de combate à doença baseado no diagnóstico precoce, no tratamento e nas incapacidades, prevenção e vigilância dos contatos domiciliares do paciente diagnosticado, sendo função da APS a sua execução e, quando necessário, assegurar atendimento especializado em outros níveis de saúde (BRASIL, 2010).

Considera-se contato intradomiciliar qualquer pessoa que resida ou tenha residido no passado com o paciente diagnosticado com hanseníase, pelo menos nos últimos cinco anos. Os contatos devem passar por Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), independentemente de já terem recebido orientações sobre sinais e sintomas da doença (BRASIL, 2010).

Diante disso, entende-se que a avaliação de contatos é fundamental para o diagnóstico precoce e a prevenção da doença, uma vez que, se não tratada precocemente, a hanseníase evolui de forma lenta e progressiva, podendo acometer os pacientes com graus de incapacidade física, resultando em diminuição da qualidade de vida, afetando o trabalho, o social, o lazer, a renda e outros aspectos (BRASIL, 2017).

Entre 2013 e 2021, o Brasil demonstrou aumento no indicador em relação à proporção de contatos que foram examinados, dentre os casos novos. Porém, mesmo com esse aumento, o país permaneceu em um parâmetro considerado regular (BRASIL, 2023). Autores como Lanza (2014) e Lobato; Neves; Xavier (2016) demonstram uma ineficiência na avaliação e controle de contatos, apontando fragilidade na vigilância, culminando em baixo diagnóstico precoce e manutenção do ciclo de transmissão da doença. Em Palmas-TO, um dos principais problemas encontrados é a ausência de registro de contatos de pacientes com hanseníase nas fichas de notificação advindas das USF, além da falta de avaliação dos poucos contatos que são registrados.

Assim sendo, este estudo possui relevância, visto que esse fato dificulta a quebra da cadeia de transmissão, acarretando diagnósticos tardios e graves graus de incapacidade, culminando em sequelas (BRASIL, 2017; BRASIL, 2023), além de recidivas em pacientes que terminam o tratamento, devido à nova exposição ao bacilo por contato domiciliar infectado.

Dessa forma, pressupõe-se que compreender quais barreiras precisam ser transpassadas e quais estratégias são utilizadas para enfrentá-las poderá contribuir para o aumento do número de avaliações de contatos de pacientes com hanseníase na APS em Palmas-TO, além de otimizar a vigilância em saúde nas USF, promovendo melhoria nas ações de controle da doença.

Cabe destacar que o município oferece, por meio da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), residências médicas e multiprofissionais, tendo como cenário de atuação a APS. Os residentes são profissionais de saúde que exercem papel fundamental nesse contexto, pois atendem pacientes com hanseníase e seus contatos, atuando no cuidado continuado desses usuários. Por isso, é relevante identificar os desafios e enfrentamentos que esses profissionais observam em sua prática profissional.

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer os principais desafios e enfrentamentos dos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e

Comunidade (PRMSFC) na avaliação de contatos de pacientes com hanseníase na APS no município de Palmas-TO.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizada em Palmas/TO, que está dividida em oito territórios de saúde e 34 USF. A população da pesquisa foi composta por 31 profissionais médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, residentes do segundo ano da residência (R2) do PRMFC e do PRMSFC, atuantes na APS com pelo menos seis meses de experiência no atendimento a pacientes com hanseníase, sendo excluídos do estudo os profissionais que estivessem de licença ou férias no período de coleta dos dados. A coleta ocorreu entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, utilizando um questionário *online* (Google Forms), disponibilizado via QR Code, nas 13 USF do município, onde os residentes atuavam, com divulgação nos murais da unidade e em grupos de *WhatsApp* dos programas de residência. A participação também foi incentivada pessoalmente pela pesquisadora em encontros de tutoria dos residentes.

O questionário, adaptado do estudo de Moura et al. (2012), continha 14 questões fechadas, com respostas em escala *Likert* de cinco pontos, abordando aspectos considerados desafios e enfrentamentos para a avaliação de contatos dos pacientes com hanseníase pelos profissionais, como organização de agenda, educação em saúde, capacitação, rotatividade dos profissionais, gestão, busca ativa de contatos e visitas domiciliares. Cabe destacar que não se deixou explícito no questionário quais questões eram consideradas desafios e/ou enfrentamentos, para não interferir na resposta dos residentes e torná-las tendenciosas. Também foram incluídas perguntas sobre o perfil dos participantes, como idade, sexo, categoria profissional, vínculo com a USF e tempo de trabalho.

Os dados foram organizados no Programa Microsoft Excel 2016 e analisados por meio de análise descritiva e exploratória, com cálculo de frequências absolutas e relativas. Para análise e apresentação dos resultados, as USFs foram descritas com nomes fictícios, designadas pela autora do estudo, visando preservar o anonimato. Ademais, as questões relacionadas aos desafios e enfrentamentos foram separadas e construídas tabelas para cada categoria. A pesquisa seguiu as normas éticas da Resolução nº 466/12 do CNS/MS, Resolução nº 510/16 e Resolução CONEP nº 738/24, com aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPPI) da FESP e do Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) da FESP (parecer nº 7.092.187). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informados sobre a voluntariedade, anonimato, privacidade e a possibilidade de desistir a qualquer momento, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

3. RESULTADOS

Dos 31 profissionais residentes, apenas 10 responderam ao questionário, sendo que, destes, somente oito foram considerados para o estudo, visto que dois participantes não preencheram o TCLE. Dos oito residentes, três (37,5%) tinham idade inferior a 30 anos, quatro (50%) possuíam idade superior a 30 anos e um (12,5%) não teve a idade identificada, pois preencheu a data de nascimento incorretamente. Cinco (62,5%) eram do sexo feminino e três (37,5%) eram do sexo masculino. A categoria profissional com maior participação foi a dos residentes de medicina, correspondendo a cinco (n= 5; 62,5%); os residentes enfermeiros (n=2; 25%) e os residentes fisioterapeutas (n=1; 12,5%).

No que diz respeito às unidades nas quais estavam vinculados, quatro (50%) responderam que trabalhavam na USF Aurora, dois (25%) na USF Flor, um (12,5%) na USF Alvorada e um (12,5%) na USF Renascer. Ademais, em relação ao período de tempo de atuação naquela USF, sete (87,5%) responderam que trabalhavam há mais de um ano, e um (12,5%) há menos de um ano (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil do profissional residente atuante nas Unidades de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde de Palmas, Tocantins, 2024.

Variáveis	N (8)	% (100)
Idade		
< 30 anos	3	37,5
> 30 anos	4	50
Não se aplica	1	12,5
Sexo		
Feminino	5	62,5
Masculino	3	37,5
Categoria Profissional		
Enfermeiro	2	25
Médico	5	62,5
Fisioterapeuta	1	12,5
USF Vinculado		
Aurora	4	50
Flor	2	25
Alvorada	1	12,5
Renascer	1	12,5
Arco-íris	0	0
Luz	0	0
Borboleta	0	0
Cores	0	0
Bem-estar	0	0
Esperança	0	0
Jardim	0	0
Sol	0	0

Lua	0	0
Céu Azul	0	0
Tempo de trabalho na(s) USF(s)		
Mais de um ano	7	87,5
Menos de um ano	1	12,5

Fonte: Construção dos autores
Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa

A Tabela 2 apresenta os resultados relacionados aos desafios encontrados pelos residentes em relação à avaliação de contatos de pacientes com hanseníase. No que diz respeito à agenda com horários reservados para a avaliação de contatos de pacientes com hanseníase, quatro (50%) residentes, sendo duas enfermeiras e dois médicos, responderam que sempre organizam a agenda com horários reservados; três (37,5%) residentes, médicos e fisioterapeuta, relataram que quase nunca reservam a agenda, enquanto um (12,5%) residente médico respondeu que, às vezes, reserva a agenda.

Outro desafio está relacionado à realização de atividades de educação em saúde voltadas para os contatos de pacientes com hanseníase. Dois (25%) residentes, uma enfermeira e uma médica, responderam que nunca realizam atividades de educação em saúde, enquanto três (37,5%), um médico, uma enfermeira e uma fisioterapeuta, relataram que às vezes realizam, e três (37,5%) residentes médicos quase nunca realizam.

Ademais, os residentes responderam com que frequência observavam a ausência do contato de pacientes com hanseníase em avaliações neurológicas simplificadas pré-agendadas. Dois (25%) residentes médicos responderam que às vezes os contatos faltam às avaliações agendadas, e seis (75%), dentre os quais duas enfermeiras, duas médicas, um médico e uma fisioterapeuta, responderam que quase sempre os contatos faltam às avaliações agendadas.

No que tange à frequência com que observam a atuação da gestão no âmbito de organização e suporte (investimento em educação permanente, apoio na discussão de casos clínicos, melhoria da infraestrutura e presença de profissionais com perfil adequado na equipe), três (37,5%) residentes, dois da categoria médica e uma enfermeira, responderam que quase nunca; três (37,5%), dois médicos e uma fisioterapeuta, responderam que nunca; e dois (25%) residentes, uma enfermeira e um médico, responderam que às vezes.

Tabela 2. Desafios identificados pelos residentes das Unidades de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde em relação a avaliação de contato de pacientes com hanseníase, Palmas, Tocantins, 2024.

Desafios na avaliação de contato de pacientes com hanseníase nas Unidades de Saúde da Família	N (8)	% (100)
***Pergunta 1 - Organização da Agenda**		
1 Nunca	0	0
2 Quase nunca	3	37,5
3 Às vezes	1	12,5
4 Quase sempre	0	0
5 Sempre	4	50
***Pergunta 2 - Atividades de educação em saúde**		
1 Nunca	2	25
2 Quase nunca	3	37,5
3 Às vezes	3	37,5
4 Quase sempre	0	0
5 Sempre	0	0
***Pergunta 3 - Capacitações para Manejo em Hanseníase e Avaliações Neurológicas Simplificadas**		
1 Nunca	2	25
2 Quase nunca	3	37,5
3 Às vezes	1	12,5
4 Quase sempre	1	12,5
5 Sempre	1	12,5
***Pergunta 11 - Ausência dos contatos em avaliações pré-agendadas**		
1 Nunca	0	0
2 Quase nunca	0	0
3 Às vezes	2	25
4 Quase sempre	6	75
5 Sempre	0	0
***Pergunta 12 - Rotatividade dos profissionais da APS**		
1 Nunca	1	12,5
2 Quase nunca	0	0
3 Às vezes	3	37,5
4 Quase sempre	1	12,5

5 Sempre	3	37,5
***Pergunta 13 - Atuação da Gestão como suporte**		
1 Nunca	3	37,5
2 Quase nunca	3	37,5
3 Às vezes	2	25
4 Quase sempre	0	0
5 Sempre	0	0

*Nota: Pergunta do questionário relacionada aos desafios da avaliação de contato dos pacientes com hanseníase
Fonte: Construção dos autores
Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa

A Tabela 3 apresenta os resultados relacionados às estratégias de enfrentamento que os residentes demonstraram realizar ou não em relação à avaliação dos contatos de pacientes com hanseníase. Dois (25%) residentes da medicina quase nunca realizam a busca ativa de contatos de pacientes com hanseníase, um (12,5%) residente médico às vezes realiza, três (37,5%) residentes, sendo uma enfermeira, uma fisioterapeuta e um médico, realizam quase sempre e dois (25%) residentes, um médico e uma enfermeira, realizam sempre.

Em relação à frequência em que são realizados mutirões de avaliação de contatos de pacientes com hanseníase nas USF em que estão inseridos, quatro (50%) residentes, uma enfermeira e três médicos, relataram que nunca foram realizados mutirões; três (37,5%) residentes, um médico, uma enfermeira e uma fisioterapeuta, relataram que às vezes ocorrem mutirões, enquanto um (12,5%) médico relatou que quase sempre ocorrem.

Outro ponto abordado foi a frequência com que acontecem avaliações de contatos de pacientes com hanseníase em campanhas, como exemplo, o janeiro roxo (mês de conscientização sobre a doença). Quatro (50%) residentes, uma enfermeira e três médicos, relataram que nunca acontecem, duas (25%) residentes, uma médica e uma enfermeira, relataram que quase nunca acontecem, um (12,5%) médico relatou que quase sempre acontecem e uma (12,5%) fisioterapeuta relatou que acontece sempre.

Outra estratégia de enfrentamento seria a visita domiciliar aos contatos. Neste item, seis (75%) residentes, sendo uma enfermeira, uma fisioterapeuta, duas médicas e dois médicos, responderam que nunca realizam visitas, enquanto uma (12,5%) enfermeira relatou que quase nunca realiza e um (12,5%) residente médico relatou que às vezes realiza.

Ademais, os residentes responderam se observavam algum outro aspecto que não foi mencionado no questionário. Cinco (62,5%) residentes, sendo quatro da categoria médica e uma enfermeira, relataram que não, enquanto três (37,5%), um médico, uma fisioterapeuta e uma enfermeira, responderam que sim. A enfermeira não relatou qual outro aspecto observava, enquanto o médico relatou: "Às vezes os pacientes complexos não são avaliados por especialista em Hansenologia através da regulação municipal". A fisioterapeuta relatou: "Eu fui convidada para ajudar a fazer a ANS somente de uma unidade. Em dois anos, eu só tive contato direto com a ANS neste ano, 2025."

Tabela 3. Estratégias de enfrentamentos identificadas pelos residentes das Unidades de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde em relação a avaliação de contato de pacientes com hanseníase, Palmas, Tocantins, 2024.

Estratégias de enfrentamentos na avaliação de contato de pacientes com hanseníase nas Unidades de Saúde da Família	N (8)	% (100)
***Pergunta 4 - Busca ativa de contatos**		
1 Nunca	0	0
2 Quase nunca	2	25
3 Às vezes	1	12,5
4 Quase sempre	3	37,5
5 Sempre	2	25
***Pergunta 5 - Mutirões de avaliações de contatos**		
1 Nunca	4	50
2 Quase nunca	0	0
3 Às vezes	3	37,5
4 Quase sempre	1	12,5
5 Sempre	0	0
***Pergunta 6 - Realização de busca ativa de contatos**		
1 Nunca	1	12,5
2 Quase nunca	1	12,5
3 Às vezes	2	25
4 Quase sempre	2	25
5 Sempre	2	25
***Pergunta 7 - Planejamento de mutirões de avaliações de contatos**		
1 Nunca	3	37,5

2 Quase nunca	0	0
3 Às vezes	3	37,5
4 Quase sempre	2	25
5 Sempre	0	0
***Pergunta 8 - Avaliações de contatos no janeiro roxo**		
1 Nunca	4	50
2 Quase nunca	2	25
3 Às vezes	0	0
4 Quase sempre	1	12,5
5 Sempre	1	12,5
***Pergunta 9 - Visitas domiciliares aos contatos**		
1 Nunca	6	75
2 Quase nunca	1	12,5
3 Às vezes	1	12,5
4 Quase sempre	0	0
5 Sempre	0	0
***Pergunta 10 - Compartilha com E-Multi sobre os contatos**		
1 Nunca	3	37,5
2 Quase nunca	2	25
3 Às vezes	1	12,5
4 Quase sempre	1	12,5
5 Sempre	1	12,5
***Pergunta 14 - Observação de outros aspectos**		
1 Sim	3	37,5
2 Não	5	62,5

*Nota: Pergunta do questionário relacionada aos enfrentamentos da avaliação de contato dos pacientes com hanseníase
Fonte: Construção dos autores
Legenda: N, frequência absoluta; %, frequência relativa

4. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi conhecer os principais desafios e enfrentamentos dos residentes do PRMFC e do PRMSFC na avaliação de contatos de pacientes com hanseníase na APS no município de Palmas-TO. Apesar da ampla divulgação, a pesquisa

enfrentou baixa adesão dos residentes, indicando uma resistência dos profissionais residentes de saúde à participação em estudos, mesmo com o uso de ferramentas tecnológicas. A baixa taxa de resposta foi a principal limitação do estudo, impactando diretamente os resultados obtidos.

Em relação ao perfil encontrado, é relevante ressaltar que a categoria profissional com maior participação foi a médica, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria dos residentes estar concentrada nessa área. Embora o número de residentes enfermeiros seja considerável, sua participação na pesquisa foi limitada. Já os fisioterapeutas tiveram uma presença reduzida no estudo. Contudo, é importante destacar que todas as categorias envolvidas desempenham um papel fundamental na Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) dos contatos, sendo essenciais para o processo de cuidado e acompanhamento.

Observou-se que a categoria médica e fisioterapeuta são as que enfrentaram maiores desafios para reservar horários para atendimentos de contatos de pacientes com hanseníase, embora reconheçam a importância dessa ação. A alta demanda de consultas nas USF dificulta o atendimento, já que médicos têm pouco tempo para realizar avaliações periódicas, incluindo a ANS. Barbosa, Elizeu e Penna (2012) associam essas dificuldades à persistência do modelo biomédico na APS brasileira. O estudo também revelou que o enfermeiro é visto como o único profissional a realizar atendimentos centrados na família, enquanto os médicos mantêm o foco em consultas programadas ou de demanda espontânea, um modelo ainda em fase inicial para atender às necessidades dos pacientes e seus familiares. Lanza e Lana (2011) compartilham essa visão, destacando que ações coletivas sobre a hanseníase ocorrem de forma esporádica.

A ausência de agenda dedicada para os contatos, notadamente pela fisioterapeuta, pode ser explicada pelo fato de a Equipe Multiprofissional (E-multi) trabalhar com encaminhamentos de pacientes via Sistema de Regulação. Assim, uma alternativa seria encaminharem esses contatos à fisioterapia para ANS, bem como a equipe de Saúde da Família (eSF) e a Equipe Multiprofissional (E-multi) discutirem os casos em reuniões. Um ponto destacado nos resultados foi a dificuldade da fisioterapeuta em ser incluída nas ANS, apesar de já atuar há dois anos na USF.

A respeito da educação em saúde, observou-se uma fragilidade, especialmente pelos residentes médicos e enfermeiros, nas ações voltadas ao incentivo dos contatos para realização das avaliações periódicas, bem como aos modos de identificar sinais da hanseníase. É provável que isso esteja associado à dificuldade dos profissionais em

abordarem a educação em saúde constantemente e de maneira holística, para além das atividades em sala de espera (que, embora relevantes, possuem curta duração), somado à promoção de atividades que incluam amplamente a comunidade, mas também considerando determinadas doenças e o público a que ela mais atinge, como a hanseníase e seus contatos.

Frequentemente, observa-se que a educação em saúde se restringe a métodos convencionais, ao invés da adoção de práticas que envolvam a comunidade de maneira mais significativa, eficiente e integrada. Santos, Castro e Falqueto (2008) relatam a efetividade da educação em saúde em seu estudo, quando 69% dos participantes relataram ter procurado o posto de saúde após notarem o surgimento de manchas no corpo. Esse dado sugere que a população tem algum conhecimento sobre os sinais da doença, o que pode indicar um trabalho eficaz das equipes no processo educativo em saúde.

Dentre os achados do estudo, a ausência do contato a consultas pré-agendadas configurou-se como um grande desafio. Nesse quesito, observou-se que as três categorias profissionais observaram a ausência dos contatos em seus atendimentos, podendo-se atribuir como um dos fatores o medo do diagnóstico, acrescido ao estigma da doença (TEMOTEO et al., 2013).

O medo e o estigma da hanseníase são difíceis de erradicar e exigem uma abordagem integrada, incluindo a disseminação de informações sobre a doença e seu tratamento, campanhas de mídia que desmistifiquem crenças equivocadas, e a promoção de testemunhos de pessoas curadas. Além disso, ações como o estabelecimento de contatos entre a comunidade e pacientes tratados, incentivo ao autocuidado, reabilitação e serviços de aconselhamento podem ajudar a melhorar a imagem das pessoas afetadas e aumentar sua autoestima (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Além disso, em geral, os contatos não são bem esclarecidos sobre os sinais e sintomas da hanseníase, seu período de incubação e a importância de ser avaliado pelo menos uma vez ao ano, o que acarreta uma visão de que não necessitam ser submetidos a uma ANS, uma vez que não identificam nenhuma causa que justifique ser avaliados. Temoteo et al (2013) identificaram em seu estudo seis categorias temáticas que impediam os contatos de ir à USF para avaliação, dentre eles a ausência de sintomas ou sinais da doença e o receio relacionado às etapas do exame, o que sugere a falta de informações adequadas. Esse aspecto está diretamente ligado à educação em saúde, que, no contexto dessa pesquisa, se mostrou insuficiente. Assim, é fundamental que as equipes de saúde

busquem formas de contatar essas pessoas para realizar as avaliações, mesmo na ausência de sintomas.

A busca ativa dos contatos tem sido uma estratégia adotada por alguns residentes para ampliar a avaliação de contatos. Observou-se que residentes enfermeiros e fisioterapeutas realizam mais frequentemente essa abordagem, enquanto residentes médicos enfrentam mais dificuldades. Esse resultado pode ser explicado pela relação direta da enfermagem com a liderança das equipes de saúde da família e a maior proximidade com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), essenciais para a busca ativa, devido ao seu conhecimento profundo da comunidade.

Santos, Castro e Falqueto (2008) destacam em seu estudo que 5,5% dos participantes foram encaminhados ao posto de saúde pelos ACS, evidenciando a importância desses profissionais na busca ativa. Em 1998, a OMS destacou a importância do contato dentro do domicílio na disseminação da doença, sublinhando a relevância desse fator na compreensão epidemiológica da enfermidade, enfatizando ainda a necessidade de explorar abordagens estratégicas para seu controle e erradicação, um objetivo que continua sendo fundamental até hoje (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008).

Os mutirões de avaliação de contatos e as campanhas de avaliação em janeiro roxo foram pouco mencionados no questionário, destacando-se como estratégias pouco utilizadas. Esse tipo de ação é importante e contribui para identificar casos de hanseníase, e a ausência dessa estratégia aponta para uma dificuldade a ser superada. Residentes médicos relataram observar menor frequência desses mutirões nas USF em que atuam, o que pode ser atribuído à dificuldade de organização da unidade de saúde em relação a essas atividades. Como resultado, há um foco maior em campanhas de sensibilização, como palestras e rodas de conversa. Segundo Lobato, Neves e Xavier (2016), a predominância de casos multibacilares e de contatos que desenvolveram formas secundárias sugere diagnósticos tardios, apontando falhas nas estratégias de detecção precoce e controle da doença.

Por fim, este estudo identificou como um dos principais desafios a realização de visitas domiciliares. As três categorias de profissionais demonstraram grande dificuldade; uma estratégia prevista no plano de trabalho da APS, mas ainda difícil de ser implementada, especialmente no contexto das doenças negligenciadas. Esse obstáculo pode refletir a necessidade de intensificar as discussões de casos com os ACS, que possuem um grande potencial para impulsionar esse processo. Como destaca Viegas (2010, p.188), "entrar no

lar do usuário, conhecer sua realidade, superar os limites da instituição de saúde e estar presente na comunidade são avanços que geram oportunidades para abordagens e ações diferenciadas no trabalho diário".

Temoteo et al (2013) afirmam que é importante criar um ambiente confortável para a pessoa, destacando que as manchas podem surgir em qualquer parte do corpo e, muitas vezes, são sutis, tornando-se difíceis de perceber; é fundamental que os profissionais de saúde orientem e esclareçam ao indivíduo em contato que o exame dermatoneurológico, apesar de ser simples, precisa ser realizado por um especialista. Ademais, é fundamental que as visitas contribuam para a construção de um vínculo com essas pessoas, proporcionando acolhimento e oferecendo informações esclarecedoras sobre a doença e o estigma que frequentemente a acompanha.

Embora este estudo tenha uma população reduzida e outros estudos serem necessários sobre o tema, ele apresenta importantes achados, evidenciando que os profissionais envolvidos no atendimento a pacientes com hanseníase e seus contatos na APS enfrentam desafios significativos e encontram dificuldades ao implementar estratégias para superá-los.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou como principais desafios na avaliação de contatos de pacientes com hanseníase a falta de agendas dedicadas à avaliação de contatos, falhas na educação em saúde, a ausência de contatos de pacientes com hanseníase nas consultas agendadas e o suporte insuficiente da gestão. A estratégia de enfrentamento mais comum foi a busca ativa, embora realizada de forma ainda ineficaz e hesitante, sendo executada principalmente por enfermeiros e fisioterapeutas, enquanto mutirões e campanhas de avaliação de contatos, bem como visitas domiciliares, que poderiam contribuir, são pouco implementados.

Conclui-se que é necessário reorganizar as agendas, incluindo horários destinados à ANS de contatos, investir em maior suporte aos profissionais, fortalecer a busca ativa e incentivar ações como mutirões e visitas domiciliares, visando melhorar o acompanhamento dos contatos e interromper o ciclo de transmissão da hanseníase. Recomenda-se a condução de futuras pesquisas com amostras maiores e uma abordagem mais ampla, envolvendo profissionais de diversas áreas de atuação, sem restringir a análise apenas aos residentes dos programas de medicina e multiprofissionais. Essa ampliação permitirá uma

compreensão mais abrangente e detalhada das práticas e desafios na avaliação de contatos de pacientes com hanseníase, fornecendo *insights* que contribuirão para o aprimoramento das estratégias de cuidado e prevenção.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. The perspective of health professionals on access to Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**.; Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, 2012, p. 2347-2357. Disponível em: (PDF) [The perspective of health professionals on access to Primary Health Care]. Acesso em: 14 jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **GUIA PRÁTICO SOBRE A HANSENÍASE**. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf.> Acesso em: 03 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) Anexo XXII. 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010: Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. 2010.** *D*isponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html#:~:text=Aprova%20as%20Diretrizes%20para%20Vigil%C3%A2ncia%2C%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controle%20da%20Hansen%C3%ADase>**.** Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO HANSENÍASE 2023**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseniase2023_internet_completo.pdf/view>. Acesso em: 03 ago. 2023.

LANZA, F.M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais**. 2014. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2014.

LOBATO, D.C.; NEVES, D.C.O.; XAVIER, M.B. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase. **Rev Pan-Amaz Saude**.; v. 7, n. (1), 2016, p. 1-9. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100006>. Acesso em: 14 jan. 2025.

MOURA, T.H.M. *et al*. Controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase em equipes de saúde da família. **Rev APS**.; v. 15, n. 2, 2012, p. 139-147. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14951/7930>. Acesso em: 14 jan. 2024.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Leprosy**. Disponível em: <https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/leprosy>. Acesso em: 09 jan. 2025

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf?sequence=17>. Acesso em: 09 jan. 2025.

SANTOS, A.S.; CASTRO, A.S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev Bras Enferm**., 61, 2008, p. 738-743. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019602014>. Acesso em: 10 jan. 2025.

TEMOTEO, R. C. A. *et al*. Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares. **ABCS Health Sci**.; v. 38, n. 3, 2013, p. 133-141. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/18/617>. Acesso em: 15 jan. 2025.

VIEGAS, S. M. F.A. **A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha- Minas Gerais**. 2010. 282 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2010.

VIEIRA, N. P. *et al*. Qualidade da atenção primária e os efeitos em indicadores de monitoramento da hanseníase. **Rev Bras Enferm**., v. 73, n. 4, 2020, p. 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jj3JBDybbwBHSJby7GzMvPK/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2023.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA E A PARTICIPAÇÃO DO RESIDENTE NAS REUNIÕES DO COMITÊ DE MONITORAMENTO DE EVENTOS EM PALMAS, TOCANTINS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

DEVELOPMENT OF SKILLS IN PUBLIC HEALTH AND THE RESIDENT'S PARTICIPATION IN MEETINGS OF THE EVENT MONITORING COMMITTEE IN PALMAS, TOCANTINS: AN EXPERIENCE REPORT.

Resumo: Os Comitês de Monitoramento de Eventos (CME) desempenham papel fundamental na vigilância em saúde, proporcionando espaço para discussão de problemas e tomada de decisões. Neste contexto, este estudo visa analisar, a partir da perspectiva de uma residente em Saúde Coletiva, se a participação nas reuniões do CME contribui para o desenvolvimento das competências previstas no perfil do programa. A relevância reside na percepção da efetividade dos espaços de formação como o CME no percurso do residente. Trata-se de um relato de experiência de natureza qualitativa, em que a pesquisadora descreve sua percepção como residente e analisa como as atividades desenvolvidas no CME contribuíram para seu desenvolvimento profissional. A participação nas reuniões do CME foi fundamental para o desenvolvimento de competências e habilidades como investigação das necessidades coletivas, proposição de ações de saúde, elaboração de projetos de intervenção, articulação de planos de trabalho em diálogo com diferentes vigilâncias em saúde.

Palavras-chave: Monitoramento em Saúde. Saúde Coletiva. Vigilância em Saúde.

Abstract: Event Monitoring Committees (CME) play a fundamental role in health surveillance, providing a space for discussing problems and making decisions. In this context, this study aims to analyze, from the perspective of a Collective Health resident, whether participation in CME meetings contributes to the development of the competencies set out in the program's profile. The relevance lies in the perception of the effectiveness of training spaces such as the CME in the resident's journey. This is a qualitative experience report, in which the researcher describes her perception as a resident and analyzes how the activities developed in the CME contributed to her professional development. Participation in CME meetings was fundamental to the development of competencies and skills such as investigating collective needs, proposing health actions, drawing up intervention projects, articulating work plans in dialogue with different health surveillance agencies.

Keywords: Health monitoring. Collective Health. Health Surveillance.

Introdução

Este relato de experiência versa sobre o desenvolvimento de competências previstas no perfil de competência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) a partir da participação nas reuniões do Comitê de

Monitoramento de Eventos (CME), conduzido pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), foi instituído pela Portaria Nº 30, de 7 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, e incorporado à Rede de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (Rede VIGIAR-SUS), para fomentar a captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à vigilância em saúde, bem como comunicação avançada (Brasil, 2005).

A Portaria Nº 539/2009 instituiu, no âmbito do município de Palmas, o CIEVS/Palmas com a missão de definir estratégias que possam subsidiar a tomada de decisão pelas esferas competentes. O CIEVS visa prevenir e/ou minimizar situações que gerem risco à vida da população, assim como coletar informações e identificar emergências epidemiológicas de forma oportuna, contínua e sistemática, de modo a estabelecer articulação interinstitucional para otimizar a resposta às emergências epidemiológicas.

A Portaria Nº 427/SEMUS/GAB/SUPAVS, de 24 de junho de 2024, Altera a portaria INST Nº 699/SEMUS/GAB/SUPAVS, de 08 de agosto de 2018, que institui o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - CIEVS do Município de Palmas-TO (Palmas, 2024). Desta forma, o CIEVS, dentre outras atribuições, monitora e avalia comportamento epidemiológico das doenças e agravos endêmicos, junto a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), com o intuito de detectar fatores determinantes, condicionantes e de risco, e assim subsidiar a tomada de decisão, bem como organizar, conduzir, participar e monitorar os eventos de vigilância estadual, nacional e internacional nas reuniões semanais do Comitê de Monitoramento de Eventos (CME).

O CME foi instituído pela Portaria Municipal N.º 312 de 05 de agosto de 2011, que consiste em uma convenção vigilante e gestora dos eventos de interesse à saúde pública, realizado pelo CIEVS juntamente com as áreas técnicas da SUPAVS, realizando a análise de dados e informações notificadas ou capturadas sobre mudanças no cenário epidemiológico para a preparação e resposta às emergências em saúde pública, para interromper, mitigar ou minimizar os efeitos de surtos, epidemias e pandemias na saúde da população. Em síntese ocorre a integração das áreas do setor saúde para

fundamentação do processo de trabalho com discussões técnicas, encaminhamentos e importante apoio à tomada de decisão.

A SUPAVS tem sido um cenário de prática para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), e nas reuniões do CME há a participação de residentes. A saúde coletiva estuda as condições de saúde das populações e os seus determinantes sociais, visando promover a saúde e o bem-estar de toda a população, por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Os principais temas abordados pela saúde coletiva incluem os determinantes sociais da saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento e reabilitação (Ribeiro; Castro, 2019).

A residência é um importante espaço para formação e desenvolvimento de competências diversas. Competência se relaciona à articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática efetiva. Neste âmbito, a competência está relacionada às dimensões: cognitiva (o saber), psicomotora (saber fazer) e afetiva (saber ser). Deste modo, as competências são propostas para superação de lacunas deixadas por formações no modelo tradicional (Machado *et al.*, 2021).

Conforme o Caderno de Curso (Palmas, 2019), o PRMSC busca formar especialistas para atuar na vigilância de agravos e condições de saúde, no planejamento e gestão das políticas públicas e na promoção da saúde, com base no conhecimento da realidade local e seus determinantes. O propósito é formar profissionais de saúde para atuar na compreensão dos determinantes sociais da saúde, na promoção e prevenção da saúde, e no cuidado à coletividade. Assim, o perfil de competência desse programa se concentra em 3 (três) grandes áreas, quais sejam: vigilância, gestão e educação e desenvolvimento científico.

Considerando esse contexto apresentado, do CIEVS e do PRMSC, o presente estudo pretende conhecer o desenvolvimento das competências previstas para o residente a partir da participação nas reuniões do CME, visando responder através do relato de experiência de uma residente que atuou por 1 ano na SUPAVS, quais conhecimentos, habilidades e atitudes de vigilância em saúde, previstos no perfil de competência do PRMSC, podem ser desenvolvidos por meio da participação do residente nas reuniões do CME da cidade de Palmas/TO.

O trabalho se faz relevante, pois contempla a percepção que a residente possui sobre os espaços disponíveis para discussão sobre vigilância em saúde e possíveis contribuições ofertadas no cenário de prática para desenvolvimento de habilidades para o trabalho no âmbito da saúde coletiva.

Do ponto de vista acadêmico, o trabalho é relevante, pois permite conhecer se os espaços oportunizados para atuação de residentes do PRMSC contribuem para sua formação, neste caso com foco no CME, trazendo evidências dos conhecimentos que podem ser adquiridos e/ou aprimorados neste espaço formativo.

Metodologia

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pelo delineamento metodológico caracterizado como descritivo, do tipo relato de experiência. Inscreve-se, nesta linha, a pesquisa-ação, visto que associa a pesquisa à ação/prática, com o propósito de descrever a vivência de um residente em saúde coletiva, bem como o desenvolvimento de competências previstas no Caderno de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Quadro 1 - Fluxo da pesquisa.

Etapa	Descrição	Objetivo
1. Definição do Problema	Identificar a questão de pesquisa: "Conhecimento sobre o espaço para desenvolvimento de competências oferecido pelo CME para residentes do PRMSC".	Delimitar o foco da pesquisa e a lacuna de conhecimento a ser explorada.
2. Coleta de Dados	Observação participante da residente nas reuniões do CME entre março de 2023 a fevereiro de 2024.	Coletar dados sobre a vivência da residente e o desenvolvimento de suas competências.
3. Análise dos Dados	Interpretação da experiência da residente à luz do Perfil de Competência do PRMSC.	Analisar como a experiência do residente contribuiu para o desenvolvimento das competências esperadas.
4. Relato da Experiência	Descrição da vivência da residente e do desenvolvimento	Apresentar os resultados da pesquisa de forma narrativa e

	de suas competências.	reflexiva.
5. Conclusões e Reflexões	Discussão das implicações da experiência para a formação de residentes em saúde coletiva.	Extrair conclusões sobre a efetividade do CME como espaço de desenvolvimento de competências e gerar reflexões para a área.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A pesquisa é de natureza básica, pois visa gerar conhecimento novo sobre o espaço para desenvolvimento de competências oferecido pelo CME para residentes do PRMSC. Esse conhecimento pode servir para ampliar a compreensão do desenvolvimento de habilidades, mas não tem necessariamente uma aplicação prática imediata.

A abordagem do problema terá caráter qualitativo, pois pretende interpretar uma realidade a partir do entendimento que as pessoas – no caso os participantes do estudo – atribuem (Denzin; Lincoln, 2006), ou seja, a percepção deles sobre sua atuação. Neste relato de experiência a realidade de entendimento se dá a partir apenas de uma participante, a autora, nas reuniões do CME ocorridas entre os meses de março de 2023 a fevereiro de 2024, período no qual a residente se encontrava no CIEVS como cenário de prática profissional, as reuniões ocorriam semanalmente.

Perfil de Competência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC)

Para facilitar a compreensão das habilidades que devem ser desenvolvidas e aprimoradas ao longo da residência em Saúde Coletiva, é necessário detalhar as três grandes áreas de atuação do programa (vigilância, gestão e educação e desenvolvimento científico), a seguir:

A área de competência relativa à vigilância se refere ao cuidado às necessidades coletivas de saúde, em que o residente precisa desenvolver ações de investigação de necessidades coletivas de saúde, considerando dados epidemiológicos e determinantes sociais, por meio de visitas técnicas e inquéritos populacionais. Nessa área também estão incluídas ações de elaboração, avaliação e monitoramento de projetos de intervenção em saúde que visem priorizar os problemas em saúde para intervenção, relacionando-os

com a capacidade instalada da rede de atenção à saúde, de maneira articulada com outros profissionais e demais atores sociais. As ações a serem desenvolvidas requerem o monitoramento e avaliação contínua e sistemática, redefinindo estratégias quando necessário, por parte do residente.

Já a área de competência relativa à gestão se divide em duas subáreas que são: gestão do trabalho em vigilância em saúde e gestão do território. Sobre a gestão do trabalho, é atribuído ao residente realizar ações de elaboração e articulação de planos de trabalho, desenvolvendo o plano de trabalho da vigilância, considerando as prioridades da população, os determinantes sociais de saúde, a disponibilidade de recursos e a articulação intersetorial.

Também estão previstas ações de organização e avaliação dos processos de trabalho, por meio da utilização de espaços físicos ou virtuais, como salas de situação ou centros de operação de emergências em saúde, para análise da situação de saúde e resposta. Espera-se ainda que o residente desempenhe e avalie o processo de trabalho da vigilância em saúde, orientando-se pelo cumprimento do plano de trabalho, assim como, socialize resultados em espaços coletivos de trabalho e de formação, processando críticas e sugestões, de modo a reorientar o processo de trabalho.

Em relação à gestão do território, é esperado que sejam desenvolvidas ações de identificação e priorização de problemas, de maneira que o residente participe da análise do contexto, apresentando abertura para o desenvolvimento do pensamento estratégico, utilizando dados e informações que qualifiquem possíveis demandas identificadas, bem como elabore, monitore e avalie o projeto aplicativo, para enfrentamento dos problemas priorizados no território de saúde, com vistas a melhoria das condições de saúde, com monitoramento e avaliação considerando contextos, disponibilidade de recursos e necessidade de adequações do projeto.

Por fim, a área de competência relativa à educação e desenvolvimento científico também é dividida em duas subáreas, quais sejam: educação em saúde e pesquisa científica. A educação em saúde propõe ações de identificação de necessidades de aprendizagem individuais e coletivas, demandando do residente o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender de todos os envolvidos nos diferentes momentos do trabalho em saúde; com produção de análise, articulação e avaliações educacionais com

foco na construção e socialização de aprendizagem, conforme as necessidades identificadas.

Sobre a pesquisa científica, a ação proposta aos residentes é de produção de novos conhecimentos, de forma que é esperado que o residente busque fontes científicas para interpretar e analisar criticamente as informações, utilize método científico e compartilhe análises e resultados das pesquisas realizadas.

Resultados e discussão

As reuniões do CME possibilitam o acompanhamento das demandas de saúde, tendo em vista que ocorrem semanalmente, com duração média de uma hora e participação de diferentes áreas técnicas de vigilância em saúde. A reunião se divide da seguinte maneira: abertura, apresentação de rumores relacionados à saúde pública regionais, nacionais e internacionais, apresentação dos números de notificações da semana epidemiológica de doenças e agravos de notificação compulsória, apresentação e discussão dos agravos que estão em monitoramento e finalização com apresentação dos eventos semanais.

A seguir, são descritas as competências desenvolvidas pela residente durante as reuniões do CME, alinhadas às grandes áreas do perfil de competência, com base em sua experiência pessoal.

A área de competência relativa à vigilância:

Levando em consideração a estrutura das reuniões do CME, este se configura como um espaço de formação profissional, visto que oportuniza ao residente o aprendizado contínuo por meio da frequência semanal das reuniões e da discussão de casos reais, oportunizando um ambiente propício para o desenvolvimento profissional. O residente é exposto a diferentes cenários epidemiológicos, metodologias de investigação e abordagens para o controle de doenças.

As reuniões do CME incitam a organização e avaliação dos processos de trabalho, levando os participantes a pensar estrategicamente, utilizando dados e informações que qualifiquem possíveis demandas identificadas. Além disso, o CME, ao discutir os processos de trabalho possibilitam ao residente identificar as oportunidades de melhoria, estimula o desenvolvimento de um pensamento estratégico, permitindo a antecipação de

problemas e a proposição de soluções inovadoras, bem como por meio da análise de dados e indicadores que são realizadas é oportunizado ao residente a tomada de decisões precisas e a identificação de áreas que necessitam de maior atenção no processo de vigilância em saúde.

As salas de situações, que podem ser conduzidas durante as reuniões do CME, são atividades que oportunizam ao residente compreender como ocorre o planejamento do monitoramento de eventos em massa, como epidemias, desastres naturais ou eventos de grande porte, pelos profissionais de saúde, bem como a discussão de tomada de decisões em caso de emergências em saúde pública, como a definição de medidas de controle e comunicação com a população. “Sala de Situação de Saúde” se caracteriza como: um espaço físico (e virtual), onde uma equipe de trabalho analisa a informação sanitária para apoiar a gestão em saúde, tendo um papel transcendente durante contingências sanitárias (Brasil, 2010).

Nessas atividades, os residentes têm a oportunidade de ser observador e participante de cenários de eventos em massa e emergências de saúde pública. Esse processo contribui para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e trabalho em equipe, podendo o residente analisar casos reais, sob a supervisão de profissionais de saúde experientes.

Área de competência relativa à gestão do trabalho em vigilância em saúde e gestão do território:

As reuniões do CME estimulam o residente na realização de investigação das necessidades coletivas, pensando na elaboração, avaliação e monitoramento de projetos de intervenção em saúde para priorização de problemas.

O CME, ao discutir casos, dados epidemiológicos e tendências, permite uma identificação das necessidades da população. Essa análise possibilita direcionar as ações de saúde de forma mais eficaz. A partir da identificação das necessidades, o CME se torna um ambiente propício para a elaboração de projetos de intervenção, no qual o residente pode estar presente e fazer parte. A discussão em grupo, com a participação de diferentes profissionais, enriquece as propostas e garante uma visão mais abrangente dos problemas.

A Vigilância em Saúde, como definida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022), deve ser organizada para garantir a integralidade da atenção à saúde, articulando ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos, e considerando os determinantes sociais da saúde. As reuniões do CME, nesse contexto, promovem a elaboração e articulação de planos de trabalho que consideram as prioridades da população, os determinantes sociais de saúde, a disponibilidade de recursos e a articulação intersetorial.

O CME, ao discutir os dados epidemiológicos e as demandas de saúde refletidas na comunidade, permite ao residente o exercício de priorização das ações de saúde. A análise dos determinantes sociais, como condições de vida, acesso a serviços básicos e desigualdades sociais, permite ao residente visualizar como deve ocorrer elaboração de planos de ação mais abrangentes e equitativos.

Área de competência relativa à educação e desenvolvimento científico:

O espaço do CME constitui o potencial de estimular a busca por aprendizagem individual e coletiva ao residente, motivando à produção de novos conhecimentos e estímulo à busca de fontes confiáveis para interpretar e analisar criticamente informações que são apresentadas durante o Comitê. As discussões em grupo e a troca de experiências entre os participantes estimulam a aprendizagem colaborativa, promovendo a construção de conhecimentos compartilhados.

Ao identificar lacunas de conhecimento e questões relevantes para a prática, o CME pode incentivar os residentes a desenvolver projetos de pesquisa e a produzir novos conhecimentos. É preciso destacar a importância não só de produção de conhecimento científico, mas a comunicação e divulgação, sendo o primeiro a forma de estabelecer o diálogo com o público da comunidade científica – comunicação entre os pares -, já o segundo visa à comunicação para o público diversificado, para além dos espaços acadêmicos, em direção à comunidade (Valerio & Pinheiro, 2008). Além de levar o conhecimento científico ao público em geral, também contribui para a democratização da cultura científica e para o desenvolvimento de um senso crítico na sociedade (Dantas; Deccache-Maia, 2020).

Assim, as discussões sobre os saberes adquiridos nas reuniões do CME podem ser levados para espaços fora das reuniões do CME e compartilhado com outros residentes (comunicação científica), por meio de grupos de discussão sobre temas de saúde que sejam relevantes, conforme a realidade do cenário epidemiológico, e com os demais profissionais de saúde por meio de oficinas, treinamentos e palestras. Essa troca de conhecimento contribui para o aprimoramento da prática profissional, a atualização sobre as últimas tendências em saúde e o desenvolvimento de novas habilidades, impactando positivamente a qualidade dos serviços oferecidos à população e permite que os profissionais de saúde apliquem as últimas evidências científicas em seu dia a dia, oferecendo um atendimento mais qualificado e atualizado à população

O residente também pode disseminar sobre as tendências em saúde relacionadas a doenças e agravos para a comunidade (divulgação científica). Para isso, ele pode desenvolver iniciativas como a criação de cartilhas, folhetos e infográficos sobre temas relevantes, realizar palestras e oficinas em escolas, unidades de saúde, associação de bairro, igrejas, praças e outros espaços públicos sobre prevenção de doenças e cuidados com a saúde, e utilizar as mídias sociais para divulgar informações claras e confiáveis sobre tendências em saúde e cuidados. Dessa forma, o residente contribui para a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida da população.

Conclusão ou considerações finais

A participação nas reuniões do CME foi fundamental para o desenvolvimento das competências previstas no perfil do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC). Ao vivenciar na prática os desafios da vigilância em saúde, foi possível aprimorar habilidades como análise de dados, tomada de decisão, trabalho em equipe e comunicação. Essa experiência contribuiu significativamente para a formação de uma residente mais crítica, reflexiva e preparada para atuar na área da saúde.

O relato de experiência demonstra que a participação nas reuniões do CME contribui significativamente para o desenvolvimento de competências essenciais para o residente, como a capacidade de analisar dados epidemiológicos, propor intervenções em saúde pública e colaborar com diferentes áreas de vigilância. Essas competências

são cruciais para a prática eficaz em saúde pública, especialmente em emergência e surtos de doenças.

Espera-se que com o relato de experiência possa se defender a continuidade e o aprimoramento das reuniões do CME e o estímulo constante que os residentes sejam participantes ativos das reuniões. Outrossim, sugere-se que iniciativas semelhantes sejam adotadas em programas de Residência em Saúde Coletiva de outros locais, tendo em vista que o foco na aplicação prática dos princípios de vigilância em saúde e no desenvolvimento de competências em residentes se alinha às prioridades atuais de saúde pública, especialmente em um contexto de desafios crescentes e mudanças no cenário epidemiológico.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS.** 07 DE Jul. de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html Acesso em: 14 de Fev. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] – 5. ed. rev. e atual. –Brasília : Ministério da Saúde, 2022

DANTAS, Luiz Felipe Santoro; DECCACHE-MAIA, Eline. Divulgação Científica no combate às Fake News em tempos de Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, e797974776, 2020.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 1541.

MACHADO, Lucas *et al.* Competências em promoção da saúde: conformações e recursos mobilizados na residência multiprofissional. **Escola Anna Nery**, [s. l.], 3 set. 2021. DOI https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0089. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/Y6PGVjKt8d33C7WsvMTKnDS/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 19 out. 2023.

PALMAS. **Portaria Nº. 312/SEMUS/GAB, de 05 de agosto de 2011**. Publicada no Diário Oficial do Município de Palmas nº 339, de 09 de agosto de 2011. Disponível em: http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/339-09-08-2011.pdf. Acesso em: 23 dez. 2024.

PALMAS. **Projeto político pedagógico dos programas de residência em saúde.** Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. 2019.

PALMAS. **Portaria Nº. 427/SEMUS/GAB/SUPAVS, de 24 de junho de 2024.** Publicado no Diário Oficial do Município de Palmas, nº 3502, 11 de julho de 2024. Disponível em: http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/3502-11-7-2024-20-20-12.pdf. Acesso em: 06 de jan de 2025.

RIBEIRO, Patricia Tavares; CASTRO, Leonardo. **Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva. Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 43,

p. 165-178, Dezembro 2019. DOI 10.1590/0103-11042019S713. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F5nC9qPSqFpRhg48ph8mSWC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 out. 2023.

VALERIO, Palmira Moriconi; PINHEIRO, Lena Vania Ribeiro. Da comunicação científica à divulgação. **TransInformação**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 159-169, maio/ago. 2008.

Perfil Epidemiológico de Acidentes Por Animais Peçonhentos no estado do Tocantins nos anos de 2019 a 2022.

Epidemiological Profile of Poisonous Animal Accidents in Tocantins from 2019 to 2022.

Autoras: Beatriz Maria Juwer da Costa e Dra. Obede Rodrigues Ferreira

Fundação Escola de Saúde Pública

Palmas, Tocantins, Brasil.

Autor correspondente: Beatriz Maria Juwer da Costa

CEP: 77024-032

e-mail: beajuwer@gmail.com

Fontes de financiamento: Fundação Escola de Saúde Pública

RESUMO

Os acidentes com animais peçonhentos, como serpentes, escorpiões e aranhas, representam um sério problema de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões tropicais como o Tocantins. Este estudo teve como objetivo buscar o perfil epidemiológico dos acidentes com animais peçonhentos ocorridos no estado do Tocantins nos anos de 2019 a 2022. Através de uma abordagem quantitativa e utilizando dados da base DATASUS, foram identificados 19.445 casos de acidentes, com predominância de vítimas do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos e de cor parda. A pesquisa revelou que os acidentes não apresentam variação sazonal significativa, ocorrendo de forma constante ao longo do ano, com a maior incidência em áreas urbanas e regiões com infraestrutura deficiente, como o Médio Norte Araguaína. Os resultados sugerem que fatores como a falta de infraestrutura e saneamento básico aumentam o risco de acidentes, especialmente o escorpionismo. A pesquisa destaca a importância de políticas públicas focadas na prevenção, como campanhas educativas, melhorias habitacionais e de saneamento, além de ações para controle ambiental, a fim de reduzir esses índices.

Palavras-chaves: Envenenamento; Determinantes; Variação sazonal.

ABSTRACT

Accidents involving venomous animals, such as snakes, scorpions, and spiders, represent a significant public health issue in Brazil, particularly in tropical regions like Tocantins. This study aimed to analyze the epidemiological profile of envenomation cases in Tocantins from 2019 to 2022. Using a quantitative approach and data from the DATASUS database, 19,445 cases were identified, with a predominance of male victims aged 20 to 39 years and of mixed ethnicity. The findings indicate that these accidents occur consistently throughout the year, without significant seasonal variation, with the highest incidence in urban areas and regions with deficient infrastructure, such as Médio Norte Araguaína. The study suggests that factors like poor infrastructure and lack of basic sanitation increase the risk of envenomation, particularly scorpionism. These results highlight the need for public policies focused on prevention, including educational campaigns, housing and sanitation improvements, and environmental control measures to reduce accident rates.

Keywords: *Poisoning; Determinants; Seasonal variation*.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os acidentes envolvendo animais peçonhentos como doenças tropicais negligenciáveis (WILLIAMS, 2019). Os principais acidentes em regiões tropicais são o escorpionismo e o ofidismo. Esses eventos podem causar complicações clínicas severas, podendo levar ao óbito (SANTANA; OLIVEIRA, 2020).

O ofidismo, acidente envolvendo serpentes peçonhentas, pode resultar em efeitos locais, como edema, hemorragia e mionecrose, ou em implicações sistêmicas graves, tais como alterações na hemostasia, hemorragia sistêmica e, danos cardiovasculares e renais (GUTIÉRREZ, 2017).

Ademais, o envenenamento severo decorrente de picadas de escorpiões pode levar à falência múltipla dos órgãos, choque cardiogênico e síndrome respiratória, como o edema pulmonar (PIMENTA et al., 2019). Outros acidentes envolvendo animais também são relatados no país, como araneísmo (aranhas), lepidópteros (mariposas e suas larvas), himenópteros (abelhas, formigas e vespas), peixes, entre outros (BRASIL, 2013; BARRA; VIAL, 2013; MARTINS, 2011).

Devido as elevadas taxas de morbidade e mortalidade desses acidentes eles tem sido classificados como um grave problema de saúde pública. Os dados mais recentes disponibilizados pelo Ministério da Saúde indicam um aumento significativo nos casos de escorpionismo nos últimos anos, que passaram de 52.509 casos em 2010 para 156.833 casos em 2018. Com registro de 94 óbitos resultantes desse tipo de acidente nesse ano (RITA; SISENANDO; MACHADO, 2016; FURTADO, et al., 2016; ALMEIDA et al., 2018; PARDAL, P. P. DE O. et al., 2019).

Contudo, o ofidismo continua como maior causa de óbitos no Brasil. Em 2018, foram notificados 28.946 casos e 104 óbitos decorrentes do envenenamento por serpentes peçonhentas. Em função dessa alta incidência em países tropicais, alguns pesquisadores têm voltado sua atenção para esses tipos de acidentes (NUNES et al., 2022).

No Brasil, os acidentes por animais peçonhentos são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Este sistema é sustentado pelos dados coletados principalmente pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) distribuídos pelo país. Através da notificação e investigação de casos de doenças e agravos listados na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V – capítulo I, é possível realizar um rápido diagnóstico da ocorrência de eventos epidemiológicos na população e contribuir para a determinação da situação epidemiológica de dada região geográfica. (SINAN, 2019).

Assim, esse estudo buscou perfil epidemiológico dos acidentes com animais peçonhentos ocorridos no estado do Tocantins nos anos de 2019 a 2022.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados de notificações de acidentes por animais peçonhentos no estado do Tocantins. O período analisado compreendeu os anos de 2019 a 2022, com dados obtidos no banco público DATASUS – TABNET WIN.

As variáveis analisadas foram: mês de notificação, gênero, faixa etária, raça/cor e espécie do animal causador do acidente. Os dados foram organizados em planilhas Excel e analisados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas.

O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece que pesquisas baseadas exclusivamente em dados secundários de domínio público, sem identificação dos participantes, ou revisões bibliográficas sem envolvimento direto de seres humanos, não necessitam de avaliação pelo Sistema CEP-CONEP.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES:

No período compreendido entre os anos de 2019 a 2022, no estado do Tocantins, foram notificados 19.445 casos de acidentes por animais peçonhentos, uma média anual de 4.861 casos. A avaliação da sazonalidade apontou a ausência da variação significativa na ocorrência de acidentes por animais peçonhentos ao longo dos meses e anos, indicando que ocorrem de forma constante (gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição mensal dos acidentes por animais peçonhentos no período de 2019 a 2022:

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Os resultados indicaram a ausência de sazonalidade nos acidentes por animais peçonhentos, demonstrando a adaptabilidade desses animais às condições climáticas. No Tocantins, as estações de chuvas e secas são bem definidas. Durante o período chuvoso, os animais peçonhentos, como escorpiões e cobras, podem continuar suas atividades normalmente, aumentando os contatos com seres humanos, especialmente em áreas com pouca infraestrutura e vegetação densa

(CRMV-TO, 2023). Estudos indicam que, no período seco, os animais buscam por água, o que também intensifica os contatos com áreas urbanas (Revista Faculdade ITOP, 2021).

Na avaliação do perfil sociodemográfico (Tabela 1) foi observado uma predominância do sexo masculino com 60,7% dos casos. A faixa etária mais acometida foi de 20 a 39 anos com 33,9% dos casos e a cor parda foi a mais afetada representando 76,8% das notificações. Com relação ao nível de escolaridade mais frequente foi de pessoas com ensino médio completo (20,1%) (tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de vítimas de acidentes por animais peçonhentos. Distribuição dos casos por sexo, faixa etária, raça/cor e nível de escolaridade.

Variáveis		Porcentagem %	Total
Sexo	Masculino	60,77	11.817
	Feminino	39,23	7.628
Faixa Etária	<1 ano	1,51	294
	1 a 4 anos	5,16	1.003
	5 a 9 anos	6,13	1.192
	10 a 14 anos	6,78	1.319
	15 a 19 anos	7,69	1.496
	20 a 39 anos	33,97	6.605
	40 a 59 anos	27,54	5.356
	60 a 64 anos	4,08	794
	65 a 69 anos	3,16	615
	70 a 79 anos	2,96	566
	80+ anos	1,02	199
Raça/Cor	Ign/Branco	1,56	304
	Branco	11,14	2.165
	Preto	7,21	1.417
	Amarelo	1,70	322
	Pardo	76,89	14.951
	Indígena	1,50	286
Escolaridade	Ign/ Branco	20,61	4.009
	Analfabeto	1,73	338
	1ª a 4ª série incompleta do EF	9,00	1.745
	4ª completa do EF	3,90	757
	5ª a 8ª serie incompleta do EF	14,58	2.836
	Ensino fundamental completo	5,02	978
	Ensino médio incompleto	8,40	1.630
	Ensino médio completo	20,14	3.918
	Ensino superior incompleto	2,21	431
	Ensino superior completo	5,29	1.029
	Não se aplica	9,12	1.774

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A maior prevalência de acidentes de trabalho no sexo masculino pode ser explicada por fatores ocupacionais e culturais. Profissões como construção civil, coleta de lixo e trabalhos rurais são apontadas na literatura como de maior risco devido às condições de trabalho e à exposição constante a perigos específicos dessas atividades (Instituto SC, 2023). Além disso, normas culturais que associam o comportamento masculino à disposição para enfrentar riscos tornam esse grupo mais vulnerável, tornando os homens mais propensos a subestimar os riscos envolvidos (Lima et al., 2014). Dessa forma, campanhas de conscientização direcionadas ao ambiente de trabalho e ações educativas podem ser estratégias efetivas para a redução de acidentes nesse grupo.

No que diz respeito à faixa etária predominante, os resultados indicam maior incidência entre 20 e 39 anos, seguidos pela faixa de 40 a 59 anos. Esses achados estão alinhados a estudos que associam esse grupo de pessoas à maior exposição a atividades profissionais e recreativas ao ar livre, onde o risco de encontros com animais peçonhentos é mais elevado (Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2017). Essa população economicamente ativa demanda estratégias específicas de prevenção, como ações voltadas ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), como botas e luvas, além de informações sobre práticas seguras em ambientes de risco. Os acidentes com animais peçonhentos, representam um risco significativo para a população adulta, e a conscientização sobre os primeiros socorros e o uso correto de EPIs são fundamentais para reduzir a mortalidade e as complicações (Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2022).

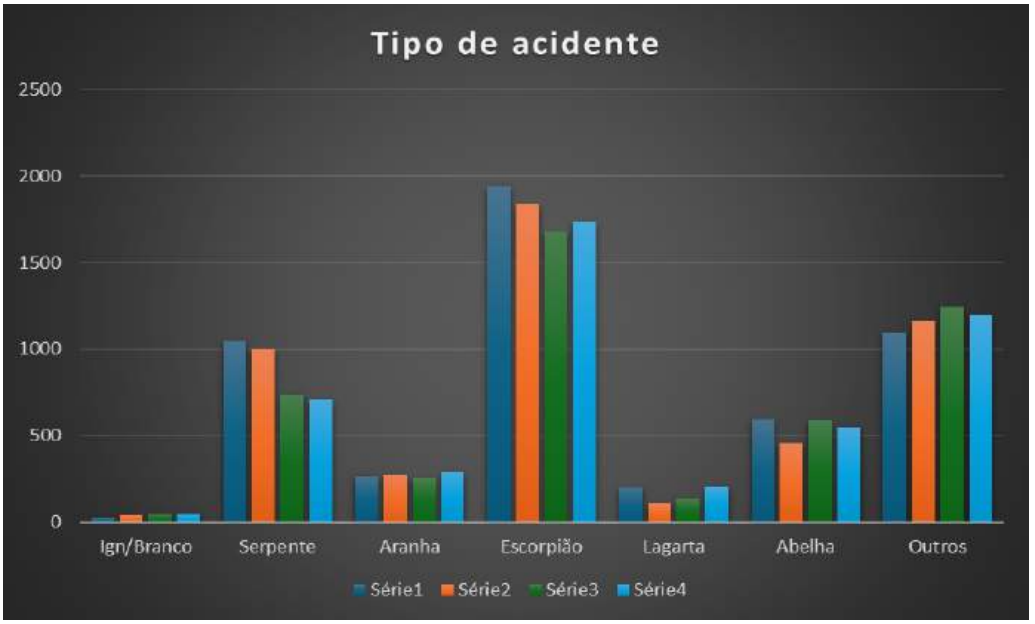
No estado do Tocantins, a ocorrência de acidentes com animais peçonhentos entre pessoas de cor/raça parda reflete desigualdades socioeconômicas, especialmente em populações periféricas e rurais. A falta de infraestrutura e a proximidade com áreas rurais estão diretamente ligadas ao aumento da exposição a esses animais. Um estudo realizado em Palmas, no Tocantins, mostrou que os acidentes com serpentes

ocorrem mais frequentemente nas áreas rurais, enquanto os acidentes com escorpiões e aranhas têm maior incidência nas áreas urbanas (Rodrigues, 2022). Nesse sentido, políticas públicas voltadas para melhorias habitacionais e saneamento básico podem desempenhar um papel crucial na redução desses índices. A Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (s.d.) destaca que a política federal de saneamento básico busca reduzir as desigualdades regionais, promover a inclusão social e melhorar a saúde pública. Além disso, investimentos em infraestrutura social e urbana são essenciais para melhorar as condições de vida e reduzir a exposição da população a riscos ambientais, como os causados por animais peçonhentos (Carvalho et al., 2019).

O nível de escolaridade predominante entre foi o ensino médio completo, o que indica que esse grupo de pessoas estão mais expostas ao risco devido a fatores como subemprego e menor acesso à informação sobre a prevenção de acidentes com esses animais (Fernandes; Balduino; Ocampos, 2024).

O escorpionismo (gráfico 2) foi o acidente com maior ocorrência (37,0%). A Região de Saúde mais acometida foi a Médio Norte Araguaína com cerca de 22,80% dos casos (gráfico 3).

Gráfico 2 – Distribuição dos tipos de acidentes por animais peçonhentos no período de 2019 a 2022:

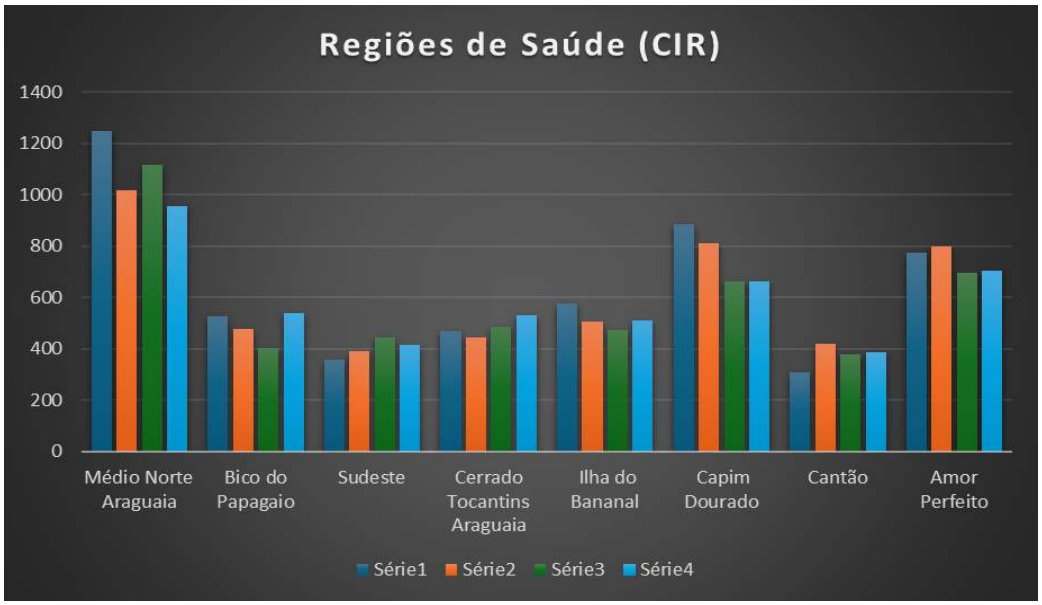


Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Os resultados indicaram o escorpionismo como o tipo de acidente mais comum, especialmente em áreas com infraestrutura insuficiente. Estudos ressaltam a relação entre saneamento inadequado, presença de terrenos baldios e a proliferação de escorpiões (Santos et al., 2021). A maior incidência de acidentes acontece em regiões quentes e secas, onde trabalhadores e moradores de áreas mais vulneráveis estão mais expostos ao risco. Dessa forma, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo destaca medidas como o controle ambiental, programas de limpeza urbana e campanhas educativas voltadas para a população nas regiões de maior incidência são essenciais para combater o problema.

Por fim, a alta incidência de acidentes no Médio Norte Araguaia (gráfico 3) reflete uma combinação de condições ambientais e de urbanização, como o clima quente e seco, além da expansão desordenada das cidades. Estudos indicam que o processo de urbanização e o desmatamento do bioma são fatores que favorecem a alta taxa de acidentes com animais peçonhentos (Aguiar et al., 2021). A proximidade da vegetação nativa com as áreas urbanas, somada à falta de planejamento adequado, cria ambientes favoráveis ao aumento de acidentes (Silva et al., 2020).

Gráfico 3 – Distribuição dos acidentes por animais peçonhentos nas regiões de saúde do estado do Tocantins, no período de 2019 à 2022.



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

3. CONCLUSÃO

Desta forma, perfil epidemiológico dos acidentes com animais peçonhentos no estado do Tocantins, entre 2019 e 2022, revelou que a maioria das vítimas são do sexo masculino, pertencem à faixa etária dos grupos economicamente ativos, têm a cor/raça parda e o nível de escolaridade de ensino médio completo. A distribuição geográfica indicou maior incidência no Médio Norte Araguaia. Além disso, os acidentes ocorreram de forma linear ao longo do ano, sem variação sazonal significativa.

4. REFERÊNCIAS

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS NO BRASIL POR SEXO E IDADE. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000100007&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 2025.

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS NO BRASIL POR SEXO E IDADE. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 25(1), 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n1/pt_07.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO. (s.d.). Saneamento. Disponível em: https://www.ana.gov.br/saneamento/

AGUIAR, A. S., ET AL. (2021). *Incidentes ocasionados por animais peçonhentos: uma revisão de literatura*. Disponível em: https://www.grupounibra.com/repositorio/CBIOLO/2022/incidentes-ocasionados-por-animais-peconhentos-uma-revisao-de-literatura-32.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *SINANWeb: Acidente por animais peçonhentos.* Brasília, 2016. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peçonhentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.saude.gov.br/sinan.

BRASIL. *Resolução nº 510/2016. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS RESOLUCOES/Resoluo_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 21 mai. 2024.

CARVALHO, J. A. ET AL. (2019). As políticas públicas, os investimentos em infraestrutura e os desafios para a redução das desigualdades regionais no Brasil. Recuperado de https://www.gov.br/servidor/pt-br/acesso-a-informacao/servidor/carreiras/gestao-estrategica/estudos/carvalho-et-alli-as-politicas-publicas.pdf

CRMV-TO. (2023). *CRMV Tocantins faz alerta sobre acidentes por animais peçonhentos*. Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Tocantins. Disponível em: https://www.crmvto.gov.br/crmv-tocantins-faz-alerta-sobre-acidentes-por-animais-peconhentos.

FERNANDES, MAIARA SOUZA; BALDUINO, RICHELI; OCAMPOS, LAUREN CRISTIANE LEITE. Perfil Epidemiológico de Acidentes com Animais Peçonhentos Envolvendo Trabalhadores. [S.l.]: Repositório Digital UNIVAG, 2024. Disponível em: https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/enf/article/view/1910/1822.

GUTIERREZ JM, CALVETE JJ, HABIB AG, HARRISON RA, WILLIAMS DJ, WARRELL DA, ET AL. Snakebite envenoming. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17063. doi: 10.1038/nrdp.2017.63 » https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.63

INSTITUTO SC. (2023). *Acidentes na construção civil: Riscos e prevenção*. Instituto SC. Disponível em: https://www.institutosc.com.br/web/blog/acidentes-construcao-civil.

LIMA, C. A.; SANTOS, D. J.; ROCHA, E. M. A expansão urbana e os desafios no controle de acidentes por animais peçonhentos no Norte do Brasil. *Revista Amazônica de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 58-68, 2019.

LIMA, M. L., SILVA, R. A., & SOUZA, M. P. (2014). Acidentes de trabalho e fatores culturais: uma análise da vulnerabilidade masculina. Cadernos de Saúde Pública, 30(11), 2475-2484. https://www.scielo.br/j/csp/a/GYKt3tmKWcKwzzzPpQFfv5S/

NUNES CS, BEVILACQUA PD, JARDIM CCG: Aspectos demográficos e espaciais dos acidentes escorpiônicos no Distrito Sanitário Noroeste, município de Belo Horizonte, Minas Gerais, 1993 a 1996. Cad Saude Publica 2000,16(1):213-223.

PARDAL PPO, CASTRO LC, JENNINGS E, PARDAL JSO, MONTEIRO MRCC: Aspectos epidemiológicos e clínicos do escorpionismo na região de Santarém, Estado do Pará. Bras Rev Soc Bras Med Trop2003, 36(3):349-353.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS EM TANGARÁ DA SERRA-MT, BRASIL (2007-2016). Disponível em: https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1797/1651.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NA REGIÃO NORTE ENTRE OS ANOS DE 2012 E 2015: UMA REVISÃO. Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/3753/9741.

PIMENTA RJG, BRANDAO-DIAS PFP, LEAL HG, CARMO AOD, OLIVEIRA-MENDES BBR, CHAVEZ-OLORTEGUI C, ET AL. Selected to survive and kill: Tityus serrulatus, the Brazilian yellow scorpion. PLoS One. 2019;14(4):e0214075. doi: 10.1371/journal.pone.0214075 » https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214075

REVISTA FACULDADE ITOP. (2021). Acidentes por animais peçonhentos no Tocantins: Estudo sobre a sazonalidade e prevenção. Revista Faculdade ITOP. Disponível em: https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/437.

RODRIGUES, E. A.; FONSECA, D. C. de; SILVA, M. E. Análise dos acidentes por animais peçonhentos e suas sazonalidades. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 28, n. 3, p. 456-470, 2022. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v28n3/pt_10.pdf. Acesso em: 18 jan. 2025.

RODRIGUES, A. E. P. (2022). Perfil epidemiológico dos acidentes causados por serpentes peçonhentas em Palmas, TO, nos anos de 2020 a 2022. Revista de Patologia do Tocantins. Disponível em: https://www.academia.edu/103934925/Perfil_epidemiol%C3%B3gico_dos_acidentes_causados_por_serpentes_pe%C3%A7onhentas_em_Palmas_TO_nos_anos_de_2020_a_2022

SANTANA, C. R., & OLIVEIRA, M. G. (2020). Avaliação do uso de soros antivenenos na emergência de um hospital público regional de Vitória da Conquista (BA), Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 25(3), 869-878

SANTOS, L. M., SILVA, F. J., & SOUZA, A. R. (2021). Associação ecológica entre fatores socioeconômicos, ocupacionais e de infraestrutura/saneamento com a ocorrência de escorpionismo no Brasil. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, 30(4). Disponível em: https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742021000400311&script=sci_arttext

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. (2021). Orientação e controle de escorpiões no meio urbano. Recuperado de https://educacaoambiental.sde.sc.gov.br/index.php/projetos/336-orientacao-e-controle-de-escorpioes-no-meio-urbano.

SILVA, F. J., ET AL. (2020). *Ofidismo no Tocantins: análise ecológica de determinantes e áreas de risco*. Revista Brasileira de Epidemiologia, 23(4). Disponível em: https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742020000400022&script=sci_arttext

UM PANORAMA DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NO BRASIL. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180423165451id_/https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/viewFile/1555/1485. Acesso em: 18 jan. 2025.

VIEIRA, Gabriela Paixão Spenchutt; MACHADO, Claudio. Acidentes por animais peçonhentos na região serrana, Rio de Janeiro, Brasil. *Journal Health NPEPS*, v. 3, n. 1, p. 211-227, 2018. Disponível em: Acesso em: 06 fev. 2025.

VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS NO MUNICÍPIO DE PALMAS, TOCANTINS, BRASIL. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/30701/18661. Acesso em: 18 jan. 2025.

WILLIAMS HF, LAYFIELD HJ, VALLANCE T, PATEL K, BICKNELL AB, TRIM SA, ET AL. The Urgent Need to Develop Novel Strategies for the Diagnosis and Treatment of Snakebites. Toxins (Basel). 2019;11(6):363p. doi: 10.3390/toxins11060363 » https://doi.org/10.3390/toxins11060363

ARTIGO

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Tendência temporal da mortalidade prematura por Diabetes Mellitus no município de Palmas, Tocantins

Temporal trend of premature mortality from Diabetes Mellitus in the municipality of Palmas, Tocantins

Beatriz Souza Paranhos[1], Silvely Tiemi Kojo Sousa[2], Marcela Antunes Paschoal Popolin[3]

[1] Especialista em Saúde da Família e Comunidade e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

E-mail:

biasouzaparanhos@gmail.com

[2] Mestre em Ciências da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

[3] Doutora em Ciências e Universidade Federal do Tocantins.

RESUMO

Este estudo analisou a tendência temporal da mortalidade prematura por Diabetes Mellitus (DM) no município de Palmas, Tocantins, entre 2014 e 2023. Trata-se de uma pesquisa descritiva baseada em dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). A mortalidade prematura (MP) foi definida como óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos. As taxas foram calculadas considerando a população local. Em Palmas, foram registrados 239 casos de MP, representando 43,45% das mortes causadas por DM. A ocorrência foi mais frequente em homens (137 casos; 57%), especialmente na faixa etária de 60 a 69 anos (123 casos; 51%) e predominou entre indivíduos de baixa escolaridade. A maioria dos óbitos (182 casos; 76%) ocorreu em hospitais. A análise revelou uma tendência estacionária na MP por DM, com taxa média de 8,3 por 100 mil habitantes e variação anual média de 1,19% (p<0,417). Esses resultados ressaltam a necessidade de intervenções específicas voltadas à prevenção e controle do DM, com foco nos grupos mais vulneráveis, além de ações de saúde integradas e monitoramento contínuo.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Mortalidade Prematura. Taxa de Mortalidade. Vigilância em Saúde Pública. Fatores Sociodemográficos.

ABSTRACT

This study analyzed the temporal trend of premature mortality due to Diabetes Mellitus (DM) in the municipality of Palmas, Tocantins, from 2014 to 2023. It is a descriptive research based on secondary data from the Mortality Information System (SIM/DATASUS). Premature mortality (PM) was defined as deaths occurring in individuals aged 30 to 69 years. The rates were calculated based on the local population. In Palmas, 239 PM cases were recorded, representing 43.45% of the deaths caused by DM. The occurrence was more frequent in men (137 cases; 57%), especially in the age group of 60 to 69 years (123 cases; 51%), and it predominantly affected individuals with low educational levels. Most of the deaths (182 cases; 76%) occurred in hospitals. The analysis revealed a stationary trend in PM due to DM, with an average rate of 8.3 per 100,000 inhabitants and an average annual variation of 1.19% (p<0.417). These results highlight the need for specific interventions aimed at the prevention and control of DM, focusing on the most vulnerable groups, as well as integrated health actions and continuous monitoring.

Keywords: Diabetes Mellitus. Mortality, Premature. Descriptor. Mortality Rate. Public Health Surveillance. Sociodemographic Factors.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) representam um grande problema de saúde pública, contribuindo para dois terços das mortes globais. O Diabetes Mellitus (DM), uma DCNT, pode causar graves complicações para órgãos vitais se não for devidamente tratado, levando a incapacidades crônicas e prejudicando tanto a sobrevida quanto a qualidade de vida dos pacientes (SOARES et al., 2015).

O DM é uma das morbidades mais frequentes em adultos. Caracteriza-se pela produção insuficiente ou pela má absorção de insulina, hormônio responsável por controlar a glicose no sangue e fornecer energia ao organismo. A insulina tem a função de quebrar as moléculas de glicose (açúcar), transformando-as em energia necessária para a manutenção das células do corpo. O diabetes pode resultar no aumento dos níveis de glicemia, o que, em altas concentrações, pode causar complicações no coração, artérias, olhos, rins e nervos e, em casos mais graves, pode levar ao óbito (BRASIL, 2023).

O DM tipo 1 é mais comum entre crianças e adolescentes, caracterizando-se como uma doença autoimune que se manifesta desde a infância e não pode ser prevenida, sendo a insulinoterapia considerada o tratamento mais eficaz. No entanto, o DM tipo 2, causado pela deficiência na secreção de insulina, pode ser prevenido ou seu início adiado por meio do controle de fatores de risco modificáveis, como dieta saudável, atividade física e controle de peso, sendo o tipo mais prevalente na população em geral. Seu tratamento foca no controle glicêmico, o que envolve o uso de medicamentos orais, a prática de atividades físicas e uma alimentação equilibrada (BRASIL, 2022; SOUZA et al, 2020).

De acordo com o Atlas da Federação Internacional de Diabetes (2021), a prevalência global de DM é de 587 milhões de casos, representando um em cada 10 adultos. O Brasil ocupa a quarta posição mundial em prevalência, contabilizando 13 milhões de pessoas diagnosticadas. Pressupõe-se que 90% dos casos sejam de DM2, cuja incidência continua a aumentar, influenciada por fatores demográficos, como o envelhecimento populacional e por hábitos que podem ser modificados, como alimentação inadequada, consumo de álcool, falta de atividade física, obesidade e tabagismo (BRASIL, 2022).

No país, aproximadamente 15,7 milhões de adultos convivem com DM, com uma projeção de 20,3 milhões até 2045. Em 2017, a região Norte ocupava a 4ª posição em taxa de mortalidade por DM, com 26,3 mortes a cada 100 mil habitantes (CARDOSO et al., 2023). Especificamente no Estado do Tocantins, dados da Secretaria Estadual de Saúde indicam que o número de pessoas diagnosticadas com DM alcançou 55.708 em 2019. Dentre esses indivíduos, 25.872 também possuem hipertensão associada, o que agrava consideravelmente a progressão da doença (PEREIRA et al, 2022).

Conforme o sistema E-sus, a prevalência de pessoas com DM registradas em Palmas é de 4,4%, sendo o território Pankararu o que apresenta a maior prevalência, com 5,8%, seguido pelo território Karajá, com 5,4%. É importante destacar que esses territórios também atingiram os maiores percentuais de cadastros de diabéticos, com 84% e 78%, respectivamente (PALMAS, 2020).

A mortalidade prematura (MP) refere-se a óbitos que ocorrem entre 30 e 69 anos de idade. A taxa de mortalidade prematura (TMP) causada por DCNT é um indicador adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) para monitorar uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esse indicador avalia o impacto das ações de prevenção, tratamento e promoção da saúde, desde que seja calculado com base em dados confiáveis e de alta qualidade (MUZY, CASTANHEIRA, ROMERO, 2021).

Ao analisar a evolução temporal da MP por DM, é possível entender o efeito dessa doença crônica na saúde da população, especialmente em um cenário de urbanização acelerada e alterações no modo de vida, como Palmas, que vem apresentando uma elevada tendência de crescimento populacional. Essa avaliação possibilita a identificação de padrões e fatores de risco relacionados à prevenção e manejo do DM. Essas informações são cruciais para direcionar ações que diminuam a mortalidade evitável, incentivem o controle da enfermidade e aprimorem a qualidade de vida da população, alinhando o município aos objetivos globais de saúde, como os ODS.

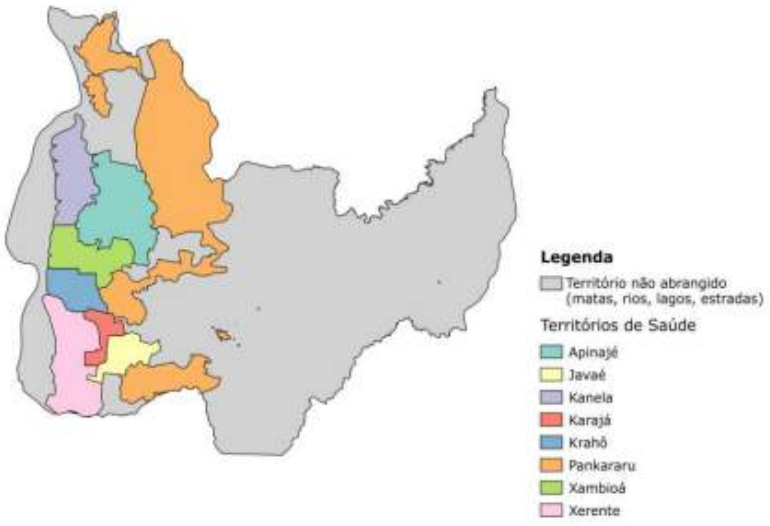
Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a tendência temporal de MP por DM entre 2014 a 2023 no município de Palmas, Tocantins.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo e descritivo que utilizou dados secundários sobre MP por DM. A pesquisa foi realizada em Palmas, situado na Região Norte do Brasil. O município é a capital do estado do Tocantins, uma criação relativamente recente que se consolidou em

1989, quando o estado foi oficialmente estabelecido a partir de uma porção do território do estado de Goiás. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo realizado em 2022, a cidade de Palmas contava com uma população de 302.692 habitantes, apresentando uma densidade demográfica de 135,90 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2023).

O município de Palmas, em seu esforço para atender às necessidades de sua população, encontra-se subdividido em territórios de saúde, que compreendem as seguintes demarcações: Krahô, Xambioá, Apinajé, Kanela, Karajá, Pankararu, Javaé e Xerente (Figura 1). Nesse contexto, são distribuídas 34 unidades de saúde que servem como pontos estratégicos de atendimento e assistência nos diversos territórios de saúde (PALMAS, 2020).



Fonte: Caderno Análise da Situação de Saúde de Palmas - Tocantins, 2020

Figura 1. Subdivisão dos territórios de saúde em Palmas - Tocantins, 2020.

O estudo foi conduzido entre setembro de 2024 e janeiro de 2025. Foram utilizados dados secundários de registros de óbitos por DM, acessíveis publicamente por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS), do Ministério da Saúde, utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Foram selecionados óbitos de residentes no município de Palmas ocorridos entre 2014 e 2023, codificados entre E10 e E14 (DM insulino-dependente, não insulino-dependente, relacionado à desnutrição, outros tipos especificados de DM, e DM não especificado), no grupo de "Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas", Capítulo IV. O acesso aos dados foi realizado por meio do site do DATASUS.

Foram incluídos todos os registros de óbitos por DM na faixa etária de 30 a 69 anos, residentes de Palmas no período de 2014 a 2023 e excluídos registros com informações incompletas. Para descrever o perfil dos óbitos por DM, calcularam-se as frequências absolutas e relativas de variáveis como ano, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor e local de ocorrência. A tendência temporal da MP por DM e as taxas ajustadas por sexo e faixa etária foram determinadas por meio do cálculo anual da taxa de mortalidade prematura bruta, considerando o número de óbitos e a população total, sendo o resultado multiplicado por 100.000 habitantes. Os dados referentes à população total foram obtidos por meio do sistema DATASUS.

A análise temporal, abrangendo o período de 2014 a 2023, foi conduzida utilizando o método de Regressão Log-Linear Simples, sendo classificada a tendência temporal da MP por DM como crescente, decrescente ou estacionária e calculadas as porcentagens de variação anual média (APC – Annual Percent Change), acompanhadas dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e valores de p, considerando como estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Para as análises estatísticas descritivas, empregou-se o Programa Microsoft Excel, enquanto as correlações foram realizadas no *software* Jamovi 2.3.28.

Dada a característica anônima e consolidada dos dados, não houve necessidade de apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP, 2022).

3. RESULTADOS

Durante os anos de 2014 a 2023, no município de Palmas, Tocantins foram registrados 11.525 casos de óbitos de todas as causas, dos quais 5.209 casos (45,19%) foram MP. Nesse período também foram contabilizados 550 óbitos por DM, representando 4,77% do total, e 239 MP por DM, correspondendo a 43,45% dos óbitos por essa causa. A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas da MP no município durante a série de dez anos. Percebe-se que a MP acomete mais pessoas nas faixas etárias de 50 a 59 anos (69 casos; 29%) e de 60 a 69 anos (123 casos; 51%), do sexo masculino (137 casos; 57%), cor parda (141 casos; 59%), casados (89 casos; 37%) e com baixa escolaridade (66 casos; 28%). O local de ocorrência dos óbitos registrados foi, principalmente, o hospital (182 casos; 76%).

Tabela 1. Características sociodemográficas da Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade/DATASUS no município de Palmas, Tocantins, 2014-2023.

Variáveis	(n=239)	%
Ano		
2014	20	8
2015	23	10
2016	23	10
2017	22	9
2018	24	10
2019	18	8
2020	23	10
2021	28	12
2022	27	11
2023	31	13
Sexo		
Masculino	137	57
Feminino	102	43
Faixa etária		
30-39	8	3
40-49	39	16
50-59	69	29
60-69	123	51
Raça/cor		
Branca	60	25
Parda	141	59
Preta	22	9
Outros	4	2
Ignorado	0	0
Estado Civil		
Solteira	60	25
Casado	89	37
Viúva	23	10
Separado	33	14
Outros	20	8
Ignorado	14	6
Escolaridade		

Nenhuma	29	12
1 a 3 anos	66	28
4 a 7 anos	40	17
8 a 11 anos	50	21
12 e mais	25	10
Ignorado	29	12
Local de ocorrência		
Hospital	182	76
Outros	57	24

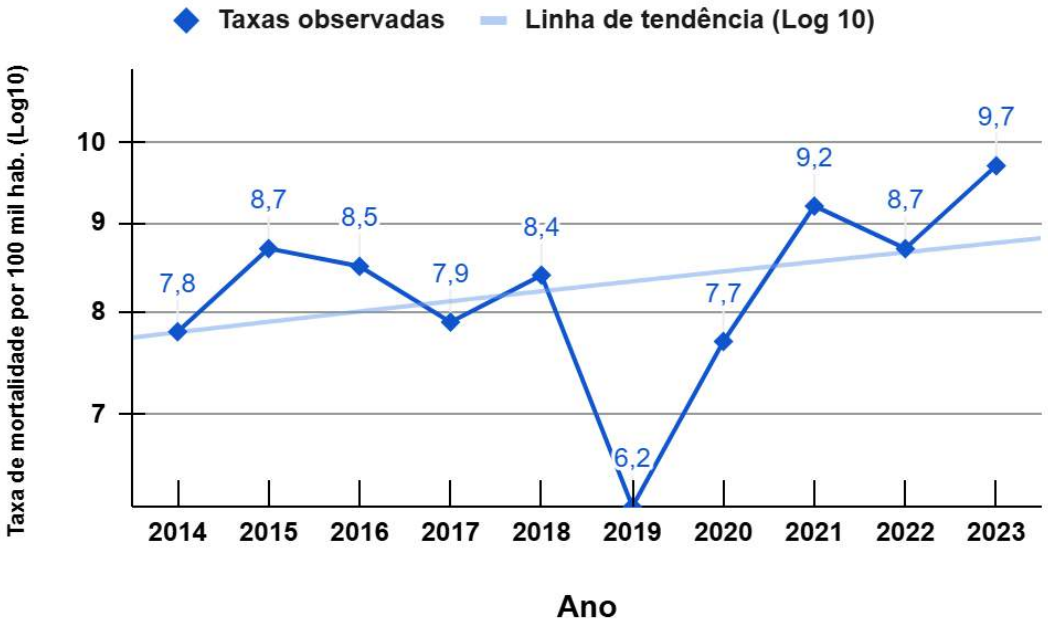
Nota* n: número de óbitos prematuros por Diabetes Mellitus;

A Tabela 2 demonstra o número absoluto de óbitos e as taxas brutas de MP por DM no município de Palmas/TO durante o período analisado. A média registrada foi de 8,3 casos por 100 mil habitantes, com destaque para o ano de 2023, que apresentou a maior taxa atingindo 9,7 casos por 100 mil habitantes.

Tabela 2. Número de óbitos, população de Palmas/TO e taxas brutas de Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus calculado por 100 mil habitantes, 2014-2023.

Ano	Número de óbitos	População	Taxa calculada por 100 mil habitantes
2014	20	256.993	7,8
2015	23	264.290	8,7
2016	23	271.426	8,5
2017	22	278.338	7,9
2018	24	285.315	8,4
2019	18	292.065	6,2
2020	23	298.656	7,7
2021	28	305.182	9,2
2022	27	311.698	8,7
2023	31	319.558	9,7
Total	239	-	8,3

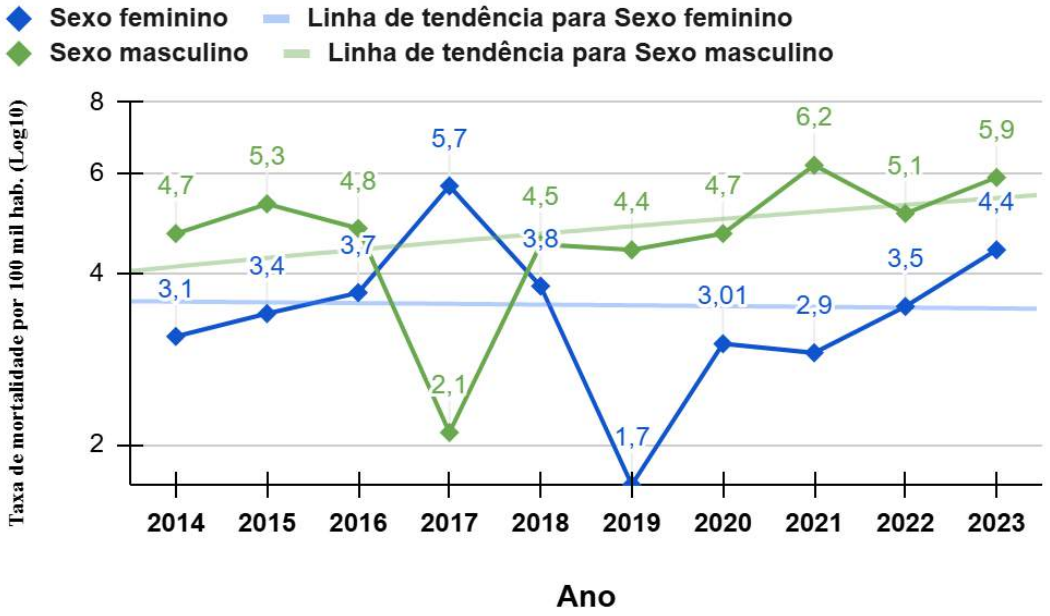
A Figura 2 demonstra a curva de tendência da taxa de MP durante o período de 2014-2023. A análise da taxa de MP por DM em Palmas/TO, revelou uma variação anual média (APC) de 1,19%. No entanto, o intervalo de confiança de 95% (-1,99 a - 4,48) incluiu valores negativos, e o valor de p (<0,417) demonstrou ausência de significância estatística. Esses resultados indicam que a tendência da MP por DM durante o período analisado foi classificada como estacionária, sugerindo que não houve evidências de aumento ou redução consistente nas taxas de mortalidade ao longo do tempo.



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 2. Tendência da taxa de Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus em Palmas/TO, 2014-2023.

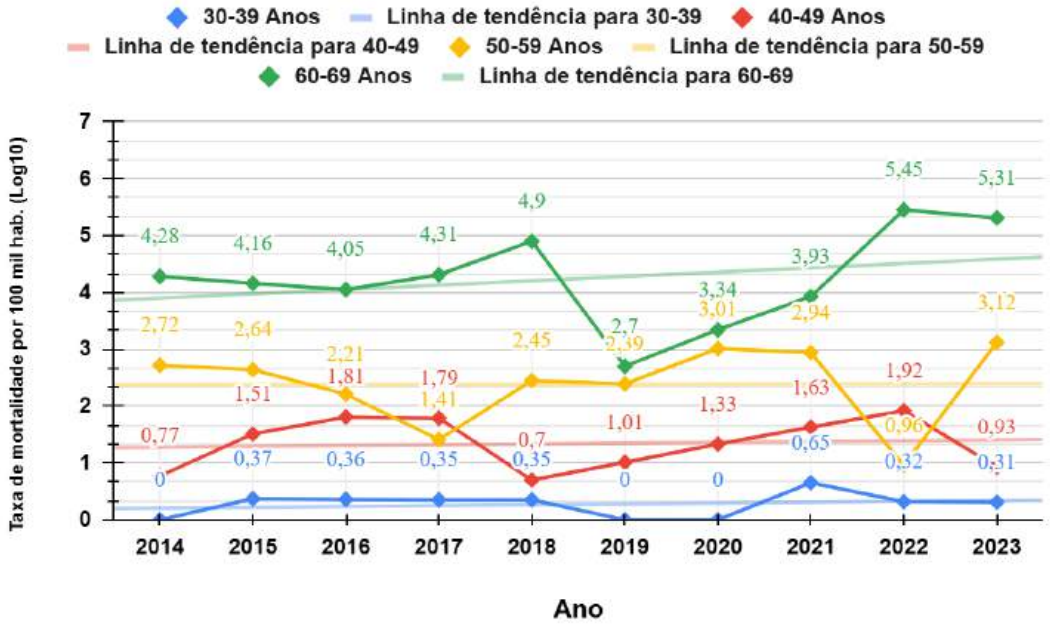
A Figura 3 apresenta a distribuição por sexo, ajustadas em escala logarítmica (log10). Para o sexo feminino, as taxas mostram oscilações ao longo do tempo, com a linha de tendência indicando estabilidade geral. Já para o sexo masculino, as taxas apresentam variações semelhantes, mas com uma linha de tendência que sugere um aumento mais consistente nos últimos anos.



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 3. Tendência da taxa de Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus por sexo em Palmas/TO, 2014-2023.

Foi realizada a análise de tendência por faixa etária, o que demonstrou que não houve aumento significativo da tendência de óbitos durante o período nas faixas etárias: até 30 anos a 59 anos, já na faixa de 60-69 anos, que apresenta as maiores taxas de mortalidade, a linha de tendência aponta para um leve aumento nos últimos anos. Em geral, as taxas de mortalidade aumentam progressivamente com a idade, refletindo o maior risco de mortalidade nas faixas etárias mais altas (Figura 4).



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 4. Tendência da taxa de Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus por faixa etária em Palmas/TO, 2014-2023.

A Tabela 3, apresenta os resultados de APC e intervalos de confiança das taxas de MP por DM, por faixa etária e por sexo. De forma geral, nenhuma das categorias ou faixas etárias apresentou tendências estatisticamente significativas, o que caracteriza um comportamento predominantemente estacionário ao longo do período analisado. Isso sugere que as variações nas taxas de MP por DM são limitadas e sem grandes alterações de tendência no período avaliado.

Tabela 3. Análise de tendência para as taxas de Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus por sexo e faixas etárias, Palmas/TO, 2014-2023.

Tipo de taxa	APC	Intervalo de confiança	Interpretação da tendência	p-valor
Taxa de mortalidade prematura	1,19	-1,99 a -4,48	Estacionária	0,417
Feminino	-0,32	-8,36 a -8,41	Estacionária	0,931
Masculino	3,44	-3,90 a -11,34	Estacionária	0,321
30-39 anos	0,30	-8,40 a -9,83	Estacionária	0,935
40-49 anos	1,85	-7,75 a -12,45	Estacionária	0,681
50-59 anos	-1,32	-7,49 a -5,14	Estacionária	0,691
60-69 anos	1,74	-4,54 a -8,42	Estacionária	0,588

4. DISCUSSÃO

A pesquisa teve como objetivo geral analisar a MP por DM em Palmas, Tocantins, no período de 2014 a 2023. Os resultados possibilitaram compreender não só a dimensão da doença, mas também as dinâmicas temporais e demográficas relacionadas à MP no contexto determinado.

O estudo mostrou a tendência estacionária da MP por DM no município, apresentando as taxas mais elevadas em faixas etárias específicas (60-69 anos) e entre os homens. Esse padrão pode ser devido à procura reduzida por serviços de saúde e à adesão limitada a tratamentos preventivos, além de uma maior exposição a fatores de risco como o tabagismo e a falta de atividades físicas. A persistência de níveis elevados destaca a necessidade de implementar estratégias de intervenção eficazes (DE REZENDE GARCIA, DE OLIVEIRA TAVARES, 2018; TEIXEIRA, 2023; OLIVEIRA, RAMALHO, 2022).

Ademais, a elevada taxa de mortalidade entre os homens pode estar relacionada a fatores socioculturais, como a menor regularidade em consultas preventivas e adiamento na busca por tratamento. Além disso, os homens costumam mostrar uma maior incidência de comorbidades associadas ao DM, incluindo hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (RODRIGUES et al., 2024). A escassa adesão dos homens a tratamentos preventivos revela barreiras culturais, além da carência de políticas públicas direcionadas a esse grupo.

Em relação à faixa etária, o número de mortes entre 50 a 69 anos demonstra a ligação entre o envelhecimento e as complicações do DM. A mudança demográfica, que resulta em um aumento da expectativa de vida, também ajuda a explicar essa distribuição por idade (TEIXEIRA, 2023). Palmas, como uma capital relativamente jovem, enfrenta desafios específicos decorrentes do seu rápido crescimento populacional e da necessidade de uma rede de saúde pública que seja eficiente para suprir essas demandas.

A alta concentração de MP entre pessoas de 50 a 69 anos revela tanto o processo de envelhecimento da população quanto a dificuldade em garantir o diagnóstico e tratamento oportunos para o DM. A transição demográfica, somada aos elevados índices de obesidade e sedentarismo, agrava ainda mais essa situação. Além disso, as mortes

precoces causadas pelo DM impactam de maneira significativa o potencial produtivo da população, ao mesmo tempo em que aumentam os custos relacionados a tratamentos e hospitalizações, trazendo novos desafios para a gestão de recursos em saúde (MUZY, CASTANHEIRA, ROMERO, 2021).

Os aspectos econômicos também não podem ser ignorados. A permanência de óbitos prematuros gera impacto na produtividade, reduzindo o contingente de trabalhadores ativos e aumentando os custos com pensões e tratamentos relacionados ao DM. Além disso, há implicações sociais, pois as famílias de indivíduos acometidos por DM frequentemente enfrentam dificuldades financeiras e emocionais (DE REZENDE GARCIA, DE OLIVEIRA TAVARES, 2018).

As taxas de mortalidade prematura, embora com tendência estacionária, refletem a permanência de óbitos evitáveis, os quais impactam diretamente os fatores econômicos e sociais, além de sobrecarregar os serviços de saúde. A continuidade desses óbitos pode ser atribuída a obstáculos no acesso a programas de prevenção eficazes, a barreiras culturais que limitam a adesão dos homens aos cuidados preventivos e à falta de mudanças estruturais significativas nos determinantes sociais da saúde.

Essa estabilidade pode estar vinculada à dificuldade de acesso a programas de prevenção que atendam toda a população, juntamente com a falta de mudanças relevantes nos determinantes sociais da saúde na área. A prevalência entre indivíduos de 50 a 69 anos indica a evolução do DM ao longo da vida, assim como a demora na identificação e no tratamento apropriado, exacerbada por fatores de risco acumulativos (PALMAS, 2020).

A tendência estacionária também revela que, apesar das intervenções implementadas, as medidas de prevenção e controle do DM em Palmas podem não estar alcançando de maneira eficaz os grupos mais vulneráveis. Os homens, na faixa etária de 50 a 69 anos representam esse grupo, em que os fatores de risco acumulados ao longo da vida, como sedentarismo e dietas inadequadas, aumentam sua vulnerabilidade à doença.

Apesar da tendência estacionária, a presença contínua de óbitos prematuros evidencia a necessidade de estratégias direcionadas, como a ampliação de programas de educação em saúde voltados para a prevenção e controle do DM, com foco nos grupos mais vulneráveis. Essas intervenções devem considerar as particularidades de Palmas,

como o rápido crescimento populacional e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a fim de garantir maior equidade no atendimento.

Os resultados deste estudo também apontam para a importância de políticas locais que integrem o acompanhamento dos determinantes sociais de saúde à oferta de atenção primária qualificada. Investir na prevenção e controle do DM pode atenuar os impactos sociais e econômicos associados à mortalidade prematura, contribuindo para a redução dos custos a longo prazo para o sistema de saúde.

O estudo apresenta algumas limitações, visto que os dados utilizados são provenientes de fontes secundárias, como o SIM, e podem apresentar desafios relacionados à subnotificação e ao preenchimento incompleto. Estudos anteriores destacaram que essas limitações podem afetar a precisão das taxas calculadas e dificultar comparações (NOLÊTO et al., 2022).

Diante disso, é importante investir na melhoria da coleta de dados e na capacitação de profissionais a fim de garantir a precisão das informações registradas. Além disso, é essencial fortalecer ações de prevenção e controle do DM nos grupos identificados. A pesquisa contribui ainda para o entendimento da MP por DM, destacando a importância de intervenções direcionadas, assim como a necessidade de um monitoramento mais eficaz dos dados epidemiológicos no município. Ademais, esses resultados podem contribuir para estratégias mais eficientes voltadas à diminuição da mortalidade relacionada ao DM, alinhando-se às metas globais de saúde pública.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram um perfil epidemiológico de MP por DM em homens, na faixa etária de 50 a 69 anos, além de uma tendência estacionária na MP por DM em Palmas, Tocantins.

Além disso, demonstra a importância de acompanhar as taxas de MP por DM como um indicador crucial para avaliar o estado de saúde e a eficácia das políticas públicas no município. O padrão estacionário observado durante o período em análise ressalta a necessidade de intensificar ações focadas na prevenção e controle dessa enfermidade, considerando os grupos mais suscetíveis, como homens e pessoas com idades mais avançadas.

A influência de fatores sociodemográficos destaca a necessidade de uma estratégia unificada que abrange educação em saúde, acesso à atenção primária qualificada e

acompanhamento constante dos determinantes sociais de saúde. É necessário ajustar ainda as políticas locais para lidar com os desafios particulares da região, assegurando a diminuição das disparidades no acesso aos serviços de saúde.

Em conclusão, a continuidade de pesquisas que investigam as particularidades locais, torna-se relevante para reforçar o planejamento estratégico na área da saúde, pois somente com intervenções efetivas e fundamentadas em evidências, poderemos reduzir o impacto do DM na qualidade de vida da população e diminuir as taxas de mortalidade prematura.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes (diabetes mellitus)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 53, n. 45, dezembro de 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no45/view>. Acesso em: 01 out. 2024.

CARDOSO, Gustavo Gomes et al. **Impacto da incidência dos casos de diabetes mellitus durante a pandemia da Covid-19 em Palmas–TO.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 12, p. e15087-e15087, 2023.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP). **Ofício circular No 17/2022/CONEP/SECNS/MS**. Orientações acerca do artigo 1.o da Resolução CNS n.o 510, de 7 de abril de 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/sobre-o-conselho/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/oficios-circulares/oficio-circular-no-17-de-5-de-julho-de-2022.pdf/view>. Acesso em 4 out. 2024

DE REZENDE GARCIA, Leilinéia Pereira Ramos; DE OLIVEIRA TAVARES, Selma Alves. **Mortalidade por diabetes mellitus em Goiás no período de 2008 a 2015.** Boletim Epidemiológico, v. 18, n. 5, p. 1-11, 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to/palmas.html>. Acesso em: 20 set. 2023

MUZY, Jéssica; CASTANHEIRA, Débora; ROMERO, Dalia. **Análise da qualidade da informação da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e sua utilização nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 29, n. spe, p. 152-164, 2021.

NOLÊTO, Paulo Henrique Arruda et al. **Tendência da mortalidade por diabetes mellitus no estado do Tocantins**. Revista Científica do Tocantins, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2022.

OLIVEIRA, Amanda Lima; RAMALHO, Alanderson Alves. **Tendência temporal do diabetes mellitus nas capitais brasileiras e Distrito Federal (2006 a 2019).** Conjecturas, v. 22, n. 2, p. 30-45, 2022.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Caderno Análise de Situação de Saúde de Palmas: Diabetes e Hipertensão arterial. Série histórica 2010—2019.** Palmas, v.2, n.8, Novembro, 2020. Disponível em:

<https://www.palmas.to.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/BOLETIM_HAS_E_DM_volume_2_numero_8.pdf>. Acesso em: 30 set. 2024.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Caderno Análise de Situação de Saúde de Palmas: Fatores de risco para DCNT em Palmas. Série histórica 2010—2019.** Palmas, v.2, n.7, Novembro, 2020. Disponível em: <https://www.palmas.to.gov.br/secretaria/saude/>. Acesso em: 20 jan. 2025

RODRIGUES, Laryssa Lyssia Matilde et al. **TENDÊNCIA TEMPORAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM PESSOAS IDOSAS POR DIABETES MELLITUS NO PIAUÍ, 2012–2021**. REVISTA FOCO, v. 17, n. 12, p. e6898-e6898, 2024.

SOARES, Daniela Arruda et al. **Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes-compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de atenção primária à saúde.** Revista de APS, v. 17, n. 3, 2014.

SOUZA, Kauê de Melo et al. **Número de casos de diabetes tipo 1 e 2 diagnosticados no Amapá entre 2007 e 2012. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 05, Ed. 12, Vol. 01, pp. 18-26. Dezembro de 2020.

TEIXEIRA, Cláudio Henrique Cavalcanti. **Tendência temporal das internações e da mortalidade por diabetes mellitus na Bahia, de 2011 a 2021**. 2023.

ARTIGO ORIGINAL

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Monitoramento Escolar: A Importância de uma Ferramenta Notificadora para a Detecção Precoce de Doenças Infecciosas.

School Monitoring: The Importance of a Notification Tool for the Early Detection of Infectious Diseases.

Caroline Matos Faria[1],

Enfermeiro, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Fesp- Palmas, Tocantins - Brasil.

nail:

rolinematosfaria@gmail.com

RESUMO

A escola constitui um espaço social que tem grande propagação de doenças. Por isso esta pesquisa visa conhecer a importância do monitoramento escolar para detecção precoce de doenças infectocontagiosas do município de Palmas, Tocantins. Para isso, será realizada uma pesquisa de caráter quantitativo, descritivo e retrospectivo. A população estudada serão crianças e adolescentes que frequentam o ensino público e privado do município de Palmas/TO cadastrados no monitoramento escolar. Os dados serão coletados nas planilhas que estão localizados no drive do e-mail do monitora covid escolas que é de domínio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde municipal, a análise será realizada pela descrição dos casos, caracterizando o perfil dos casos das doenças notificados. A pesquisa traz benefícios, uma vez que traz para as escolas a importância do monitoramento escolar e seu preenchimento, assim como informar como o monitoramento escolar traz uma melhor comunicação entre atenção básica, gestão, vigilância e educação, permitindo tomadas de decisões e orientação para esta comunidade para prevenção de futuras doenças e propagação de surtos. E que como ferramenta de notificação em saúde contribui e auxilia no desenvolvimento de ações de saúde e controle de doenças.

Palavras chave: Diagnóstico Precoce. Doenças Infecciosas. Monitoramento em Saúde.

ABSTRACT

The school constitutes a social space where diseases spread widely. Therefore, this research aims to understand the importance of school monitoring for the early detection of infectious diseases in the municipality of Palmas, Tocantins. For this, a quantitative, descriptive, and retrospective study will be conducted. The population studied will include children and adolescents who attend public and private schools in the municipality of Palmas/TO, registered in school monitoring. Data will be collected from spreadsheets located in the COVID school monitoring drive, which is managed by the Municipal Center for Strategic Information in Health Surveillance. The analysis will be conducted by describing the cases, characterizing the profile of reported disease cases. This research provides benefits by highlighting the importance of school monitoring and its proper completion, as well as demonstrating how school monitoring improves communication between primary care, management, surveillance, and education, enabling decision-making and guidance for the community to prevent future diseases and outbreaks. As a health notification tool, it contributes to and supports the development of health actions and disease control.

Keywords: Early Diagnosis, Infectious Diseases, Health Monitoring.

1. INTRODUÇÃO

As escolas constituem o primeiro espaço social que o ser humano frequenta depois de sair do convívio familiar (SILVA; FERREIRA, 2014), é neste espaço que se passa a conviver com outros indivíduos da sociedade para adquirir conhecimento sobre cultura, história, saúde do país e do mundo e se preparar futuramente para conviver quando adulto com outras pessoas (MOREIRA; CANDAU, 2003). Sendo assim, a escola exerce uma grande influência na formação do indivíduo, tornando importante uma ação integrada e intencional entre os campos da educação e saúde já que a saúde é fundamental para a vida e dignidade humana e o bem-estar social (GONÇALVES et al., 2008).

No Brasil, a saúde nas escolas começou a ser trabalhada por meio de ações educativas a partir de 1889, na época da Primeira República, com ações mais individualistas, com foco no comportamento e hábitos saudáveis dos escolares, sem levar em o meio social em que estavam inseridas (VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008) com suas respectivas doenças endêmicas.

Foi com o passar do tempo que a saúde nas escolas ganhou destaque nas políticas e programas com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola como um todo, justamente por ser um espaço que busca disseminação de diferentes conhecimentos. Atualmente, a temática da saúde na escola recebe importante atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNESCO, o que confirma sua relevância em âmbito mundial. (VALADÃO, 2004).

No âmbito nacional, a saúde na escola é trabalhada através do Programa Saúde na Escola (PSE) que foi instituído em 2007 e integra uma política de governo voltada à intersetorialidade das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações. O PSE tem como objetivo a política de educação em saúde como parte da formação ampla para a cidadania e promove a ligação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral ao tratar a saúde e educação de forma integral (CARVALHO, 2015).

Através da integralidade entre saúde e educação, o conhecimento sobre prevenção de doenças é disseminado (SOUTO, 2013), pois ferramentas como capacitações e ações educativas para os estudantes e profissionais da educação, auxiliam indiretamente no reconhecimento e na utilização de medidas que vão prevenir que doenças infecciosas que possam estar circulando no ambiente (LIMA et al., 2020; SOUZA et al., 2020; TRINDADE

et al., 2023). A maioria das doenças infectocontagiosas pode ser evitada por meio de ações educativas, (RAMOS et al.), pois as ações educativas representam uma importante ferramenta para potencializar as medidas de prevenção e tratamento. Além de servirem para evitar o surgimento ou a reincidência de determinadas doenças (SOUTO, 2013).

A Covid-19 em 2020, representou um grande impacto no espaço socioeducativo, como fechamento das escolas por um período de 08 (oito) meses como medida para conter a propagação do vírus entre as pessoas, o que foi considerado o maior período de afastamento social de crianças e adolescentes no Brasil no espaço escolar (FONSECA; SGANZERLA; ENÉAS, 2020).

Além disso, com esta restrição social houve uma redução de notificações de doenças infectocontagiosas (BRITO; FORMIGOSA; NETO, 2022). Pois, houve impacto nas relações sociais e nas ações de promoção da saúde na escola, assim com a restrição de circulação e permanência no ambiente escolar, observando uma redução nas notificações de doenças infectocontagiosas (BRITO; FORMIGOSA; NETO, 2022).

A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Esta informação faz com que a vigilância epidemiológica tenha dados para a realização de um plano de ação com suas respectivas ações de intervenções para uma mudança de cenário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Em fevereiro de 2021, houve o retorno parcial às aulas presenciais em Palmas/TO. O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) entrou em contato com as escolas, por meio da Secretaria Municipal de Educação, para orientar sobre os protocolos de saúde a serem seguidos. Um dos protocolos implementados foi o Programa Monitoramento Escolar (PME), que envolvia o preenchimento semanal de um formulário online pelas escolas. Esse formulário monitorava casos suspeitos e confirmados de Covid-19 entre alunos e profissionais, afastamentos e a presença dos alunos nas atividades presenciais.

De acordo com o Ministério da Saúde, o CIEVS tem como objetivo principal fortalecer a capacidade do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para identificar precoce e oportunamente emergências em saúde pública, a fim de organizar a adoção de respostas adequadas que reduzam e contenham o risco à saúde da população. Tem também um importante papel como facilitador da integração das equipes de resposta, dos gestores e dos técnicos de diversos setores potencialmente envolvidos em surtos e

epidemias das três esferas de gestão do SUS e do cenário internacional. Sendo responsáveis pelas estratégias de suporte ao gerenciamento e controle sanitário das doenças e agravos, que apresentam elevado potencial de disseminação e riscos à saúde pública.

Com o recebimento das vacinas contra Covid-19 em 2021 e a diminuição da detecção de casos de Covid-19 (MEDEIROS et al., 2023), iniciou-se, em 2023, uma mudança do projeto de monitoramento escolar, ampliando o roll de doenças acompanhadas, principalmente as infecciosas que mais acometem crianças e adolescentes de Palmas/TO devido e características climáticas e epidemiológicas.

É através do monitoramento de ocorrência de casos que se têm informações de quais doenças estão circulando em determinado local, possibilitando a realização de ações de prevenção, evitando possíveis surtos e a disseminação de infecções para o restante da população. Pois as doenças infectocontagiosas têm grande potencial pandêmico e tem sido um grande ameaça para a saúde pública local e mundial (BAMBRA et al., 2022). Então uma vigilância oportuna, com detecção precoce e tratamento adequado dos casos é de suma importância no processo de controle e erradicação de determinadas doenças (SARTOR et al., 2022).

O monitoramento escolar possuía, no ano de 2024,uma lista de 11 doenças para notificação nas planilhas, as doenças são catapora, doença-mão-pé-boca, dengue, escabiose, mpox (varíola dos macacos), caxumba conjuntivite, covid-19, rotavírus, chikungunya, que são doenças endêmicas no município, sendo que, até junho de 2023, contava com 12 agravos, sendo esta a virose, mas por ter uma ampla variedade de vírus, foi retirado devido a dificuldade na hora da identificação do tipo de doença viral que estava ocorrendo.

O Tocantins, assim como outras regiões do Brasil, enfrenta desafios com as doenças infectocontagiosas, principalmente as doenças como dengue, zika, chikungunya, leptospirose, tuberculose e HIV/AIDS. Essas enfermidades impactam a saúde pública e a qualidade de vida, sendo sua proliferação favorecida pelas condições climáticas e ambientais específicas da região. A saúde atua com campanhas de conscientização e vacinação, mas é essencial a colaboração da comunidade e políticas públicas eficazes para enfrentar esses problemas e melhorar a saúde da população (FONSECA et al., 2023).

No mesmo ano, a lista de unidades escolares cadastradas, entre escolas privadas, CMEIS e escolas da rede pública de ensino, era de 110 unidades. O município de Palmas

conta com 32 creches municipais, 99 escolas de ensino fundamental, 37 escolas de ensino médio, sendo 13.542 alunos em creches e pré-escolas, 41.474 alunos no ensino fundamental, 13.358 alunos no ensino médio, 1.735 docentes no ensino fundamental, 771 docentes no ensino médio (AGÊNCIA PALMAS, 2024; IBGE, 2021; GUIA DE ESCOLAS DO BRASIL, 2024).

Desta forma, a rede de saúde e seus profissionais, principalmente aqueles em formação, precisam conhecer a importância da implantação de projetos em espaços como instituições de ensino, como sendo estratégicos como fonte de informações em saúde da comunidade, e que por meio deste conhecimento e do trabalho realizado em conjunto com outras áreas e setores é possível a intervenção em cenários propícios à agravos de saúde, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A pesquisa teve como objetivo conhecer os casos notificados no PME na região de Palmas/TO, descrevendo o perfil epidemiológico, as doenças e os surtos detectados para que se possa compreender o importante papel que ele exerce para benefício da sociedade.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo dos casos de doenças de notificação compulsória nacional identificados em indivíduos da comunidade escolar das redes pública e privada de ensino, através do PME realizado pelo Centro de Informações Estratégicas da Vigilância epidemiológica (CIEVS) do município de Palmas, Tocantins.

O PME é realizado por meio da planilha do drive de Excel, onde é compartilhado com cada escola individualmente através do e-mail da instituição. Um responsável pela escola preencher esta planilha, sem necessidade de baixar, online, garantindo mais segurança e confiabilidade, pois somente a escola e o CIEVS terão acesso a estas informações.

A pesquisa foi realizada (com dados secundários consolidados) no Cievs, setor da vigilância epidemiológica inserida na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do município de Palmas. A capital do Estado do Tocantins possui uma população de 302.692 habitantes (IBGE 2022). Como método para facilitar a coleta de dados, os centros educacionais foram divididos de acordo com sua localidade geográfica em duas regiões da cidade, norte e sul, sendo norte englobando as quadras arno e arne e a sul, as quadras arso, arse e o bairro de taquaralto (aurenys).

O período de estudo foi do ano de 2023, considerando ser o início da expansão do PME para as demais doenças infecciosas, pois anteriormente era só para o Covid-19. Devido a retirada da virose no ano de 2023, o banco de dados teve perdas destes dados deste agravo, sendo retirado dos resultados. O instrumento utilizado foi as planilhas do sistema de monitoramento escolar do Cievs Palmas/TO.

Os critérios de inclusão utilizados foram as pessoas da comunidade escolar cadastrada no monitoramento das escolas, as doenças infecciosas inseridas nas planilhas de monitoramento e as escolas cadastradas no sistema de monitoramento escolar. Já os critérios de exclusão foram as escolas que não preencheram as planilhas de monitoramento escolar, o período de férias letivos e os dados preenchidos incorretamente.

As variáreis do estudo foram números de casos suspeitos das doenças, a quantidade de agravos por mês, os números notificados por região norte e sul de Palmas-TO,sexo, faixa etária e turma (no caso de estudantes).

Os dados foram coletados nas planilhas que estão localizados no drive do e-mail com nome intitulado monitora covid escolar. A coleta foi realizada nos meses de novembro de 2024 à janeiro de 2025.

Foi feita uma análise descritiva dos casos inseridos na planilha, seguida por análises exploratórias para caracterizar o perfil dos casos suspeitos das doenças notificadas pela escola e o número de surtos. Realizada por meio de estatística descritiva dos parâmetros quantitativos, sendo calculadas frequências absolutas e relativas. Todo processo teve permissão de acesso aos e-mails da coordenação responsável pelos dados.

Em seu aspecto ético, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e não apresenta conflito de interesses. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 2024, sob protocolo nº 056729/2024.

3. RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos do ano de 2023, foram 30 centros educacionais que notificaram casos suspeitos, entre eles CMEIS, escolas de ensino fundamental e médio públicos e particulares, dentre as notificações, o perfil da população notificada foi descrito na Tabela 1. Foram 334 notificações, dentre as quais, 164 foram do sexo feminino e 170 do sexo masculino. A faixa etária que foram mais notificadas foram de 0 a 5 anos, sendo

185 notificações, sendo o segundo maior as não informadas com 112, seguida pelo de 6 a 10 anos com 29 notificações e demais idades. Quanto ao ano escolar o maior número foi os que frequentam o berçário com 135 casos e o ensino fundamental com 8, seguida pela pré-escola com 72 casos, ou seja, as séries iniciais da educação.

Tabela 1. Frequencias (absoluta e relativa) de notificação de casos suspeitos de doenças transmissíveis em estudantes de insituições de ensino de Palmas, por sexo, idade e ano escolar, em 2023.

Características	**Categorias**	**N**	**%**
Sexo	Feminino	164	49,10
	Masculino	170	50,90
Faixa etária			
	0-5 anos	185	55,39
	6-10 anos	29	8,68
	11-15 anos	2	0,60
	> 16 anos	6	1,80
	Não informado	112	33,53
Turma	Berçário/Maternal	135	40,42
	Pré-escola	72	21,56
	Ensino fundamental	93	27,84
	Ensino médio	8	2,39
	Ensino superior	4	1,20
	Não informado	22	6,59

Fonte: Drive Monitora Covid

Dos casos suspeitos, foram descritos 10 diferentes agravos, dentre os quais, o maior número foi do agravo mão-pé-boca com 72 casos, seguida por conjuntivite com 44 casos e dengue com 32 casos.

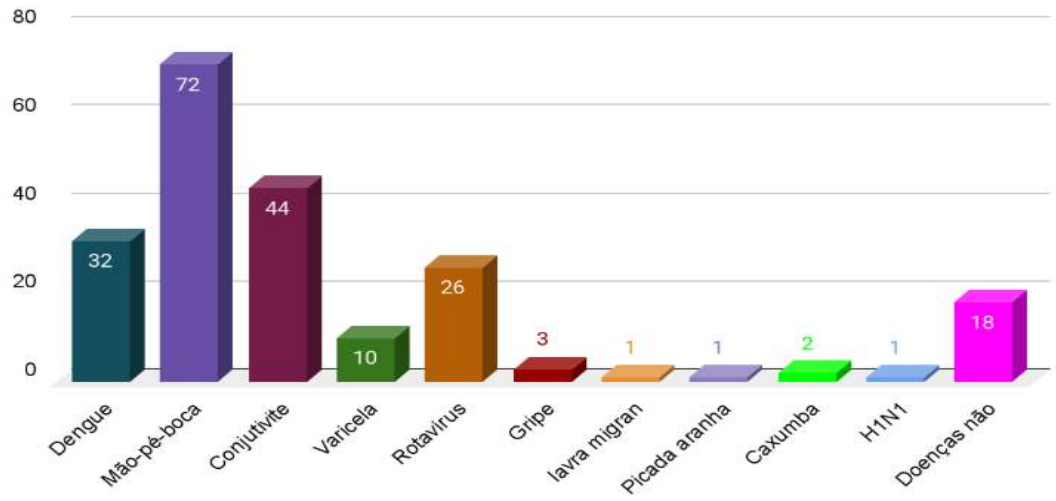


Figura 1. Distribuição de doenças e agravos suspeitos, notificados por escolas, em estudantes, no ano de 2023, em Palmas-TO.

Quanto aos meses que aconteceram as notificações, o mês de maio foi o mês que mais apresentou casos notificados com 95 casos, seguido pelos meses de junho com 64 casos e agosto com 37 casos.

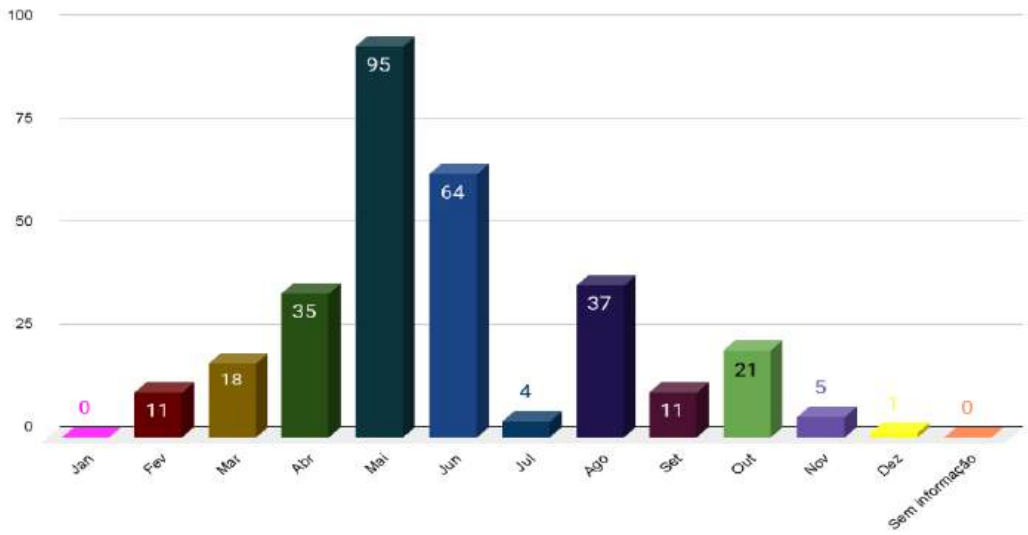


Figura 2. Distribuição de doenças e agravos suspeitos, notificados por escolas, em estudantes, no ano de 2023, por mês de notificação, em Palmas-TO.

Quanto aos agravos mais notificados por mês, o mês de maio e junho teve mais notificações de mão-pé-boca, seguido pelo mês de agosto com mais notificações de dengue e conjuntivite.

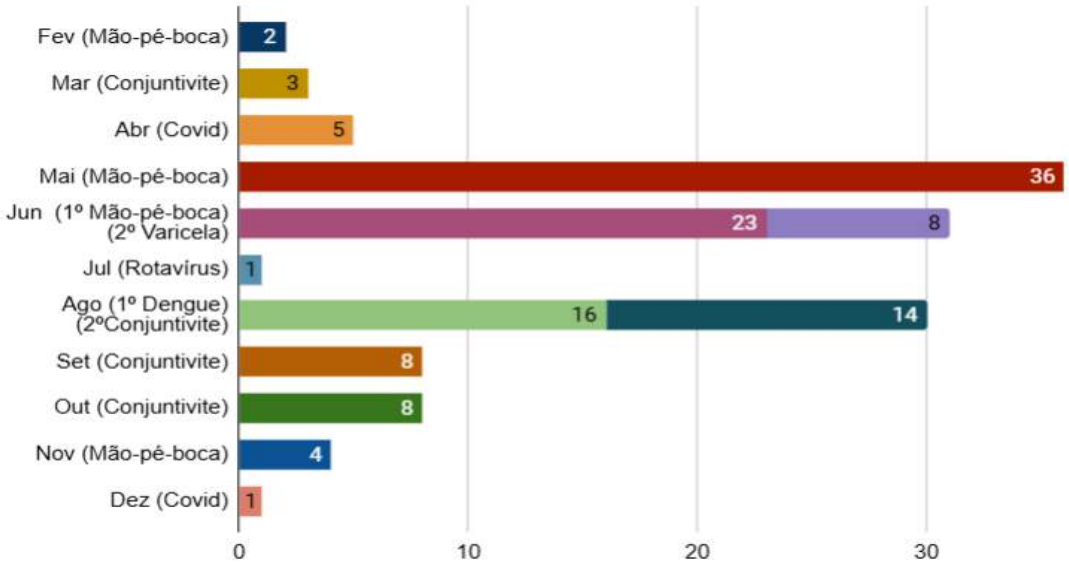


Figura 3. Distribuição de doenças e agravos suspeitos, notificados por escolas, em estudantes, no ano de 2023, por agravo mais notificado por mês de notificação, em Palmas-TO.

Em relação à região que os centros educacionais faziam parte, foram 22 centros educacionais localizados na região sul, sendo a região que mais notificou no ano de 2023.

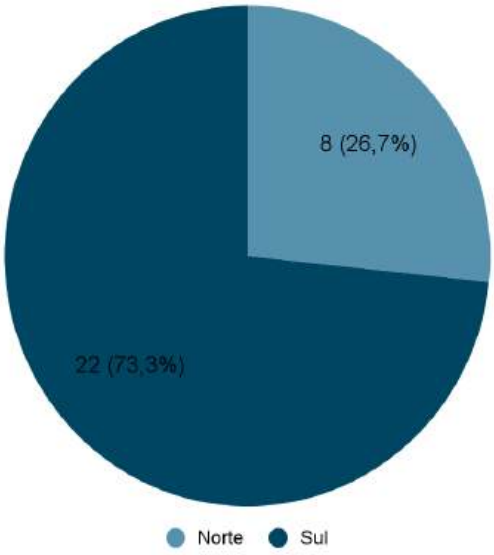


Figura 3. Centros educacionais que notificaram, divididos por região do município de Palmas

4. DISCUSSÃO

Em relação ao número de notificações segundo sexo não teve muita relevância, pois as porcentagens foram quase iguais em ambos os sexos, significando que os agravos atingiram a população escolar em igual. Já em questão de idade, o número grande de notificações na faixa etária de 0 a 5 anos, pode significar, de acordo com estudos, que o sistema imunológico desta população ainda é imaturo, ou seja, ainda está em processo de formação, o que os torna mais suscetíveis a infecções e coinfecções, principalmente as infectocontagiosas (BEBER et al 2020; BRUM et al. 2022; SCHOTT et al 2023).

A variável ano escolar prevaleceu o maternal/berçário, viabilizando os dados apresentados na variável idade, pois a população que frequenta este ano escolar é nesta faixa etária em específico. Já em questão do ensino fundamental está com a segunda maior porcentagem de notificações, pode se dar por serem uma faixa etária que varia de 5 a 15 anos, ou seja, crianças e adolescentes inseridos em um ambiente, em que se soma a aglomeração de pessoas e a falta de práticas de higiene comum no ambiente escolar. Somado à falta de ensino da importância das práticas de higiene desde o ambiente domiciliar ao ensino nas escolas, podendo influenciar o aumento da incidência destes casos neste grupo (MUNIZ, 2023; PEDROTTI et al., 2022).

Dos agravos mais notificados que foram mão-pé-boca, dengue, conjuntivite e rotavírus, que são agravos que são endêmicos no Tocantins, por ser um estado de clima tropical e que são comuns, pois o clima quente e úmido/chuvoso é favorável para o desenvolvimento de patógenos e vetores que aumentam a propagação destas doenças, principalmente em crianças que estão em ambiente escolar, onde ocorre aglomeração e sua imunidade é menor, tornando mais fácil sua propagação entre esta população (HOLANDA, 2022; ZEZZO et al., 2021).

De acordo com as notificações segundo o mês do ano, os meses de maio, junho e agosto, foram os que tiveram mais notificações, o que se deve às mudanças climáticas que têm um grande impacto na ocorrência de doenças na população. Uma vez que, o clima age de diferentes maneiras em determinados patógenos e vetores, ou seja, determinadas doenças surgem mais em uma época do ano que outra, dependendo do seu ciclo de vida (ZEZZO et al., 2021). Já no caso de ter notificações no mês de julho, se deve ao fato de que algumas escolas tiveram aulas durante alguns dias do mês.

No caso da região que mais teve notificações serem de escolas da região sul de Palmas, pode significar mais aceitação do programa de monitoramento da saúde do ambiente escolar, desenvolvido pelo Cievs nesta região, pois foram as escolas desta região que mais preencheram as planilhas. Assim, sendo necessário ações para adesão de um maior número de escolas na região norte, pois por ser um espaço de aprendizado, se torna essencial a realização de ações educacionais para controle de doenças e promoção da saúde (DIOGO, 2022).

Já no caso dos dados não informados em algumas variáveis e o não preenchimento da planilha pela maioria das escolas, tornou-se um problema para o estudo realizado, pois dados incompletos e não realizados dificultam a análise da situação da saúde escolar e acarretam dificuldade para a realização de ações em tempo oportuno com o intuito de reduzir o avanço dessas doenças. Uma das razões desta falha pode se dar pela falta de importância que as pessoas que preenchem dão para o tema ou a falta de tempo devido às demandas do serviço (MARQUES et al., 2020).

Portanto, este artigo traz a importância de parcerias entre saúde e educação, pois pode trazer benefícios para a comunidade, como o conhecimento epidemiológico de doenças que atingem a comunidade escolar. Pois, este conhecimento nos traz dados sobre a incidência e prevalência destas doenças, assim como o perfil das pessoas mais atingidas, o que são informações essenciais para a tomada de medidas para prevenção e promoção de saúde nestes ambientes. Com isto, se torna relevante o aumento de estudos e artigos referente ao tema, pois ainda são poucos os estudos feitos sobre um assunto que demanda atenção por atingir a comunidade em geral.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados concluíram grande prevalência de doenças infectocontagiosas no ambiente escolar, principalmente nas idades de 0-5 anos e frequentando o berçário/maternal. Assim como o grande número de casos de crianças frequentando o ensino fundamental, sendo importante intervenções conjuntas da saúde e da educação nestes ambientes de ensino. Pois, por serem doenças endêmicas no município, é essencial a realização de estratégias para a realização de ações de prevenção e promoção em saúde, diminuindo assim o aumento de casos e sua propagação pela população. Ademais, o Cievs como centro estratégico deveria se aproximar do PSE para estimular este monitoramento

e o retorno destas informações, para que gere estratégias de enfrentamento mais focados e direcionados neste público escolar.

Além disso, é importante estudos epidemiológicos sobre doenças infectocontagiosas na população escolar, visto que os estudos encontrados ainda são poucos sobre o assunto e o ambiente escolar ser um lugar propício à propagação de doenças devido à aglomeração de crianças. Outrossim, é importante um olhar sobre as fragilidades dos dados coletados, tendo em vista a perda de alguns dados, precisando assim de ferramentas de coletas que evitem estas perdas.

Dito isto, é essencial o fortalecimento deste projeto e suas parcerias, tendo em vista que foi graças a residência multiprofissional que este projeto se expandiu e ganhou destaque e garantiu um importante conhecimento de formação para os residentes. Por isso, é relevante que os ambientes de saúde e de formação profissional deem mais consideração para intervenções de saúde nestes centros educacionais, sejam públicos ou privados, para alcançar objetivos que são garantir a saúde da população.

REFERÊNCIAS

BAMBRA, Clare. Pandemic inequalities: emerging infectious diseases and health equity. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 1-4, 2022. DOI https://doi.org/10.1186/s12939-021-01611-2. Disponível em: https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01611-2. Acesso em: 18 out. 2023.

BEBER, Lílian Corrêa Costa et al. FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS BRASILEIRAS: revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 26-38, 2020.

BRITO, Caio Vinícius Botelho; FORMIGOSA, Caio de Araújo Corrêa; NETO, Oscar Sampaio Mello. Impacto da COVID-19 em doenças de notificação compulsória no Norte do Brasil. **Revista Brasileira Promoção Saúde**. , [s. l.], v. 35, n. 12777, 2022. DOI 10.5020/18061230.2022.12777. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/12777/6835. Acesso em: 12 out. 2023.

BRUM, Natália Fernanda Ferreira et al. Linfo-histiocitose hemofagocítica e leishmaniose em crianças: série de casos e revisão da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, 2022.

CODEÇO, Cláudia Torres; COELHO, Flávio Codeço. Redes: um olhar sistêmico para a epidemiologia de doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n. 6, p.1767-1774, 2008. Disponível em: https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/iande/article/view/14. Acesso em: 20 out. 2023.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, ed. 4, p. 1207-1227, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/TTdz6ZMxbV7ft8L9KyxkPyr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 out. 2023.

DIOGO, Ana Tereza Silva e et al. EDUCAÇÃO E HÁBITOS DE HIGIENE: ONDE E COMO INTERVIR?. **Unimontes Científica**, Montes Claros (MG), v. 24, n. 2, p. 1-15, 2022.

FONSECA, Ada Letícia Gomes Pires da et al. Análise da Distribuição Espacial de Doenças Infectocontagiosas no Estado do Tocantins. **Revista Cereus**, v. 15, n. 1, p. 2-14, 23 abr. 2023.

FONSECA, Rochele Paz; SGANZERLA, Giovana Coghetto; ENÉAS, Larissa Valency. Fechamento das escolas na pandemia de COVID-19: impacto socioemocional, cognitivo e de aprendizagem. **Debates em psiquiatria**, [s. l.], p. 1-37, Out-Dez 2020. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/20302/2/Fechamento_das_escolas_na_pandemia_de_COVID19_impacto_socioemocional_cognitivo_e_de_aprendizagem.pdf.

GONÇALVES, Fernanda Denardin et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Comunicação Saúde Educação**, [s. l.], v. 12, n. 24, p. 181-192, jan./mar. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/mrv3zN4qwNhn3mjJDFDR8Sd/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 4 out. 2023.

HOLANDA, Renata Requião. ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA DIARREICA AGUDA, SANEAMENTO BÁSICO E VACINAÇÃO CONTRA ROTAVÍRUS EM MENORES DE 5 ANOS NA REGIÃO NORDESTE. BRASIL.1998-2019. 2022. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação de Medicina) -Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2022.

IBGE. Palmas. [S. l.], 2021/2022. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama. Acesso em: 21 out. 2023.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro de et al. Emergência de saúde pública global por pandemia de Covid-19: desinformação, assimetria de informações e validação discursiva. **Revista de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 5-21, maio/ago. 2020. DOI https://doi.org/10.46902/2020n2p5-21. Disponível em: https://periodicos.ufca.edu.br/ojs/index.php/folhaderosto/article/view/490/460. Acesso em: 10 out. 2023.

MARQUES, Carla Adriana; Siqueira, Marluce Mechelli, Portugal, Flávia Batista. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 2020 mar [citado 2020 jan 6];25(3):891-900.

MEDEIROS, Gabriely Quintana de et al. Efetividade das vacinas da COVID-19 e disseminação do vírus: revisão sistemática**. Rev Neurociências**, [s. l.], v. 31, p. 1-23, 18

maio de 2023. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/14806/10761. Acesso em: 15 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Notificação Compulsória. [S. l.], 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria#:~:text=A%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20compuls%C3%B3ria%20%C3%A9%20a,descritos%20no%20anexo%2C%20podendo%20ser. Acesso em: 9 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. PORTARIA Nº 30, DE 7 DE JULHO DE 2005 Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. [S. l.], 7 jul. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2020). Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa; CANDAU, Vera Maria. Educação escolar e cultura(s): construindo caminhos. **Revista Brasileira de Educação**, [s. l.], ed. 23, p. 156-168, Maio/Jun/Jul/Ago 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/99YrW4ny4PzcYnSpVPvQMYk/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 out. 2023.

MUNIZ, Bárbara Lais Garcia .Higienização e saúde na escola: análise de documentos disponíveis antes e durante a pandemia do COVID-19. 2023. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Licenciatura em Ciências Biológicas) - Universidade Federal de São Carlos - Campus Sorocaba, São Paulo, 2023.
PEDROTTI, Sabrina Paranhos et al. Abordagem e Aplicação de Hábitos de Higiene na Educação Infantil. **XVII Seminário Ciência, Pesquisa e Extensão**. UNICRUZ. RS, 2012.

PEDROTTI, S.P. et al. Abordagem e Aplicação de Hábitos de Higiene na Educação Infantil. XVII Seminário Ciência, Pesquisa e Extensão. UNICRUZ. RS, 2012. Disponível em: https://home.unicruz.edu.br/seminario/downloads/anais/ccs/abordagem%20e%20aplicacao%20de%20habitos%20de%20higiene%20na%20educacao%20infantil.pdf.

PREFEITURA DE PALMAS. Retorno às aulas na Rede Municipal de Ensino contemplará atividades na escola e em casa. [S. l.], 17 dez. 2020. Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/portal/noticias/retorno-as-aulas-na-rede-municipal-de-ensino-contemplara-atividades-na-escola-e-em-casa/26841/. Acesso em: 14 out. 2023.

RAMOS, Lázaro Saluci et al. Instruções de higiene na escola e na sociedade como ação de saúde e prevenção de doenças: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 10, 10/2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4558/2814. Acesso em: 11 out. 2023.

SARTOR, Elisiane de Bona et al. Emergência e ressurgimento de doenças infecciosas: Os desafios das fronteiras sanitárias. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 23, n. 3, Set. 2022.

DOI http://dx.doi.org/10.5380/acd.v23i3.86317. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/86317. Acesso em: 20 out. 2023.

SCHOTT, Abraão dos Reis et al. Meningite bacteriana na infância e adolescência - perspectivas atuais e desafios futuros. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 4, p. 12731–12744, 5 abr. 2023.

SECRETARIA DA SAÚDE. Portaria nº 699, de 8 de agosto de 2018. PORTARIA INST Nº 699/SEMUS/GAB/SUPAVS, DE 08 DE AGOSTO DE 2018. **Diário Oficial de Palmas**, Palmas, ano IX, n. 2.065, 17 ago. 2018. Disponível em: http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2065-17-8-2018-20-1-24.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

SILVA, Luis Gustavo Moreira da; FERREIRA, Tarcísio José. O papel da escola e suas demandas sociais**. Projeção e Docência**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 6-23, dez. 2014. Disponível em: https://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao3/article/view/415. Acesso em: 1 out. 2023.

SOUTO, Aline de Araújo. Prevenindo doenças infecciosas e parasitárias em escolas de educação infantil da cidade de Cuité-PB. 2013. 65 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, [S. l.], 2013. Disponível em: dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/10336/3/ALINE%20DE%20ARA%c3%9aJO%20SOUTO%20-%20TCC%20BACHARELADO%20EM%20%20ENFERMAGEM%20CES%202013.pdf. Acesso em: 6 out. 2023.

SOUZA, Helen Paredes de et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. **Rev. Panamericana Salud Publica**, [s. l.], v. 44, p. 1-7, 2020. DOI https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.10. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51858. Acesso em: 11 out. 2023

TRINDADE, Mateus Lima Ulisses et al. Educação em prevenção de doenças infecciosas e parasitárias em escolas de ensino fundamental da cidade de Mossoró-RN: um relato de experiência. Interfaces - **Revista de Extensão da UFMG**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 01-706, jan./jun. 2023. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/34978/38110. Acesso em: 8 out. 2023.

VALADÃO, Marina Marcos. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 154 p. Tese (Doutorado em serviços de saúde) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2004. DOI https://doi.org/10.11606/T.6.2004.tde-12022007-152151. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/en.php. Acesso em: 4 out. 2023.

ZEZZO, Larissa Vieira et al. DOENÇAS INFECCIOSAS NO CONTEXTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS E DA VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL. **Revista Brasileira de Climatologia**, [s. l.], v. 28, 2021.

DOI
Revista Amazônia Science & Health
ANO Volume/Número

Perfil epidemiológico do câncer de boca no Brasil nos anos de 2018 a 2021, segundo o estudo *Global Burden of Disease (GBD)*

Epidemiological profile of oral cancer in Brazil from 2018 to 2021, according to the Global Burden of Disease (GBD) study.

Denyse Moreira Rocha[1], Isnaya Almeida Brandão Lima[2].

[1] Especialista; FESP/SEMUS Palmas.

E-mail:

denysemoreirar@gmail.com

[2] Mestre; FESP/SEMUS Palmas e Afya Palmas.

RESUMO

O presente estudo analisou o perfil epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil entre 2018 e 2021, de acordo com o sexo e faixa etária, além de suas taxas de prevalência, incidência e mortalidade utilizando o estudo *Global Burden of Disease* (GBD). O estudo é de natureza descritiva, baseado em dados secundários, analisados a partir de indicadores que mensuram a carga do câncer de lábio e cavidade oral estimada para o Brasil. Este estudo foi descrito de acordo com as diretrizes da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). As estatísticas mostram que as mortes por câncer de lábio e boca estão subindo no Brasil. A maioria das vítimas são homens e pessoas com mais de 50 anos. Há grandes diferenças regionais, refletindo desigualdade no acesso à saúde e à exposição a riscos. As regiões Sul e Sudeste possuem as taxas são mais altas e as regiões Norte e Centro-Oeste possuem as menores taxas.

Palavras-chave: Câncer de boca. Epidemiologia. Saúde bucal.

ABSTRACT

This study analyzed the epidemiological profile of lip and oral cavity cancer in Brazil between 2018 and 2021, according to sex and age group, as well as its prevalence, incidence, and mortality rates, using data from the Global Burden of Disease (GBD) study. The study is descriptive in nature, based on secondary data, analyzed through indicators that measure the burden of lip and oral cavity cancer estimated for Brazil. This study was reported in accordance with the guidelines of the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) initiative. The statistics show that deaths from lip and oral cancer are increasing in Brazil. Most of the victims are men and individuals over 50 years old. There are significant regional differences, reflecting inequalities in healthcare access and exposure to risk factors. The South and Southeast regions have the highest rates, while the North and Central-West regions have the lowest rates.

Keywords: Oral cancer. Epidemiology. Oral health.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de boca é um tipo de neoplasia maligna resultante da multiplicação desordenada das células do organismo em resposta a um estímulo prejudicial. Esse estímulo pode provocar modificações no nível celular, direta ou indiretamente, afetando a organização dos cromossomos (TOMAZ et al., 2023). O câncer bucal é definido como um conjunto de tumores malignos que acometem diferentes sítios anatômicos na região da cabeça e do pescoço, para os quais não há uma definição internacional padronizada. São consideradas câncer de boca as neoplasias malignas que afetam o lábio, gengiva, língua, assoalho da boca, palato duro e outras partes da cavidade oral (INCA, 2022).

Essa enfermidade é considerada um grande problema de saúde pública, pois apresenta alta taxa de incidência e mortalidade, com a maioria dos casos sendo diagnosticados em estágios avançados. Esse tipo de câncer é mais prevalente em homens e em indivíduos com mais de 40 anos (AMARAL et al., 2022; PAULA et al., 2022). Estima-se que, em 2030, ocorrerão mais de 24 milhões de novos casos da doença no mundo. (LISBOA et al., 2022).

Conforme estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Brasil, há uma previsão de aproximadamente 625 mil novos casos de câncer por ano no triênio 2020-2022, dos quais 15.210 são casos de câncer de boca, sendo 11.180 em homens e 4.010 em mulheres. A doença ocupa a 5ª posição em incidência entre os homens e a 13ª entre as mulheres, excluindo-se o câncer de pele não melanoma. As neoplasias malignas da cavidade oral, que acometem os lábios, mucosa bucal, parte anterior da língua, assoalho da boca, palato duro e gengiva superior e inferior, representam cerca de 30% de todos os tumores de cabeça e pescoço (INCA, 2022).

Das neoplasias malignas identificadas no mundo, aproximadamente 10% se encontram na cavidade bucal, colocando este tipo de câncer em sexto lugar em termos de incidência (MEDEIROS et al., 2021).

Entre os tumores malignos que acometem a cavidade oral, 90% são carcinomas espinocelulares - CEC (SANTOS et al., 2022), conhecido também como carcinoma de células escamosas - CCE, carcinoma epidermóide ou carcinoma escamocelular (PAULA et al., 2022). De acordo com Silva et al. (2020), os índices de incidência e mortalidade variam de um país para outro, por uma série de fatores, como as diferenças socioeconômicas, expectativa de vida, qualidade dos cuidados de saúde, cultura, interferência ambiental, hábitos de vida, entre outros. Sua etiologia é complexa e multifatorial, estando

frequentemente associada ao consumo de álcool e tabaco. Além disso, a exposição a agentes biológicos, principalmente ao papilomavírus humano - HPV, bem como fatores como dieta, alta exposição à radiação solar e predisposição genética, também contribuem para o risco de desenvolvimento do câncer de boca. (AMARAL et al., 2022; SIQUEIRA et al., 2023; NASCIMENTO et al.; 2022).

O diagnóstico e tratamento na fase inicial do câncer de boca aumentam as oportunidades de sucesso, pois favorece o prognóstico e reduz os impactos funcionais e estéticos quando comparado aos tumores diagnosticados em estágios mais avançados (SILVA et al., 2021). De acordo com Atty et al. (2022), é essencial que as pessoas estejam atentas a sinais e sintomas da doença e busquem atendimento médico o mais rapidamente possível. Dessa forma, espera-se que os dentistas estejam alertas para identificar certas alterações nos tecidos da cavidade bucal, introduzindo tarefas de inspeção visual como parte da sua rotina e que os outros profissionais de saúde estejam vigilantes às queixas dos pacientes.

O tratamento do câncer de boca busca contribuir para a sobrevida dos pacientes acometidos por esta doença e pode variar de acordo com a localização e o estágio do tumor. Nos estágios I e II pode-se optar por fazer cirurgia ou radioterapia, já nos estágios III e IV, com altas taxas de metástase e recorrência, devem ser tratados com terapia conjunta, através da cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. No entanto, os tratamentos podem comprometer as funções de fala, deglutição e paladar, reduzindo a qualidade de vida do paciente (MEDEIROS et al., 2021). Com altas taxas de mortalidade, o CCE apresenta o pior prognóstico e menor taxa de sobrevivência, principalmente nos casos que acometem a língua e o assoalho da boca, que frequentemente são diagnosticados tardiamente (estágios III ou IV) (LISBOA et al., 2022).

No contexto normativo, a Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, bem como a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC, estabelecem que os serviços de atenção básica têm o dever de identificar lesões suspeitas de câncer de boca e encaminhar o paciente para comprovação diagnóstica (LIMA; O'DWYER 2023).

No Município de Palmas, capital do estado do Tocantins, os serviços públicos de assistência à saúde responsáveis pelo diagnóstico e tratamento são CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e HGP (Hospital Geral de Palmas) (SOUZA et al., 2021). Primeiramente, o diagnóstico é executado nos serviços especializados de atenção ambulatorial, como os CEOs. É dever de todos os CEOs executar as tarefas necessárias para o diagnóstico na cavidade oral, incluindo a disponibilidade de estrutura para realização

de exames clínicos, biópsias e encaminhamentos dos casos para análise em laboratórios de patologia, servindo como sistema de suporte (LIMA; O'DWYER 2023).

Diante desse contexto, a presente pesquisa tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico do câncer de boca no Tocantins e no Brasil no período de 2018 a 2021, de acordo com o sexo e faixa etária, além de suas taxas de prevalência, incidência e mortalidade, com base nos dados do estudo *Global Burden of Disease (GBD).* Além disso, pretende-se estratificar os dados nacionais por região geográfica para uma análise mais detalhada.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como um estudo descritivo, baseado em dados secundários sobre a carga do câncer de lábio e cavidade oral estimada para o Brasil no estudo *Global Burden of Disease* (GBD). Além disso, o estudo está descrito de acordo com as diretrizes da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

O GBD originou-se em 1991 de uma parceria dentre o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de estudar a carga global das doenças. Em 2007, passou a ser coordenado pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME* da Universidade de Washington (USA) e direcionou seu foco para a quantificação da perda de saúde devido a doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo e localidades geográficas. Seus dados são comparáveis, ajustados, padronizados e apresenta estimativas globais, nacionais e por unidade federativa (GBD, 2019).

O GBD Brasil é uma parceria que teve início em 2014 e envolve o IHME, o Ministério da Saúde, Universidades locais e pesquisadores de todo mundo.

O estudo GBD tem como objetivo determinar a incidência, prevalência e mortalidade, além de outros indicadores de doenças e lesões, e seus fatores de risco por idade e sexo em inúmeros países e territórios.

Esta pesquisa utilizou dados secundários sobre a carga do câncer de lábio e cavidade oral estimada para o Tocantins, comparando-os com os dados do Brasil no estudo Global Burden of Disease (GBD) 2018, 2019, 2020 e 2021. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2024.

O estudo GBD incluiu:

- Todos os registros de câncer de lábio e cavidade oral do Brasil;

- Medidas: óbitos, prevalência e incidência;
- Métricas (unidades): número, taxa, porcentagem, anos, idade;
- Anos: 2018-2021; resultados anuais para todas as medidas;
- Faixas etárias de 15 a 70 anos ou mais segundo o GBD;
- Sexos: ambos os sexos;
- Locais: Estados do Brasil

Os critérios de exclusão consistem em outros países incluídos no GBD e dados de anos anteriores a 2018.

O Global Burden of Disease - GBD, na maioria das vezes, utiliza dados coletados por outras organizações de pesquisa, frequentemente obtidos por meio da extensa Rede de Colaboradores do projeto.

No entanto, o GBD também realiza coleta de dados primários como parte de diversos projetos de pesquisa. Para isso, desenvolve instrumentos, protocolos e metodologias de amostragem em colaboração com as partes interessadas, contando com a expertise de parceiros e coletores de dados locais para a execução desse trabalho. A coleta de dados quantitativos ocorre em domicílios, unidades de saúde, prontuários, autópsias verbais e por meio de dados biométricos.

Para gerar estimativas comparáveis do número de óbitos, taxas de mortalidade, incidência e prevalência de doenças, além dos anos vividos com incapacidade, estratificados por idade, sexo, causa, ano e localização geográfica, o estudo GBD emprega diversas ferramentas analíticas.

Após essas etapas, os dados são apresentados em diferentes formatos, sendo os mais utilizados planilhas, gráficos e mapas.

Em relação às variáveis coletadas:

- Base: Single
- Location: Brazil e todos os seus estados, que foram posteriormente agrupados por região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste)
- Year: 2018-2021
- Context: Cause
- Age: 14-50 years; 50-69 years; 70+ Years; age-standardized
- Metric: Rate
- Measure: Deaths, Prevalence and Incidence

- Sex: Male, female
- Cause: Lip and oral cavity câncer

A pesquisa apresenta baixo risco, pois são utilizados dados secundários públicos consolidados, e não há nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos.

Através dos resultados desta pesquisa, é possível caracterizar os casos de câncer de boca diagnosticados no Tocantins e no Brasil no ano de 2019. Essas informações subsidiem a elaboração de capacitações para os cirurgiões-dentistas da Rede de Atenção à Saúde de Palmas, visando colaborar com o diagnóstico precoce da doença.

Os desfechos consistem em: determinar o perfil epidemiológico do câncer de boca no Brasil em 2019, segundo o estudo *Global Burden of Disease* - GBD; apresentar dados sobre o câncer de boca no Brasil; e identificar o perfil epidemiológico nas regiões brasileiras, fornecendo informações aos gestores e profissionais da saúde (cirurgiões-dentistas) para fortalecer as ações de promoção da saúde, prevenção do câncer de boca, diagnóstico precoce e tratamento desse tipo de lesão na cavidade oral.

3. RESULTADOS

Os resultados apresentam dados sobre óbitos por câncer de lábio e cavidade oral no Brasil no período de 2018 a 2021, além da epidemiologia da doença no país e por região, com base nas variáveis de incidência, prevalência e mortalidade.

Os dados consideram as faixas etárias de 15-49 anos, 50-69 anos e 70 anos ou mais, bem como as cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Todos os valores são expressos como número de casos por 100.000 habitantes.

Em relação às mortes por câncer de lábio e cavidade oral no Brasil entre 2018 e 2021, observa-se um aumento no número de óbitos. Em 2018, foram registradas 5.342 mortes, enquanto em 2021, esse número subiu para 5.614 (Tabela 1).

Tabela 1. Óbitos por câncer de lábio ou cavidade oral no Brasil em 2018 a 2021.

	2018		2019		2020		2021	
Mortes	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Total	5342	100	5443	100	5603	100	5614	100
Sexo								
Feminino	1462	27,37	1482	27,23	1525	27,22	1549	27,59
Masculino	3880	72,63	3961	72,77	4078	72,78	4065	72,41
Idade do grupo (anos)								
15–49	611	11,44	597	10,97	613	10,94	642	11,44
50–69	2820	52,79	2866	52,65	2958	52,79	2967	52,85
70>	1911	35,77	1980	36,38	2032	36,27	2005	35,71

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos óbitos ocorreu entre homens, representando mais de 72% dos casos ao longo do período analisado, enquanto as mulheres corresponderam, em média, a 27%.

Em relação à idade, a faixa etária de 50 a 69 anos foi a mais prevalente entre os óbitos por câncer de lábio e cavidade oral no Brasil, evidenciando a associação da doença com o acúmulo de fatores de risco ao longo da vida. Mais da metade das mortes (cerca de 52% a 53%) ocorreram nesse grupo etário. Já aproximadamente 36% a 37% dos óbitos foram registrados em pessoas com 70 anos ou mais.

Por outro lado, o grupo mais jovem, com idades entre 15 e 49 anos, apresentou a menor quantidade de óbitos, com taxas variando entre 10,94% e 11,44%.

Em relação à incidência, prevalência e mortalidade do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil entre 2018 e 2021, observa-se que a taxa de incidência da doença permaneceu estável ao longo dos anos. No entanto, este estudo identificou que a prevalência apresentou um aumento progressivo, passando de 13,37 casos por 100 mil habitantes em 2018 para 14,28 em 2021, o que representa um crescimento de 6,8%. Esse aumento pode estar relacionado à melhoria nos tratamentos e ao aumento da sobrevida dos pacientes diagnosticados, permitindo que um maior número de pessoas conviva com a doença.

Conforme demonstrado na Tabela 2, a incidência do câncer de lábio e cavidade oral aumentou de 4,18 casos por 100 mil habitantes em 2018 para 4,38 em 2021, representando um crescimento de 4,78%. Essa estabilidade pode refletir a manutenção dos fatores de risco na população, como tabagismo e consumo de álcool, bem como a atuação de políticas de rastreamento e diagnóstico precoce.

Já a taxa de mortalidade passou de 2,49 casos por 100 mil habitantes em 2018 para 2,55 em 2021, representando um aumento de 2,41% (Tabela 2).

Tabela 2. Epidemiologia do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil em 2018 a 2021.

Ano	Indicadores	Geral	Sex		Idade do grupo (anos)		
			Masculino	Feminino	15–49	50–69	≥70
2018	Incidência	4,18	6,16	2,28	1,27	12,67	20,19
	Prevalência	13,37	19,42	7,58	5,83	42,67	41,59
	Mortalidade	2,49	3,7	1,33	0,53	7,18	15,23
2019	Incidência	4,24	6,26	2,31	1,25	12,64	20,19
	Prevalência	13,60	19,76	7,72	5,83	42,78	42,06
	Mortalidade	2,51	3,74	1,34	0,52	7,11	15,11
2020	Incidência	4,35	6,42	2,38	1,29	12,80	20,17
	Prevalência	14,08	20,43	8,02	6,04	43,63	42,59
	Mortalidade	2,56	3,82	1,36	0,53	7,16	14,98
2021	Incidência	4,38	6,42	2,43	1,36	12,69	19,36
	Prevalência	14,28	20,58	8,28	6,38	43,40	41,18
	Mortalidade	2,55	3,78	1,37	0,55	7,04	14,25

Fonte: Elaboração própria

Os homens apresentaram taxas de incidência, prevalência e mortalidade mais altas do que as mulheres em todos os anos analisados. Em 2021, a prevalência foi de 20,58 casos por 100 mil habitantes entre os homens e 8,28 entre as mulheres. A mortalidade também foi maior entre os homens, com 3,78 casos por 100 mil habitantes, enquanto entre as mulheres foi de 1,37. Essa diferença pode ser explicada pela maior exposição dos homens a fatores de risco, como tabagismo e etilismo, além da menor procura por serviços de saúde para diagnóstico precoce.

Em relação à epidemiologia do câncer de lábio e cavidade oral por região brasileira entre 2018 e 2021, conforme demonstrado na Tabela 3, a incidência da doença varia entre as regiões do país. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas. No Sul, a incidência foi de 4,99 casos por 100 mil habitantes em 2018, aumentando para 5,24 em 2020. No Sudeste, a taxa passou de 4,82 para 5,10 no mesmo período.

Tabela 3. Epidemiologia do câncer de lábio e cavidade oral por região brasileira em 2018 a 2021.

Indicadores	Regiões																			
	Norte				Nordeste				Sudeste				Sul				Central-Oeste			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Incidência	2,42	2,46	2,52	2,40	3,65	3,65	3,68	3,64	4,82	4,90	5,10	5,18	4,99	5,15	5,24	5,42	3,20	3,24	3,35	3,31
Prevalência	7,72	7,92	8,12	7,80	11,14	11,18	11,41	11,40	15,61	15,91	16,70	17,07	16,42	16,99	17,39	18,07	10,56	10,73	11,13	11,08
Mortalidade	1,47	1,49	1,51	1,42	2,31	2,30	2,30	2,42	2,82	2,85	2,95	2,96	2,86	2,95	2,98	3,06	3,20	1,88	3,35	1,89

Fonte: Elaboração própria

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as menores taxas. No Norte, a incidência variou entre 2,40 e 2,52 casos por 100 mil habitantes, enquanto na região Centro-Oeste os valores ficaram entre 3,24 e 3,35. Essa baixa incidência pode indicar tanto uma menor ocorrência real da doença quanto uma subnotificação, uma vez que o acesso aos serviços de saúde nessas regiões é mais limitado, dificultando o diagnóstico precoce.

4. DISCUSSÃO

A incidência do câncer de lábio ou cavidade oral tem crescido nos últimos anos no Brasil entre a população jovem e adulta, de modo que, não está clara a patogênese e etiologia (Jesus Lisboa et al., 2022).

O aumento no número de mortes pode decorrer de vários fatores como o envelhecimento da população e a maior exposição a riscos como o hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica e infecções por HPV. Além disso, há dificuldades para conseguir diagnósticos e tratamentos rápidos (Sasaki, Moles, Imai et al., 2005).

Os dados epidemiológicos do estudo apontam que a incidência, prevalência e mortalidade do câncer de lábio e cavidade oral permanecem mais elevadas entre os homens, especialmente na faixa etária de 50 a 69 anos, o que está de acordo com os achados de Lima et al. (2022). Esse perfil reflete não apenas a maior exposição do sexo masculino a fatores de risco como tabagismo e etilismo, mas também a menor procura por

serviços de saúde, dificultando o diagnóstico precoce. Além disso, a literatura reforça que as condições socioeconômicas desempenham um papel significativo na determinação do risco da doença, uma vez que, mesmo ajustando-se para fatores comportamentais, há um impacto residual associado a desigualdades sociais e ao acesso limitado aos serviços de saúde.

Outro aspecto relevante é a distribuição regional da doença no Brasil, com as regiões Sul e Sudeste apresentando os maiores índices de incidência e mortalidade. Lima et al. (2022) destacam que essas regiões, apesar da alta carga da doença, possuem melhor estrutura de saúde, possibilitando um diagnóstico mais preciso e um maior registro de casos. Em contrapartida, nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde os índices são menores, há a possibilidade de subnotificação devido à precariedade dos serviços de rastreamento e diagnóstico. Esses achados evidenciam a necessidade de ampliar políticas públicas de rastreamento e prevenção, especialmente em regiões com menor cobertura assistencial.

Enquanto o estudo de Brandão Lima et al. (2022) analisou dados do GBD 2017 e encontrou um aumento da mortalidade entre 2015 e 2017, o presente estudo amplia esse período até 2021 e confirma a continuidade dessa tendência de alta.

Os dados mais recentes indicam que a incidência manteve-se relativamente estável, enquanto a prevalência cresceu, sugerindo que os avanços no tratamento podem estar aumentando a sobrevida dos pacientes. No entanto, a mortalidade também se elevou, o que pode indicar falhas na detecção precoce e no encaminhamento adequado dos casos.

O estudo de Lima et al. (2022) conclui que as desigualdades regionais no acesso à saúde influenciam diretamente os indicadores de câncer de lábio e cavidade oral no Brasil. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas de incidência, prevalência e mortalidade, possivelmente devido à maior detecção e registro de casos, resultado de uma melhor infraestrutura de saúde e acesso a serviços especializados. Em contrapartida, as regiões Norte e Centro-Oeste registram taxas mais baixas, o que pode estar relacionado à subnotificação e à dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento.

Esses achados evidenciam a necessidade de fortalecer estratégias preventivas, investindo na capacitação de profissionais da atenção primária, ampliação do rastreamento populacional e melhoria no fluxo de referência e contrarreferência, especialmente em regiões com menor infraestrutura de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados indicam que o número de óbitos por câncer de lábio e cavidade oral no Brasil está em crescimento, afetando principalmente homens e indivíduos com mais de 50 anos. As disparidades regionais evidenciadas pelos indicadores demonstram desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na exposição a fatores de risco. Apesar de as regiões Sul e Sudeste apresentarem taxas mais altas da doença, essas áreas possuem melhor estrutura de saúde, o que facilita o diagnóstico e o tratamento. Por outro lado, nas regiões Norte e Centro-Oeste, as taxas são mais baixas, possivelmente devido à falta de acesso a serviços de saúde, menor cobertura de rastreamento e subnotificação de casos.

Diante desse cenário, torna-se essencial a implementação de políticas públicas eficazes para reduzir essas desigualdades e melhorar a assistência ao câncer em todo o país. O combate à doença exige estratégias preventivas, como campanhas educativas sobre fatores de risco, ampliação de exames para detecção precoce e aprimoramento do acesso ao tratamento, garantindo um atendimento mais equitativo e eficiente para toda a população.

REFERÊNCIAS

1 Amaral RC do, Andrade RAR, Couto GR, Herrera-Serna BY, Rezende-Silva E, Cardoso MCAC. Tendências de mortalidade por câncer bucal no Brasil por regiões e principais fatores de risco. Rev Bras Cancerol. 2022;68(2):e081877.

2 Atty AT de M, Tomazelli J, Dias MBK, Ribeiro CM. Impacto da pandemia da COVID-19 no diagnóstico do câncer de boca no Brasil. Rev Bras Cancerol. 2022;68(4):e042675.

3 Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico precoce de câncer de boca. Rio de Janeiro: INCA; 2022.

4 GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1160-120.

5 Lima FLT de, O'Dwyer G. Atenção ao câncer bucal na região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro, Brasil: fatores facilitadores e coercitivos. Ciênc Saúde Coletiva. 2023;28(3):875-886.

6 Jesus Lisboa, L. et al. Perfil epidemiológico e fatores relacionados ao câncer de cavidade oral em adultos jovens brasileiros e sua relação com o óbito, 1985-2017. Revista Brasileira de Cancerologia, [s.l.], v. 68, n. 2, 2022.

7 Lima, Isnaya Almeida Brandão et al. Epidemiological study on the lip and oral cavity cancer in Brazil: connecting science and clinical applicability. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 68, p. 1337-1341, 2022.

8 Lisboa LJ, Amorim MM, Pires ALPV, Oliveira ACB, Calumby RT, Freitas VS. Perfil epidemiológico e fatores relacionados ao câncer de cavidade oral em adultos jovens brasileiros e sua relação com o óbito, 1985-2017. Rev Bras Cancerol. 2022;68(2):e142063.

9 Medeiros MGMA, Canuto ASJ, Fonseca AMD, Coelho ACW, Cavalcanti LR. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de boca e orofaringe da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer. Rev Ciênc Plural. 2021;7(2):107-118.

10 Nascimento AN do, Araújo TLO, Meneses LEB, Pereira MCA. Avaliação do nível de conhecimento dos pacientes atendidos na atenção básica sobre a prevenção dos cânceres de cabeça e pescoço. Rev Ciênc Plural. 2022;8(1):e24554.

11 Paula MR de, Vieira LI, Lira MP de, Freire GM, Moraes M de. Perfil epidemiológico do carcinoma de células escamosas de cavidade oral e orofaringe diagnosticados na Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer. Rev Ciênc Plural. 2022;8(1):e24820.

12 Sasaki T, Moles DR, Imai Y, et al. Clinico-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. J Oral Pathol Med. 2005;34(3):129-33.

13 Santos JCS, Rocha CEMC, Costa REAR da, Pinto ESS, Almeida ALRB de, Teles JBM, Nogueira LT, Pinto LSS. Avaliação clínico-epidemiológica de pacientes com carcinoma de células escamosas oral. Rev Bras Cancerol. 2022;68(1):e141584.

14 Silva JRTC, Dias TRSC, Borges-Paluch LR, Soledade KR, Borges AJS. O tabagismo como fator de risco para o câncer bucal: principais evidências e tendências. Rev Ensaios Cienc. 2021;25(5-esp):724-8.

15 Silva PGB, Soares IL, Mendes FHO, Campêlo CSP, Cunha MPSS, Mota MRL, Dantas TS, Sousa FB. Histórico de consumo de álcool como fator preditivo de sobrevida em pacientes com carcinoma de células escamosas de boca e orofaringe: follow-up de 15 anos. Rev Bras Cancerol. 2020;66(1):e02573.

16 Siqueira JC de, Costa A de O, Castro-Silva II, Maciel JAC. Mortalidade por câncer de boca e fatores associados no Ceará, Brasil, 2009-2019: uma análise espacial. Cien Saude Colet. 2023;28(8):2347-54.

17 Souza PDM de, Vaz Filho HHP, Araújo RO de, Cruz EZ da, Rosa CA, Rosa ACG. Carcinoma epidermóide intraoral em Palmas, Tocantins: uma análise de incidência. Rev Patol Tocantins. 2021 Jul 24;8(2):26-9.

18 Tomaz GN, Santos KSB, Pereira LC, Amaral PAS. Câncer bucal e sua correlação com micro-organismos na cavidade oral. ID on line Rev Psicol. 2023 Feb;17(65):459-68.

PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

PREVENTION OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS-TO: AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY

Ester Gomes de Oliveira[1]
Juliana Biazze Feitosa[2]

Resumo: A violência trata-se de um problema multifacetado, que afeta principalmente o público infantojuvenil – considerado o grupo mais vulnerável, tendo impacto em seu processo de desenvolvimento. Diante disto, esse estudo teve como objetivo discutir possibilidades de prevenção a violência contra crianças e adolescentes no âmbito da Atenção Primária em Saúde, com base na materialidade dessas violências. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e documental centrado em fontes secundárias, os dados foram coletados nos Boletins Epidemiológicos de Violência publicados pela Secretaria Municipal de Saúde. A análise dos dados permitiu identificar a questão da violência contra crianças e adolescentes como um problema presente em Palmas, chegando a representar 70% do total de notificações de violência interpessoal no município, demandando implementação de estratégias de prevenção devidamente embasadas e de maneira articulada as demais políticas públicas e ainda o fortalecimento da vigilância epidemiológica das violências como caminho para esse processo.
Palavras-chave: Violência. Crianças. Adolescentes. Prevenção. Epidemiologia.

Abstract: Violence is a multifaceted problem that mainly affects children and adolescents - considered to be the most vulnerable group, with an impact on their development process. In view of this, the aim of this study was to address the possibilities of preventing violence against children and adolescents within the scope of Primary Health Care, based on the materiality of this violence presented in the Epidemiological Bulletins of Violence. This is a qualitative, documentary study centered on secondary sources. The data was collected from the Epidemiological Bulletins on Violence published by the Municipal Health Department. The analysis of the data made it possible to identify the issue of violence against children and adolescents as a problem present in Palmas, accounting for 70% of all reports of interpersonal violence in the municipality, requiring the implementation of duly based prevention strategies and the strengthening of epidemiological surveillance of violence as a way forward in this process.
Keywords: Violence. Children. Adolescents. Prevention. Epidemiology.

[1] Graduada em Serviço Social (UFT), residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (FESP). Lattes: http://lattes.cnpq.br/1309342050376915
Email: ester.gomes@mail.uft.edu.br

[2] Orientadora. Graduada em Psicologia (PUCPR), Especialista em Saúde Pública (UNIOESTE) e Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise (PUCPR). Mestra e doutora em Psicologia (UEM). Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins Lattes:
http://lattes.cnpq.br/0348776604554429
Email: juliana.biazze@mail.uft.edu.br

1. Introdução

Historicamente, a violência está enraizada em todo processo de desenvolvimento da sociedade e possui múltiplas causas, estando associada diretamente aos determinantes sociais, econômicos e culturais, o que também levam ao Estado a responsabilidade de criar estratégias e ações intersetoriais, por meio de políticas públicas, com o intuito de se realizar intervenções frente a essa problemática (Dahberg; Krug, 2006).

Como definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), violência se trata do uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações. Á vista disso, a violência constitui-se como um problema social e questão de saúde pública, com um maior agravamento quando cometido na infância e adolescência, tendo consequências negativas no processo de desenvolvimento e crescimento.

Neste contexto, a violência contra crianças e adolescentes se trata de um problema de grande magnitude, uma vez que esse segmento se configura como grupo vulnerável e exposto a diferentes tipos de ameaças, devido às próprias peculiaridades desta fase da vida.

Segundo Minayo (2001, p. 92):

> A violência contra a criança e o adolescente é todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. (Minayo, 2001, p. 95).

Nessa perspectiva, com o intuito de atuar sobre o problema e ainda como processo de formalização ao direito de proteção e atenção integral a esse público, tem-se então a política de proteção às crianças e adolescentes, preconizada por meio da

Constituição Federal de 1988 em seu artigo 227, e fortalecida por intermédio da Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), chamando assim a responsabilidade à família, comunidade, sociedade em geral e ao poder público de assegurar as plenas condições de desenvolvimento e direitos da população infantojuvenil, por meio de estratégias prevenção, atendimento e medidas de proteção.

No campo da saúde pública brasileira, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada por intermédio da Portaria nº 737/2001, surge como importante documento que trata a respeito da violência enquanto problema de saúde, considerando suas particularidades sociais e históricas, as quais são relacionadas a diversos fatores, contribuindo assim também para a definição do instrumento de notificação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001). Em 2006, através da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (Portaria nº 687/2006), tem-se então um realinhamento dos eixos de ação acerca da promoção à saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência.

Assim, a PNPS tem como destaque um modelo de atenção em saúde que tem como prioridade a qualidade de vida, com ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura da paz. O foco deve voltar-se para os determinantes das doenças e agravos determinando que as estratégias de promoção da saúde e prevenção da violência devam ser baseadas em uma intervenção territorial, inserido diretamente nas comunidades e de maneira intersetorial (Brasil, 2006).

Nesse contexto, o setor saúde torna-se um espaço privilegiado com grande potencialidade para se abordar a prevenção da violência, uma vez que, se constitui a partir de sua proximidade com a comunidade em seus diferentes níveis de atenção. A Atenção Primária à saúde (APS) tem nesse âmbito o ponto de partida para a abordagem, através de sua capacidade de promover a aproximação com os usuários, estreitar vínculo entre profissionais e comunidade, favorecendo espaços de diálogo e participação, contribuindo assim para o enfrentamento da temática estudada.

Nesse âmbito, a APS se caracteriza como o primeiro nível de atenção em saúde, sendo principal porta de entrada do SUS. É composta por um conjunto de ações em

âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral capaz de impactar positivamente os indicadores de saúde das coletividades. Nesse escopo, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), leva serviços multidisciplinares às comunidades, promovendo ações contextualizadas e territorializadas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pelo Ministério da Saúde, indica que a ESF deve se desenvolver tendo como perspectiva o modelo e atenção que orienta as práticas de saúde considerando a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, devendo considerar a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural (Brasil, 2017).

Assim, a Atenção Primária à Saúde se constitui como espaço para se realizar ações de prevenção à violência contra crianças e adolescentes, por suas próprias características e definições quanto a proximidade e vínculo com a comunidade, devendo assim promover ações de prevenção específicas ao público infantojuvenil a partir do conhecimento de sua realidade territorial, promovendo ações intersetoriais, articuladas aos demais pontos da rede de proteção e atenção à criança e ao adolescente.

Ainda no contexto de saúde pública brasileira, em 2006 por meio da Portaria MS/GM nº 1356/2005 foi implementado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), sendo composto por dois componentes: vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito). Observa-se então a partir daí o aprimoramento da vigilância de violência enquanto agravo de saúde pública, como definido pela Portaria MS/GM Nº 4 de 28 de setembro de 2017, que torna compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de ‘Violência doméstica e/ou outras violências’, e de notificação imediata casos de ‘Violência sexual e tentativa de suicídio’.

Dessa forma, a notificação dos agravos de violência é também um instrumento de garantia de direitos e proteção social de crianças e adolescentes, bem como de

vigilância epidemiológica. Ademais, propicia o conhecimento da magnitude do agravo em questão, possibilitando a sistematização de informações, por meio de análise do perfil epidemiológico, e ainda fornecendo subsídios para definição de políticas públicas, estratégias de prevenção, qualificação da vigilância em saúde e da atenção integral à crianças e adolescentes em situação de violência.

A partir do exposto, esse estudo teve como objetivo discutir possibilidades de prevenção à violência contra crianças e adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com base na materialidade dessas violências, a partir das informações epidemiológicas sobre violência infantojuvenil encontradas nos Boletins Epidemiológicos e Infográficos sobre o agravo em questão, publicados pela Secretaria Municipal de Saúde em Palmas, Tocantins.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e documental, centrada em fontes secundárias e públicas, baseada nos boletins epidemiológicos de violência publicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, a partir do ano de suas publicações, tendo sua análise possibilitada por meio da criação de categorias de análise. Por se tratar de uma pesquisa com dados públicos, não foi necessário solicitar parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O município de Palmas – capital do estado do Tocantins, possui uma população estimada em 323.625 habitantes (IBGE, 2023). Palmas é uma das principais cidades da região norte no Brasil, com uma economia baseada no setor terciário, a partir de comércios, serviços e administração pública.

Considera-se fontes secundárias os materiais que analisam ou sintetizam informações originalmente apresentadas em fontes primárias. Segundo Lakatos e Marconi (2017), essas fontes servem como um suporte teórico e analítico, sendo fundamentais para a construção do referencial teórico e para a fundamentação da pesquisa.

Nesse sentido, os boletins epidemiológicos são publicações oficiais de caráter técnico e científico, a respeito de um determinado agravo ou evento de saúde pública, sendo um instrumento de vigilância para promover a disseminação de informações

relevantes e qualificadas, com potencial para orientar de ações em saúde pública no país.

Como ponto de partida para a presente pesquisa, realizou-se uma busca por publicações de boletins epidemiológicos relacionados à violência, disponibilizados nas plataformas oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, os quais foram acessados por meio do endereço eletrônico: https://acessoainformacao.palmas.to.gov.br/cidadao/informacao/mp/id=50. O processo de localização dos boletins envolve as seguintes etapas: acesso ao site oficial da Prefeitura de Palmas, seleção da aba "Governo", aplicação do filtro por "Secretarias", escolha da "Secretaria Municipal de Saúde" e, posteriormente, acesso à seção "Documentos e Informações".

Para o processo de análise, foi realizado leitura minuciosa dos documentos encontrados, os quais tiveram suas publicações a partir do ano de 2021, com periodicidade anual – sendo o ano de referência para os dados, o anterior a publicação – a saber: *"Boletim Epidemiológico: Panorama do Cenário de Violência em Palmas – TO: Análise comparativa dos anos 2019 e 2020" ; "Cenário das Violências em Palmas – TO: Os principais dados por território de saúde no ano de 2021" ; "Cenário das Violências em Palmas – TO: Os principais dados do ano de 2021" ; "Boletim Epidemiológico: Cenário das Violências em Palmas - TO: 2022"* e *"Boletim Epidemiológico: Cenário das Violências em Palmas - TO: 2023".*

Após o processo de leitura, procedeu-se a organização dos dados com o objetivo de identificar as variáveis relacionadas às notificações de violência contra crianças e adolescentes. As variáveis sistematizadas foram: quantitativo de casos de violência interpessoal infantojuvenil, faixa etária das vítimas, distribuição por território de saúde e sexo. Como caminho para o processo de análise, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise, com o intuito de se estabelecer classificações a respeito do objeto de estudo: 1) mapeamento da violência contra crianças e adolescentes no município de Palmas – TO; 2) possibilidades de prevenção às violências contra crianças e adolescentes; as quais foram produzidas a partir da correlação entre os dados encontrados e objetivos da pesquisa.

Para a organização e análise dos dados, utilizou-se o software Excel®, que possibilitou a construção de tabelas e representações gráficas específicas ao agrupamento e visualização das informações, facilitando a visualização e a interpretação dos resultados. Posteriormente ao processo de sistematização dos dados, procederam-se as discussões, buscando estabelecer conexões entre os resultados obtidos e os referenciais teóricos pertinentes ao tema no campo da saúde pública e proteção social, levando em consideração a compreensão, a interpretação dos fenômenos sociais e o significado atribuídos ao objeto de estudo, a partir de uma abordagem qualitativa (Minayo, 1994).

3. Resultados e discussões

A partir da pesquisa realizada, foram identificados cinco boletins epidemiológicos, elaborados pela Coordenação Técnica de Causas Externas e publicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. As publicações evidenciadas apresentam dados a respeito das notificações de violência interpessoal e autoprovocada notificadas e residentes no município de Palmas. Contudo, a ausência de uma clara separação entre os dados de violência interpessoal e autoprovocada comprometeu parcialmente o alcance dos objetivos desta pesquisa.

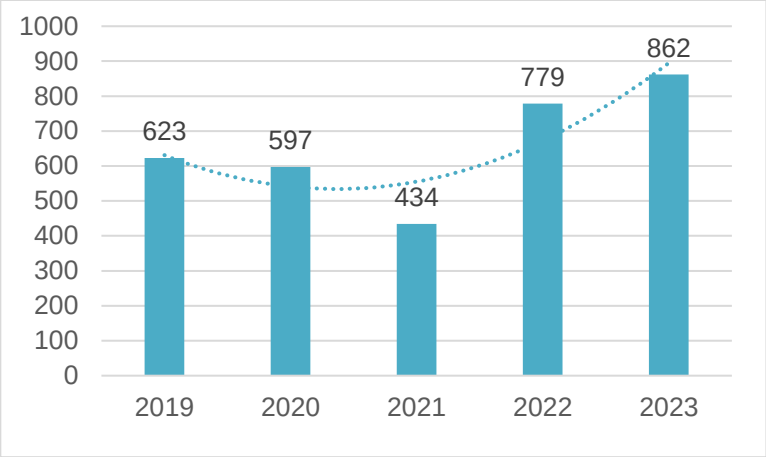
Além disso, não houve apresentação de variáveis essenciais, como o perfil das vítimas, raça/cor, prováveis agressores/vínculo com o agressor, tipo de violência, meio de agressão e o local de ocorrência, estratificados por faixa etária. Essa lacuna metodológica impossibilita uma identificação precisa das características da violência dirigida contra crianças e adolescentes no município, limitando, assim, o potencial informativo dos boletins para subsidiar ações específicas de enfrentamento e prevenção.

Dando prosseguimento, os dados que puderam ser identificados foram sistematizados nas categorias a seguir.

3.1. Mapeamento da violência contra crianças e adolescentes no município de Palmas – TO

Incialmente, foi possível traçar o quantitativo total de notificações de violência interpessoal residentes no município de Palmas nos anos de 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023, respectivos aos cinco boletins epidemiológicos encontrados, como representado no gráfico 1.

Gráfico 1. Número Absoluto de Violência Interpessoal notificadas e residentes em Palmas/TO de 2019 a 2023.



Fonte: Sistematização da autora (2025).

Percebe-se através dos dados uma tendência crescente em relação ao número de notificações de violência interpessoal em 2022 e 2023, e uma ligeira redução no número de notificações em 2021, representando uma queda de 27,3% em relação ao ano de 2020. Segundo Palmas (2021), a redução no número de notificações no ano de 2021, não representa necessariamente um ponto positivo, pois há que se destacar as hipóteses de subnotificação, impactando diretamente na análise dos dados e ainda o contexto pandêmico pela Covid-19, o qual a partir do isolamento social como medida de prevenção e à diminuição dos atendimentos nos serviços de saúde, podem ser entendidos como possível explicação para essa redução, pois diminuiu-se as possibilidades de identificação e notificação de casos de violência.

Partindo do total de notificações de violência interpessoal identificados nos boletins epidemiológicos analisados, foi possível evidenciar o quantitativo correspondente que se tratava especificamente de violência contra crianças e adolescentes, a partir da criação de uma tabela com a estratificação dos dados

encontrados nos boletins analisados, que permitissem a identificação do número de violência interpessoal nas faixas etárias de 0-9 anos e 10-19 anos de idade, como disposto na tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Quantitativo de notificações de violência interpessoal contra crianças e adolescentes nos anos de 2019, 2022 e 2023.

ANO	2019	2022	2023	CUMULATIVO
Faixa etária				
0-9	160	255	371	786
10-19	173	263	248	684
Total anual	363	518	619	1500

Fonte: Sistematização da autora (2025).

Percebe-se um constante aumento no número de notificações de violência contra crianças e adolescentes, com um aumento percentual de 70,5% das notificações realizadas em 2019 para 2023. É possível identificar também que a faixa etária de 0-9 sobressaí em relação a faixa etária de 10-19 anos, representando 52,4% do total de notificações realizadas nos três anos identificados. Fazendo uma comparação entre tabela 1 e gráfico 1, nos anos de 2022 e 2023, é possível perceber que 70% do número total de notificações de violência interpessoal no município de Palmas - TO, são de violência contra crianças e adolescentes.

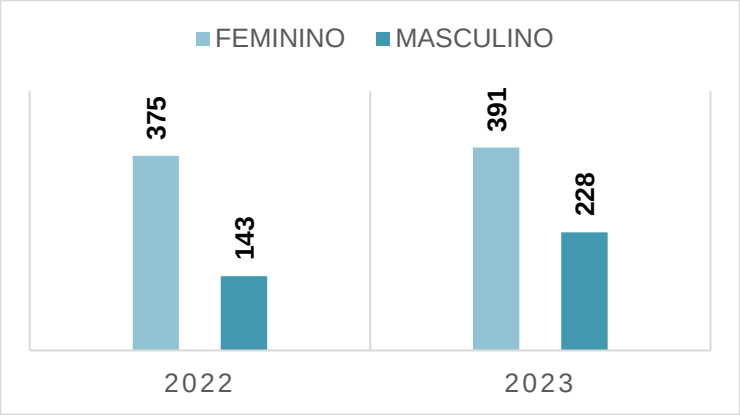
A partir dos referidos dados, nota-se que o município de Palmas apresenta particularidades que divergem das tendências observadas em nível nacional quando comparados os anos de 2022 e 2023. Nesse período, conforme dados disponibilizados pelo DATASUS (Brasil, 2025), do total de 669.243 notificações de violência interpessoal, 261.731 correspondem a notificações envolvendo crianças e adolescentes, representando 39% do total de casos registrados de violência interpessoal em âmbito nacional, evidenciando um padrão diferenciado e aspecto relevantes para estudos e intervenções no contexto local.

É importante aqui destacar a dificuldade em relacionar os dados que se referiam ao público infantojuvenil como vítimas, por não estarem em abas separadas nos boletins. Destaca-se também que não foi possível fazer essa relação dos anos de 2020 e 2021, devido à própria forma de sistematização em que se encontram os dados de violência interpessoal e autoprovocada nos seguintes documentos: “Panorama do

Cenário das Violências em Palmas – TO: Análise comparativa dos anos 2019 e 2020” e “Cenário das Violências em Palmas -TO: Os principais dados do ano de 2021”. Ambos documentos apresentam a possibilidade de identificação dos números de notificações de violência interpessoal e autoprovocada, porém, não faz diferenciação entre ambas nos dados referentes as faixas etárias, não sendo possível a identificação proposta.

Em relação ao sexo das vítimas, foi possível identificar os quantitativos referentes aos anos de 2022 e 2023, conforme expresso no gráfico 2:

Gráfico 2. Número de notificações de violência contra crianças e adolescentes por sexo nos anos de 2022 e 2023.



Fonte: Sistematização da autora (2025).

Observa-se uma predominância das vítimas do sexo feminino, sendo que houve um aumento percentual de 4% em 2023 quando comparado ao ano de 2022, enquanto o número de vítimas do sexo masculino aumentou um percentual de 59% em 2023 quando realizada a mesma comparação.

Nesse sentido, evidencia-se que as principais vítimas no público infantojuvenil são as meninas, o que demostra a necessidade de discussão também a respeito da violência contra a mulher desde a infância, a partir de uma cultura de subordinação da mesma, fortalecida por uma cultura patriarcal, a qual segundo Cisne e Santos (2018) se torna um sistema estruturante das relações sociais e que também é reproduzida pelos indivíduos na sociedade, com consequência diretamente as mulheres e uma inferiorização de tudo que é tido como feminino, gerando assim uma legitimação da violência contra meninas e mulheres em vários âmbitos na esfera das relações sociais.

No processo de análise dos boletins, houve uma produção anexada na publicação realizada no ano de 2024, qual seja: “Boletim Epidemiológico: Cenário das violências em Palmas – TO, 2023”, com dados referentes a violência sexual contra crianças e adolescentes notificadas e residentes em Palmas no ano de 2023, os quais foram sistematizados na tabela 2:

Tabela 2. Violência sexual contra crianças e adolescentes em Palmas, TO – 2023.

Total de Notificações		**260**
Sexo	**N**	**%**
Meninas	215	87,7%
Meninos	45	17,3%
Faixa etária		
0-9	125	48%
10-17	135	52%
Sexo do autor da violência		
Homens	219	84,2%
Mulheres	8	13,1%
Ignorado	33	12,7%
Local da ocorrência		
Ignorado	26	10%
Escola	16	6,2%
Outros	19	7,3%
Residência	199	76,5%

Fonte: Palmas (2024).

Percebe-se a partir dos dados apresentados que a violência sexual contra crianças e adolescentes representou um percentual de 42% do total de notificações de violência contra crianças e adolescentes no ano de 2023, sendo, portanto, quase metade do total de notificações registradas no ano de 2023. Nessa perspectiva, a violência sexual contra crianças e adolescentes caracteriza-se como um agravo de natureza sociocultural, apreendido a partir de diferentes dimensões e que, além disso, se expressam nas relações sociais de gênero, classe e raça/cor (Brasil, 2024).

Do total de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no ano de 2023, 87,7% das notificações tiveram meninas como vítimas, sendo que a faixa etária de 10-17 anos foi predominante com o total de 52%. A respeito do sexo do autor da violência, contatou-se que 84,2% das notificações de violência sexual tiveram o sexo masculino como provável autor da agressão, e com o principal local de ocorrência sendo em uma residência, representando um percentual de 76,5%.

Neste contexto, percebe-se que o município de Palmas segue o que também aparece em cenário nacional, que de acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde (2024), as notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, no período de 2015 a 2021 registraram que 76,8% das notificações ocorreram entre meninas, sendo também predominante a faixa etária de 10-19 anos em 92,7% das notificações, sendo que em 93,3% do total das notificações, o autor da agressão é do sexo masculino, e a residência também como principal local de ocorrência, estando presente em 70,9% das notificações.

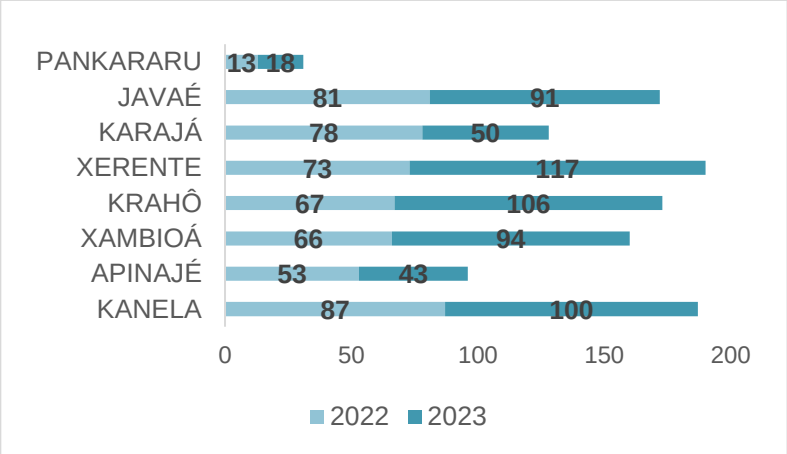
Chama atenção a grande concentração de casos de violência tendo a residência como local de ocorrência, materializando o que de acordo com Nunes e Sales (2014) apontam, ao sinalizarem o ambiente domiciliar como um lugar favorável para a ocorrências de agressões e de abusos contra crianças, por ser um espaço em que acabam passando a maior parte do tempo e que além disso, crianças e adolescentes por serem mais indefesos e dependente da família e sociedade, acabam compondo a maior parte das vítimas.

Nesse cenário, é importante aqui a pontuação que, a materialidade dos dados, não deve reproduzir o processo de culpabilização das famílias, que, como apontado por Horst e Mioto (2017), torna-se um processo de culpabilização naturalizado pela ideia do protagonismo familiar, mas, sem levar em conta suas particularidades, aspectos sociais e econômicos que permeiam suas realidades. Percebe-se então, uma tendência de responsabilização excessiva e individualizada da família pelos problemas sociais e suas consequências, sem considerar as estruturas sociais e as condições de desigualdade que influenciam a vida familiar. Ou seja, em vez de olhar para os fatores estruturais que incidem nas famílias, o foco é colocado nas ações ou falhas das próprias famílias.

É importante ressaltar que violência sexual se trata de apenas uma das formas de violência que crianças e adolescentes podem sofrer, e a qual foi o único tipo de violência que pôde ser especificada a partir da pesquisa nos boletins epidemiológicos de violência analisados.

Seguindo adiante com a análise dos boletins, foi possível identificar referente aos anos de 2022 e 2023 o quantitativo de notificações de violência contra crianças e adolescentes por território de saúde, como mostra o gráfico 3:

Gráfico 3. Comparativo número de notificação de violência contra crianças e adolescentes por território de saúde nos anos de 2022 e 2023.



Fonte: Sistematização da autora (2025).

A criação do gráfico comparativo foi possível dada a forma de sistematização dos dados nos boletins epidemiológicos dos anos 2022 e 2023, que trouxe a apresentação dos dados com quantitativo de cada território de saúde e com a diferenciação das notificações de violência interpessoal e autoprovocada. É possível se observar a partir do mesmo, a prevalência dos territórios de saúde Xerente e Kanela com maior número de notificações de violência contra crianças e adolescentes, com um total de 190 e 187 respectivamente quando feito a somativa dos anos de 2022 e 2023.

O município de Palmas tem em sua forma de organização territorial de saúde a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS), definida através da Portaria TP Nº 457/SEMUS/GAB/SUPAVS, de 11 de abril de 2019, com a divisão por territórios de saúde para organização das ações e serviços de saúde, orientados por espaços com características comuns, em âmbitos políticos, econômicos e culturais e considerando também os fatores determinantes e condicionantes que incidem na saúde e qualidade de vida da população de determinado espaço. Assim, a RAVS-PALMAS tem como algumas de suas características a centralidade na Estratégia em Saúde da Família para a consolidação da Atenção Básica, trabalho em equipe, a coordenação e longitudinalidade do cuidado, visando garantir a integralidade do cuidado.

Neste cenário, chama atenção que, os territórios de saúde que apresentam maiores casos de violência, são abrangentes de regiões tidas como periféricas e marginalizadas no município, advindas de projetos de assentamento urbano e regiões

de chácara, com maior representação da população em vulnerabilidade social, sendo importante fazer a reflexão entre desigualdade social e seus impactos na qualidade de vida e consequentemente na saúde da população, citando o que declara Santos (2007), ao sinalizar que toda desigualdade social é primeiramente desigualdade territorial.

Tendo essa perspectiva, a violência deve ser compreendia como uma expressão da questão social, a qual de acordo com Iamamoto (2007), trata-se do conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, sendo a manifestação, no cotidiano da vida social da contradição entre as classes sociais, que geram problemas estruturais e conjunturais da sociedade capitalista, tendo assim a necessidade de outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão, demando intervenções do Estado por meio de políticas sociais públicas que levem em consideração os determinantes sociais.

De acordo com os dados apresentados, mesmo com a fragilidade dos dados sistematizados nos boletins epidemiológicos, nota-se um aumento no número de casos de violência contra crianças e adolescentes em todas as variáveis que foram identificadas. Observa-se também uma prevalência de violências contra crianças e adolescentes entre as notificações de violência interpessoal, com destaque para a faixa etária de 0-9 anos de idade. Nessa perspectiva, é reafirmado o que assinalam Minayo (2001) e Santos et al (2014), ao apontarem que esse grupo se encontra em principal situação de vulnerabilidade frente à violência.

Neste contexto, a violência contra crianças e adolescentes deve ser compreendida como um grave desrespeito aos direitos fundamentais, e como uma questão de interesse da saúde por afetar diretamente a saúde individual e consequentemente a saúde coletiva, exigindo assim, a formulação de políticas e organizações do setor saúde, com vistas ao enfrentamento e prevenção da violência. (Minayo, 2006).

É pertinente aqui ainda apontar as particularidades do público infantojuvenil enquanto sujeitos presentes na sociedade. As categorias crianças e adolescentes se tratam de construções culturais e sociais, as quais são baseadas em sua associação à idade, condição que se apresenta também como princípio ordenador das políticas públicas voltadas para esse público (Marguilis; Urresti, 1996). Neste sentido, as próprias

intervenções com objetivo de promoção da saúde e prevenção de agravos devem ser também específicas considerando suas particularidades.

Torna-se importante ainda debater acerca da necessidade de constante qualificação da vigilância em saúde a respeito das violências contra crianças e adolescentes, compreendendo o campo da saúde como um dos integrantes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, sendo o uso da epidemiologia uma importante parte nesse processo, pois como apontado por Barata (2013, p. 11), “possui a capacidade de contribuir na identificação dos problemas socialmente relevantes através do estudo da distribuição dos problemas de saúde e de seus determinantes nos diversos grupos sociais”. Portanto, as informações técnicas, são necessárias no embasamento das decisões políticas e que devem ser consideradas no processo de tomada de decisão.

Nesse sentindo, a ausência de divulgação de dados epidemiológicos a respeito da violência contra crianças e adolescentes nos boletins analisados representa uma fragilidade, tanto pela perca de capacidade que se tem de cruzamento de informações a partir das fichas de notificação individual de violência, que permite uma completa identificação de perfil epidemiológico para divulgação, quanto pela quebra da visibilidade do fenômeno e da importância do correto direcionamento de ações de prevenção e combate à violência infantojuvenil de acordo com as maiores necessidades.

3.2. Possibilidades de prevenção às violências contra crianças e adolescentes

Ao se falar sobre prevenção, tem-se comumente o pensamento voltado para uma antecipação sobre uma determinada situação de risco, o termo constitui-se como uma categoria fundamental na área da saúde, tanto no que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos, como enquanto componente dos atos terapêuticos (Minayo; Souza, 1999). Nesse conjunto, a Promoção da Saúde segundo a Carta de Ottawa de l986 é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de sua vida e saúde incluindo maior controle desse processo” (Brasil, 2002, p. 9). Ou seja, trata-se do processo de ações sobre os condicionantes e

determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar positivamente a qualidade de vida, demandando ações inter e intrasetorial a partir de um conjunto de políticas, planos e programas de saúde pública que atuem diretamente sobre condicionantes e determinantes de saúde.

Assim, entendendo o problema da violência como um fenômeno que possui diversos fatores condicionantes, a prevenção do mesmo aparece de maneira associada a intervenções fundadas na educação, na saúde, na sociedade civil e na melhoria da qualidade de vida da população, agindo assim sobre esses fatores (Milani, 2003). É nessa perspectiva que se entende a necessidade da superação da violência através do envolvimento de todos os setores por meio de políticas públicas, programas, ações e projetos, que tenham como intuito promover alterações estruturais, econômicas, sociais e culturais, efetivando uma prevenção da violência. Nesse contexto, o SUS promove o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, visualizando a atenção integral à saúde, e promovendo a saúde, através de ações de prevenção de doenças e agravos, de maneira humanizada e articulada em rede.

A intersetorialidade nesse contexto surge como importante estratégia da gestão pública democrática nesse âmbito, a qual busca promover a articulação entre os serviços públicos e complementaridade de suas ações, objetivando assim, romper com velhos paradigmas e ainda contribuir para um processo de reconhecimento dos cidadãos, como sujeitos de direitos. Dessa forma, Rocha (2023), destaca que para a as ações de prevenção às violências no âmbito das políticas públicas, é imprescindível que haja o envolvimento desde os profissionais até as famílias, considerando nesse percurso também a participação da comunidade, tanto como espaço em que ocorre o desenvolvimento social e cultural da criança e do adolescente, como também espaço em que ocorre a violência.

Nesse sentido, as atividades realizadas com vistas a atuar sobre a atenção e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência devem estar articuladas as ações de promoção de saúde e cultura de paz, bem como prevenção de violência e fatores de risco, devendo também articular ações visando a implementação das linhas de cuidado e a qualificação do serviço de saúde para crianças e adolescentes e suas famílias e ainda dialogar com outros setores que compõem o Sistema de Garantia de

Direitos das Crianças e Adolescentes, visando um fortalecimento da rede de proteção no território.

Anunciação et al (2023), aponta o setor saúde como protagonista na rede de prevenção, enfretamento e atenção às situações de violência contra crianças e adolescentes, por meio do Programa Saúde na escola (PSE), através da inserção da Atenção Primária à Saúde na comunidade escolar com prática de prevenção de agravos e promoção da saúde. Apontando estratégias como oficinas em roda de conversa com adolescentes, sobre a temática da violência, valorizando seu protagonismo, a qual se percebeu um resultado positivo, gerando reflexão dos adolescentes sobre temáticas trabalhadas e com mudanças de comportamento de maneira gradual.

Gomes (1999), a partir de um estudo de propostas de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, elenca três níveis de prevenção, sendo em nível primário a promoção de melhores condições de vida a população, capacitação de profissionais da saúde, direcionamento das ações de maneira estratégicas e devidamente fundamentadas e fortalecimento da cidadania. Em nível secundário, é destacada a articulação entre os setores saúde e educação, visando a melhora na identificação de casos de violência, possibilitando assim uma intervenção precoce tanto para os grupos que procuram os serviços, bem como os grupos que não possuem acesso aos mesmos, e em nível terciário, a organização dos serviços de saúde em seus níveis de complexidade crescente, tendo em vista o entendimento da saúde de maneira biopsicossocial.

Assim, estratégias para prevenção de situações de violência infantojuvenil, devem ser ações expandidas para o território, com base em suas necessidades; fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e população atendida; promoção de direitos e o fortalecimento de sua emancipação enquanto sujeitos de direitos; realização de ações no âmbito do PSE em seu eixo de prevenção das violências e promoção da cultura de paz e de direitos humanos; sendo também parte dessas estratégias, o fortalecimento da vigilância e monitoramento dos casos de violência contra crianças e adolescentes, bem como a constante capacitação dos profissionais

de saúde a respeito do preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

Dessa forma, seja nas ações para prevenir ou tratar consequências de situações de violência, tanto nas articulações interdisciplinares e multiprofissionais, é importante que essas estratégias sejam direcionadas com a perspectiva de construção de direitos humanos e sociais, devendo considerar a manifestação das violências contra crianças e adolescentes, a partir das desigualdades sociais, das relações de poder e dominação e do contexto social que permeiam a vida dos sujeitos.

4. Conclusão

Ao analisar as publicações epidemiológicas sobre violência contra crianças e adolescentes no município de Palmas, contatou-se que o número de notificações tem aumentado, sendo então um problema endêmico no município, tornando-se fundamental a implementação de estratégias de prevenção e apoio para o enfretamento dessa problemática, com vistas a promover a proteção desses sujeitos, visando sua atenção de forma integral, em que as políticas públicas devem ser embasadas em evidências e coordenadas em diferentes setores visando uma integralização do cuidado.

Apesar dos limites do nosso estudo, foi possível observar a falta de informações epidemiológicas a respeito das características da violência contra crianças e adolescentes no município de Palmas/TO. Sendo assim, é necessário que haja um fortalecimento das ações de vigilância, aqui destacando principalmente a divulgação de informações sistematizadas sobre a violência contra crianças e adolescentes, de modo que, possam servir de subsidio para as ações nos territórios de saúde, bem como para a implementação de políticas públicas com vistas a atuar sobre o problema.

É fundamental destacar a importância do processo de desnaturalização e desconstrução social da violência contra crianças e adolescentes, que construída historicamente no transcorrer das civilizações, encontra em suas raízes uma vinculação com o processo educativo, se tornando assim uma violência estrutural, a qual incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes de forma naturalizada (Minayo, 2001). Assim, a superação desse cenário passa pela compreensão de crianças e

adolescentes como sujeitos sociais de direitos e pela deslegitimação da violência como parte de um processo pedagógico.

Nesse sentido, a relevância dessa pesquisa se justifica, pois chama atenção para o conhecimento do cenário das violências contra crianças e adolescentes no município, com uma ampliação das discussões que contribuem com as estratégias de ações de prevenção de violência no contexto da saúde pública, bem como evidenciar a necessidade de uma vigilância epidemiológica atuante, sugerindo-se aqui, para além dos recortes de violência interpessoal e autoprovocada nos boletins epidemiológicos, o destaque também para a caracterização desses agravos especificamente no público infantojuvenil, considerando suas particularidades, que possam subsidiar o seu devido enfrentamento.

Referências

ANUNCIAÇÃO, Leilane Lacerda et al. Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 201-212, 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil,** promulgada em 5 de outubro de 1998. Brasília, DF, 1988.

_____. Secretaria de Estado e dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente. **Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.968/2001.** Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. ISBN 85-334-0602-9. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006**. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico – Volume 54, nº 08.** 2024. Disponível em: https ://www.ir.b/saude /pt -b/cen-de--conteudo /pu/bol/epidemia/ed/2023/bol-ep-volume -54 - não-08. Acesso em: 10 jan. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de informações em saúde.** Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/ . Acesso em: 23 jan. 2025.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 3-17, 2013.

CISNE, Mirla; SANTOS, SMM dos. Patriarcado, divisão sexual e racial do trabalho e as relações sociais de sexo: para além de uma 'questão de gênero'. In: **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social** - São Pulo: Cortez, 2018. - Biblioteca Básica de Serviço Social; vol. 8, p. 43-80.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

KRUG, Etienne G et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; NJAINE, Kathie. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 171-181, 1999.

HORST, Claudio Henrique Miranda; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo?| Social Work and working with families: renovation or conservantism?. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 40, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Mundialização do capital, "questão social" e Serviço Social no Brasil. Texto base da conferência proferida no 12º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2008). Rio de janeiro: **Revista em Pauta,** nº 21, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Palmas – TO**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama. Acesso em: 24 jan. 2025.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. in: MINAYO, M. C. de S. (Org). P**esquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis - RJ: Vozes, 1994. p. 9-30.

_____, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 7-23, 1999.

_____, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 1, p. 91-102, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkgg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2025.

_____, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

MARGULIS, Mario & URRESTI, Marcelo. "La juventud es más que una palabra". In: Margulis, M. (org.). La juventud es más que una palabra. Buenos Aires, Biblos,1996.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 871-880, 2016.

PALMAS. **Boletim Epidemiológico: Panorama do Cenário de Violência em Palmas – TO: Análise comparativa dos anos 2019 e 2020**. Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Coordenação Técnica Causas Externas. ISSN: 2674-8312. n. 10, v. 2. Palmas - TO, 2021.

_____. **Cenário das Violências em Palmas – TO: Os principais dados do ano de 2021**. Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Coordenação Técnica Causas Externas. ISSN: 2763-6852. n. 10, v. 2. Palmas - TO, 2022.

_____. **Cenário das Violências em Palmas – TO: Os principais dados por território de saúde no ano de 2021**. Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Coordenação Técnica Causas Externas. ISSN: 2763-6852. n. 10, v. 3. Palmas - TO, 2022.

_____. **Boletim Epidemiológico: Cenário das Violências em Palmas - TO: 2022**. Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Coordenação Técnica Causas Externas. ISSN: 2763-6852. n. 16, v. 3. Palmas - TO, 2023.

_____. **Boletim Epidemiológico: Cenário das Violências em Palmas - TO: 2023**. Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Coordenação Técnica Causas Externas. ISSN: 2763-6852. n. 24, v. 4. Palmas - TO, 2024.

_____. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria TP N. 457/SEMUS/GAB/SUPAVS, de 11 de abril de 2019. Dispõe sobre a alteração de informações sobre a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-Palmas). Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: < http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2222-15-4-2019-20-59-52.pdf>.

ROCHA, Noemi Medeiros. **Prevenção à violência sexual infantojuvenil nos serviços socioassistenciais no interior do Tocantins.** 2023. 33f. Artigo de graduação (Curso de Psicologia) – Universidade Federal do Tocantins – Campus de Miracema, 2023.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. Edusp, 2007.

SANTOS, Taciana Mirella Batista et al. Análise da produção científica sobre a notificação da violência contra adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, p. 560-567, 2014.

ARTIGO

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Perfil epidemiológico das doenças socialmente determinadas (AIDS e Hepatites) no município de Palmas e no estado do Tocantins no período 2014 a 2023

Epidemiological Profile of Socially Determined Diseases (AIDS and Hepatitis) in the Municipality of Palmas and the State of Tocantins from 2014 to 2023

Flor de Lyss Feitosa da Silva[1], Milena Alves de Carvalho[2],

[1]Residente em Saúde Coletiva. FESP - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.

E-mail: florfeitosa@outlook.com

[2]Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins.

RESUMO

O estudo analisou o perfil epidemiológico das infecções por HIV/AIDS e hepatites virais no estado do Tocantins e no município de Palmas entre 2014 e 2023, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram identificados 2.052 casos de AIDS no estado (69% em homens) e 630 em Palmas (77% em homens), além de 1.868 casos de hepatites virais no estado e 525 na capital. Observou-se maior incidência entre adultos jovens de 20 a 34 anos para AIDS e de 20 a 59 anos para hepatites, com predomínio de pessoas autodeclaradas pardas. A subnotificação e informações incompletas sobre raça/cor foram limitações significativas, comprometendo a análise de disparidades socioeconômicas. Os resultados evidenciaram vulnerabilidade dessas populações às infecções, especialmente entre homens jovens e população parda, refletindo desafios na prevenção e controle dessas doenças. O estudo ressalta a necessidade de melhorias nos sistemas de notificação e monitoramento para um planejamento mais eficaz das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia; Vulnerabilidade; Saúde Pública

ABSTRACT

The study analyzed the epidemiological profile of HIV/AIDS and viral hepatitis infections in the state of Tocantins and the municipality of Palmas between 2014 and 2023, using data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN). A total of 2,052 AIDS cases were identified in the state (69% in men) and 630 in Palmas (77% in men), along with 1,868 cases of viral hepatitis in the state and 525 in the capital. A higher incidence was observed among young adults aged 20 to 34 for AIDS and aged 20 to 59 for hepatitis, with a predominance of individuals self-identified as mixed-race ("parda"). Significant limitations included underreporting and incomplete information on race/color, compromising the analysis of socioeconomic disparities. The results highlighted the vulnerability of these populations to infections, particularly among young men and mixed-race individuals, reflecting challenges in prevention and control of these diseases. The study emphasized the need for improvements in notification and monitoring systems for more effective public health policy planning.

Keywords : Epidemiology; Vulnerability; Public Health.

1. INTRODUÇÃO

O AIDS/HIV (síndrome da imunodeficiência adquirida) e as hepatites virais fazem parte do fazem parte do grupo de doenças infectocontagiosas que são considerados desafios de saúde pública com importância mundial. O HIV, por sua vez, é uma infecção crônica decorrente de um quadro de imunodeficiência causada por vírus. (Alves, et al. 2022). As hepatites virais são provocadas por agentes virais que causam infecção e reação inflamatória no fígado, podendo cronificar-se. São classificadas em cinco sorotipos de vírus: hepatite A, hepatite B, hepatite C, hepatite D e hepatite E (De Almeida Bastos, et al., 2022).

Ambas infecções têm vias de contágios similares, com exceção da hepatite A, e são mais frequentes em populações urbanas vulneráveis, especialmente entre indivíduos que praticam sexo desprotegidos e usuários de substâncias psicoativas intravenosas. Predominantemente, a principal via de transmissão é a sexual, devido à presença dos agentes etiológicos em fluidos corporais, como sangue e secreções. A transmissão vertical também é uma preocupação, principalmente do HIV e do vírus da hepatite B, tornando necessárias medidas preventivas para controlar e intervir na cadeia de transmissão dos vírus. (De Carvalho, et al., 2024)

No Brasil, segundo Boletim Epidemiológico - HIV e AIDS 2023, entre os anos de 2007 a 2023, foram contabilizados 489.594 casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com destaque para região Sudeste, que apresentou o com maior número de casos, e a região Centro-oeste, com menor quantitativo registrado. Na região Norte, foram notificados 49.956 casos de infecção pelo HIV. (Brasil, 2023a).

Em relação às hepatites virais, entre 2000 a 2022, o SINAN registrou um total de 750.651 de casos confirmados no Brasil (Brasil, 2023b). A Região Nordeste apresentou maior incidência hepatite A, enquanto a Região Sudeste teve maior predominância de infecções pelos vírus do tipo B e C. Já a região Norte destacou com maior número de casos de hepatite D no país. Ademais, entre 2000 e 2021, o número de óbitos por hepatites virais no Brasil foi de 85.486 óbitos (Brasil, 2023b).

Nesse contexto brasileiro, o município de Palmas, e o estado do Tocantins, apresentam necessidades no enfrentamento ao aumento do número de casos de hepatites virais e HIV. Com uma população em crescimento e as desigualdades sociais aumentando, o acesso aos serviços de saúde e as medidas preventivas para o controle dessas infecções torna-se limitado, especialmente para grupos socialmente vulneráveis, cujas condições

socioeconômicas agravam a exposição às infecções sexualmente transmissíveis. (Alves, et al, 2022)

Os casos de HIV e hepatites virais vêm apresentando aumento nos últimos anos, impactando significativamente a saúde pública tanto no contexto nacional quanto em estados e municípios. Esse aumento exige maior organização do sistema de saúde e a implementação de estratégias de prevenção, controle e tratamento. A prevenção dessas infecções está alinhada diretamente com as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde - OMS pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) Organização das Nações Unidas (ONU), particularmente com o ODS 3: "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades" e essas doenças representam desafio à saúde pública. (IPEA, s.d.).

Essas infecções são consideradas negligenciadas, pois acometem principalmente populações de baixa renda e em situação de vulnerabilidade social. O enfrentamento está previsto em diversas estratégias do Ministério da Saúde (Brasil, 2024a), como Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), que desempenha papel essencial no planejamento de ações para emergências de saúde pública em alinhamento.

Com a publicação do Decreto nº 11.908 (Brasil, 2024b), foram estabelecidas metas para eliminação de transmissão vertical de HIV, hepatites e outras doenças. As metas incluem diagnosticar 90% das pessoas infectadas, garantir tratamento 80%, diagnosticar, reduzir pelo menos 90% de novas infecções e diminuir em 65% a mortalidade por hepatites virais. No que se refere ao HIV/AIDS, os objetivos incluem garantir que 95% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) sejam diagnosticadas, que 95% delas recebam tratamento e que 95% dessas tenham carga viral suprimida.

Diante dos números apresentados, o objetivo deste trabalho é descrever o perfil epidemiológico das infecções por HIV e hepatites do município de Palmas e no Tocantins, com base no levantamento de dados disponíveis no DATASUS, entre os anos de 2014 a 2023

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi de natureza básica, com abordagem quantitativa e descritiva, baseado no levantamento de dados secundários. A população analisada compreendeu os casos notificados de AIDS e Hepatites Virais no estado do Tocantins, com ênfase nos residentes da capital Palmas. O estudo utilizou dados registrados no Sistema de Informação de

Agravos de Notificação (SINAN), sob a gestão do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A pesquisa abrangeu o período de 2014 a 2023, e a coleta foi realizada em dezembro de 2024.

Os dados foram obtidos através do site do DATASUS (https://datasus.saude.gov.br/) e organizados em planilhas do Microsoft Excel. Foram incluídos todos os dados referentes a notificações de AIDS e Hepatites Virais, residentes no Tocantins, dentro do período estabelecido, por tratar de fonte de dados pública, de forma consolidada, não foi necessário o estabelecimento de critério de exclusão. As variáveis coletadas incluíram dados sociodemográficos (sexo, faixa etaria, raça/cor) e clínicos, como evolução do caso para HIV e forma clínica para Hepatites Virais.

Os dados foram estruturados em bancos específicos, no qual cada notificação foi representada por uma linha e as variáveis por colunas, registrando-se a frequência absoluta de ocorrência. A análise estatística foi conduzida no Microsoft Excel 2010, por meio de cálculos de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão.

Em relação aos aspectos éticos, esta pesquisa utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público, sem identificação nominal dos pacientes. De acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que os dados foram previamente coletados e disponibilizados publicamente pelo SINAN/DATASUS. O principal risco identificado refere-se à possível exposição de informações, mas esse risco foi minimizado pela ausência de dados identificáveis. Os resultados deste estudo contribuíram para a identificação de grupos vulneráveis e subsidiaram ações estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

3. RESULTADOS

Fora identificado no Tocantins e em Palmas, de 2014 a 2023, 2.052 e 630 casos de Aids, respectivamente e 1.868, no estado, e 525, na capital, de hepatites virais.

AIDS

Em relação aos casos de Aids, a Tabela 1 apresenta casos confirmados no estado do Tocantins e na capital Palmas, entre 2014 e 2023, descriminado em sexo. No período analisado, dos 2052 casos no Tocantins, 69% foram registrados em homens e 638, ou 31,09% em mulheres, o que representa uma razão de sexo, para o período de 2:1. E Palmas, no mesmo período, foram registrados 630 casos, com 77% ocorrendo em homens e 143 (22%) em mulheres, razão de sexo 4:1. O maior número de casos no Tocantins ocorreu em 2017, com 250 registros, seguido de 2021 e 2022, ambos com 230 casos. Em

Palmas, o ano com maior detecção de novos casos foi 2018, com 81 casos, seguido de 2017 e 2022, ambos com 76 registros

Tabela 1. Casos confirmados de AIDS, (frequência absoluta e frequência relativa) em residentes no Tocantins e Palmas entre 2014 a 2023 e diagnostico sexo

Ano Diagnóstico	TOCANTINS					PALMAS				
	Masculino		Feminino		Total	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%		N	%	N	%	
2014	143	65	77	35	220	45	64,29	25	35,71	70
2015	148	64,35	82	35,65	230	41	65,08	22	34,92	63
2016	141	69,46	62	30,54	203	40	81,63	9	18,37	49
2017	163	65,2	87	34,8	250	63	82,89	13	17,11	76
2018	164	71	67	29	231	62	76,54	19	23,46	81
2019	122	69,71	53	30,29	175	44	77,19	13	22,81	57
2020	116	69,05	52	30,95	168	43	76,79	13	23,21	56
2021	156	70,59	65	29,41	221	50	84,75	9	15,25	59
2022	162	70,43	68	29,57	230	61	80,26	15	19,74	76
2023	99	79,84	25	20,16	124	38	88,37	5	11,63	43
TOTAL	1.414	69	638	31,09	2.052	487	77	143	22	630

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

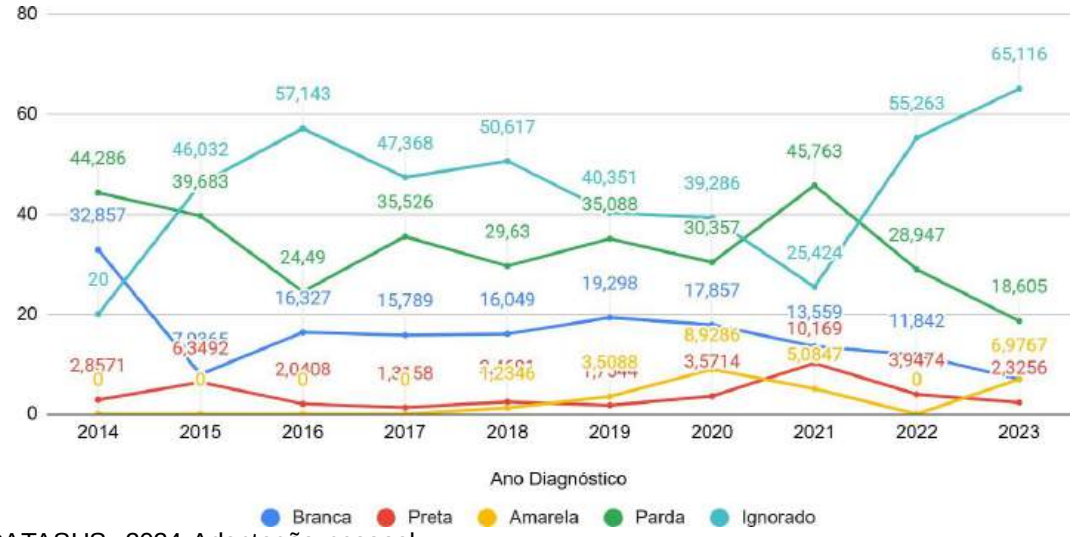
Com relação à variável raça/cor, a figura 1 apresenta a distribuição dos casos no Tocantins e em Palmas. Pode-se observar que, tanto no estado quanto na capital, os registros com essa informação ignorada foram superiores aos demais, correspondendo a 64,78% no estado e 65,12% em Palmas, no período avaliado. A categoria parda é mais identificada entre os casos com raça informada, mantendo-se em destaque em relação aos outros registros, com variações significativas, atingindo um pico de 51,36% em 2014 e um mínimo 24,57% em 2019. A população branca apresenta um número relevante de registros, embora com oscilações ao longo do tempo. Enquanto os registros das populações preta, amarela e indígenas possuem registros proporcionalmente baixos, com alguns anos apresentando valores próximos ou iguais a zero.

IGURA 1. Casos confirmados de AIDS, em residentes no Tocantins entre os anos de 2014 a 2023 de diagnóstico por raça/cor

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

No recorte específico de Palmas do período analisado a população parda apresentou o maior número de registros entre os grupos identificados, teve sua participação reduzida ao longo dos anos, caindo de 44,29% em 2014 para apenas 18,61% em 2023. Entre brancos também houve uma queda significativa, passando de 32,86% em 2014 para apenas 6,98% em 2023 conforme a figura 2.

FIGURA 2. Casos confirmados de AIDS, em residentes no Palmas entre os anos de 2014 a 2023 de diagnóstico por raça/cor



Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

A tabela 5 apresenta a distribuição dos casos AIDS no Tocantins entre 2014 e 2023, segmentados por faixa etárias. observa-se que a maior concentração de casos ocorreu entre adultos jovens de 20 a 34 anos, representando 43,5% das notificações com 893 casos, seguidos pela faixa de 35 a 49 anos 36% dos registros com 738 casos. Indivíduos entre 50 a 64 anos corresponderam a 13,8% dos 284 casos, indicando uma expressiva presença dessa população. As faixas etárias de 1 a 4 anos e 5 a 9 anos apresentaram o menor número de registros. O ano com maior número de notificações foi 2017, com 250 casos, enquanto 2023 apresentou a menor quantidade, com 124 registros.

Tabela 5. Casos confirmados de AIDS, em residentes no Tocantins entre 2014 a 2023 e diagnóstico faixa etaria

Ano Diagnóstico	< 1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e mais	Total
2014	0	0	1	0	8	100	86	21	4	0	220
2015	1	1	0	1	7	93	96	26	4	1	230
2016	0	3	2	0	3	83	74	30	7	1	203
2017	2	1	1	1	8	104	96	28	8	1	250
2018	0	3	0	0	4	108	67	44	5	0	231
2019	1	1	0	1	6	81	54	26	5	0	175
2020	0	0	0	0	2	79	59	22	6	0	168
2021	0	0	0	0	6	92	85	35	3	0	221
2022	1	0	1	0	7	95	84	33	9	0	230
2023	0	0	0	0	3	58	37	19	7	0	124
TOTAL	5	9	5	3	54	893	738	284	58	3	2.052

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

Na tabela 6 detalha os casos de AIDS na capital, Palmas, ao longo de mesmo período, evidenciando um padrão semelhante ao do estado. A maioria dos casos ocorreu entre pessoas de 20 a 34 anos sendo 49,7% com 313 casos e 35 a 49 anos com 34,4% com 217 casos, demonstrando que a infecção se concentra majoritariamente entre adultos jovens e de meia-idade. A faixa etária de 50 a 64 anos registrou 63 casos e 10% casos, enquanto os grupos etários tiveram números significativamente menores, incluindo apenas um caso em crianças menores de um ano. Na extração dos dados do município não demonstrou as faixas etárias 5-9 e 10-14 como apresentou no estado.

Tabela 6. Casos confirmados de AIDS, em residentes em Palmas entre 2014 a 2023 e diagnóstico por faixa etaria

Ano Diagnóstico	< 1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e mais	Total
2014	0	0	0	0	2	33	28	6	1	0	70
2015	1	0	0	0	2	25	28	6	1	0	63
2016	0	0	0	0	2	23	16	5	3	0	49
2017	0	0	0	0	4	35	28	5	3	1	76
2018	0	0	0	0	3	38	28	12	0	0	81
2019	0	1	0	0	2	34	13	4	3	0	57
2020	0	0	0	0	0	30	18	7	1	0	56
2021	0	0	0	0	3	30	19	7	0	0	59
2022	0	0	0	0	2	42	23	7	2	0	76
2023	0	0	0	0	0	23	16	4	0	0	43
TOTAL	1	1	0	0	20	313	217	63	14	1	630

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

HEPATITES VIRAIS

Conforme a tabela 7 referentes ao estado do Tocantins, observa-se um total de 1.869 casos confirmados no período analisado, sendo 993 (53,15%) em homens e 875 (46%) em mulheres. Os anos de maior incidência foram 2014 e 2015, com 398 e 446 casos, respectivamente, enquanto os anos de menor incidência foram 2020, com 69 e casos. A partir de 2016, nota-se uma tendência geral de redução nos números, exceto por pequenas variações em alguns anos, como o aumento registrado em 2022.

Os dados referentes ao município de Palmas apresentam um total de 526 casos confirmados no mesmo período, com 271 (51,61%) em homens e 254 (48,38%) em mulheres, indicando uma distribuição relativamente equilibrada entre os sexos. Assim como no estado, os anos de 2014 e 2015 se destacam pelos maiores números de casos, 76 e 62, respectivamente. A redução mais significativa nos números também ocorreu em 2020, com 27 casos registrados.

Tabela 7. Distribuição de casos confirmados no Tocantins por ano de diagnóstico por Sexo

Ano Diagnóstico	TOCANTINS						PALMAS				
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2014	217	54,52	181	45,48	398	21,3	42	55,26	34	44,74	76
2015	236	52,91	210	47,09	446	23,9	30	48,39	32	51,61	62
2016	69	53,08	61	46,92	130	6,9	29	58	21	42	50
2017	72	48,32	77	51,68	149	7,9	29	54,72	24	45,28	53
2018	113	58,85	79	41,15	192	10,2	29	56,86	22	43,14	51
2019	79	51,97	73	48,03	152	8,1	30	48,39	32	51,61	62
2020	37	53,62	32	46,38	69	3,6	13	48,15	14	51,85	27
2021	53	49,53	54	50,47	107	5,7	23	52,27	21	47,73	44
2022	52	45,61	62	54,39	114	6,1	18	36	32	64	50
2023	65	58,56	46	41,44	111	5,9	28	56	22	44	50
Total	993	53,1	875	46,8	1868		271	51,61	254	48,3	525

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

Em relação à raça/cor, foram registrados casos de hepatites virais, distribuídos em todo o estado na tabela 10 com concentração de pessoas que se identificaram como pardas, totalizando 1.364 casos, seguida por brancas, com 242 casos. Os registros entre pessoas pretas foram 121, enquanto indígenas e amarelas apresentaram números menores, com 14 e 26 casos, respectivamente.

Tabela 10. Distribuição de casos confirmados, de Hepatites Virais, no Tocantins de Hepatites Virais, em por ano de diagnóstico raça/cor de 2014 a 2023

Ano Diagnóstico /sintomas	Ign./Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
2014	12	52	18	3	307	6	398
2015	9	47	23	1	363	3	446
2016	1	21	12	1	94	1	130
2017	2	22	6	1	117	1	149
2018	1	28	17	6	140	-	192
2019	11	23	15	4	98	1	152
2020	5	8	7	2	46	1	69
2021	12	21	7	5	61	1	107
2022	28	12	10	2	62	-	114
2023	20	8	6	1	76	-	111
Total	101	242	121	26	1364	14	1868

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

Em Palmas, a distribuição por raça/cor mostra que a maioria dos casos foi registrada entre pessoas pardas 306, seguidas por brancas 98, pretas 38 e amarelas 18, enquanto 65 casos foram classificados como ignorado/branco. Observa-se a ocorrência de casos entre indígenas no estado, mas sem registros desse grupo no município.

Tabela 11. Distribuição de casos confirmados, de Hepatites Virais, em Palmas de Hepatites Virais, em por ano de diagnóstico raça/cor de 2014 a 2023

Ano Diagnóstico /sintomas	Ign./Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Total

2014	1	14	6	-	55	76
2015	1	8	8	1	44	62
2016	1	16	6	-	27	50
2017	-	13	2	-	38	53
2018	1	14	3	4	29	51
2019	8	10	6	4	34	62
2020	1	4	2	2	18	27
2021	8	12	1	4	19	44
2022	27	3	2	2	16	50
2023	17	4	2	1	26	50
Total	65	98	38	18	306	525

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

Os dados sobre hepatites virais no estado do Tocantins, tabela 8, no período de 2014 a 2023, revelam que foram registrados os grupos etários de 20 a 39 anos (556 casos) e de 40 a 59 anos (553 casos) foram os mais afetados, sendo o ano de 2015 o de maior número, enquanto 2020 apresentou o menor.

Tabela 8. Casos confirmados, de Hepatites Virais, em residentes no Tocantins por Ano Diagnóstico/sintomas e Faixa Etária, de 2014 a 2023

Ano Diagnóstico /sintomas	Em branco/ IGN	01 a 09	05 a 09	10 a 14	15-19	20-39	40-59	60-64	65-69	70-79	80 e +	Total
2014	2	38	94	64	36	89	59	8	4	4	-	398
2015	8	49	106	72	35	96	64	6	3	4	3	446
2016	2	2	2	3	5	53	49	8	3	3	-	130
2017	-	2	2	2	7	61	56	11	5	3	-	149
2018	2	-	1	1	10	64	90	11	7	5	1	192
2019	2	3	-	1	1	63	62	13	3	4	-	152
2020	-	1	-	1	1	26	28	5	2	3	2	69
2021	1	-	1	2	3	36	39	7	6	9	3	107
2022	-	1	-	2	2	35	54	9	3	7	1	114
2023	-	-	1	-	2	33	52	4	6	9	4	111
Total	17	96	207	148	102	556	553	82	42	51	14	1868

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

A tabela 9 do município Palmas, observa-se o mesmo comportamento proporcionalmente com uma concentração de maior prevalência nos mesmos grupos de adultos. Observou quantitativo na faixa etária a partir dos 60 anos de idosos em Palmas é menor que no restante do estado.

Tabela 9. Casos confirmados, de Hepatites Virais, em residentes em Palmas por Ano Diagnósticos/sintomas e Faixa Etária, de 2014 a 2023

Ano Diagnóstico /sintomas	Em branco /IGN	01 a 09	05 a 09	10 a 14	15-19	20-39	40-59	60-64	65-69	70-79	80 e +	Total
2014	-	2	4	2	5	27	29	3	2	2	-	76
2015	1	2	5	2	1	25	18	4	2	2	-	62
2016	-	-	1	1	-	18	23	5	1	1	-	50
2017	-	1	-	-	-	23	21	6	1	1	-	53
2018	-	-	-	1	1	17	24	3	4	1	-	51
2019	-	1	-	-	-	24	30	4	1	2	-	62
2020	-	-	-	1	-	9	13	2	-	2	-	27
2021	-	-	-	-	-	16	18	1	4	3	2	44
2022	-	-	-	-	-	16	25	3	1	4	1	50
2023	-	-	1	-	1	15	23	-	3	5	2	50

Total	1	6	11	7	8	190	224	31	19	23	5	525

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

Durante o período analisado, os anos com maior incidência foram 2015, com 446 casos registrados e 2019, com 62 casos em Palmas. Em contrapartida, 2020 apresentou os menores números, com 69 casos no estado e 27 em Palmas, possivelmente impactadas pelas restrições decorrentes da pandemia de COVID-19. Vale ressaltar que o campo "Ignorado/Branco" na extração dos dados sugere não esclarecimento da forma clínica.

Tabela 14. Distribuição de casos confirmados Hepatites no Tocantins e Palmas por ano de diagnóstico forma clínica de 2014 a 2023

Ano diagnóstico /sintomas	TOCANTINS		PALMAS	
	Ign./Branco	Total	Ign./Branco	Total
2014	398	398	76	76
2015	446	446	62	62
2016	130	130	50	50
2017	149	149	53	53
2018	192	192	51	51
2019	152	152	62	62
2020	69	69	27	27
2021	107	107	44	44
2022	114	114	50	50
2023	111	111	50	50
Total	1868	1868	525’	525

Fonte: DATASUS. 2024 Adaptação pessoal

4. DISCUSSÃO

Os dados sobre a distribuição dos casos de AIDS no estado do Tocantins e capital Palmas, entre 2014 a 2023, revelam tendências importantes que podem ser analisadas. Abrange aspectos com sexo, raça/cor e faixa etária, permitindo uma compreensão sobre o perfil epidemiológico que influenciam no comportamento doença na população. Dessa maneira os homens representam a maioria dos casos tanto no estado do Tocantins (68,9%) quanto em Palmas (77,3%) Segundo o Ministério da Saúde, “homens cisgêneros tem maior probabilidade de engajamento em práticas sexuais de risco, menor adesão ao uso de preservativo e menor frequência de testagem de HIV” (BRASIL, 2020, p.15). Conforme Paiva et al. (2018), "as mulheres, especialmente aquelas em contextos de maior vulnerabilidade social, enfrentam dificuldades significativas no acesso à prevenção e ao tratamento do HIV/AIDS" (p. 45). A queda significa que em 2023 ambos sexos podem estar associados ao impacto das políticas de prevenção e tratamento implementadas no Brasil.

A predominância de casos entres pardos e pessoas com raça/cor “ignorada” reflete que pessoas pardas representaram (32,6%) dos casos em Tocantins e (34,1%) em Palmas, enquanto brancos e pretos tiveram números menores. É importante ressaltar que de acordo com os dados do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE,2022), o Tocantins é o estado

com 62% no município de Palmas com 57% da população autodeclarada como parda, o que pode ter contribuído para esses resultados. O alto número de dados classificados com ignorado (54,6% em Tocantins e 44,3% em Palmas) é preocupante, pois indica falhas no preenchimento adequado das notificações conforme afirmam Silva et al. (2020), "a falta de informações precisas sobre raça/cor limita a capacidade de identificar e mitigar as disparidades raciais no contexto da epidemia de AIDS" (p. 12).

A concentração de casos no estado e na capital reflete a dinâmica da epidemia de AIDS no Brasil, que historicamente atinge o público de 20 a 34 e 35 a 49 anos que foram afetados adultos e jovens e de meia idade. Relacionando a vida sexual ativa, maior exposição a comportamento de riscos e menor adesão ao uso de preservativo nesses grupos, além da faixa etária de 20 a 34 anos representando (50,2%) dos casos, reforçando a educação em saúde e campanha de prevenção direcionada a esse público. Vale salientar que a presença de casos em faixas etárias mais avançadas 65 a 79 anos chama a atenção para um abordagens específicas para idosos, grupo frequentemente negligenciado nas políticas de saúde. Silva e Lima (2021) alertam que "a sexualidade na terceira idade é subestimada, levando à falta de orientação e prevenção nesse grupo populacional" (p. 78).

Os dados de Tocantins e Palmas estão alinhados com tendências observadas em outros estados brasileiros, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas elevadas de AIDS devido a fatores como baixo desenvolvimento socioeconômico e desigualdade no acesso aos serviços de saúde de acordo com o relatório do Ministério da Saúde (2022). No entanto, pode indicar um avanço nas estratégias de combate como a ampliação do teste rápido e o fortalecimento das redes de assistência. Grangeiro et al. (2021 p.89) destacam que "a resposta à pandemia de HIV/AIDS no Brasil tem avançado, mas ainda enfrenta desafios significativos, especialmente no que diz respeito à equidade no acesso aos serviços de saúde".

Durante a análise dos dados, observou-se a necessidade de maior detalhamento sobre a forma clínica e o padrão de infecção das Hepatites Virais e de HIV no banco de dados do DATASUS. O aprimoramento da publicização desses dados contribuiria para uma compreensão mais aprofundada da dinâmica dessas infecções no estado do Tocantins, possibilitando a identificação de perfis clínicos e padrões de transmissão mais precisos. Com isso fortaleceria a qualidade das informações epidemiológicas, essenciais para o planejamento e a implementação de estratégias mais eficazes de prevenção e controle.

Em 2020 apresentou uma queda significativa essa redução de números pode estar relacionada à pandemia de COVID-19, que impactou os serviços de saúde, incluindo a

realização de exames, ocorrida pela redução na oferta de testes rápidos de rotina e em campanhas de prevenção às IST, em UBS.

Em relação à distribuição de casos, a razão de sexo encontras no Tocantins 1,13% homens para mulher relativamente equilibrado e me Palmas 1,7% reforçando os estudos que apontam risco semelhante entre os sexos. No entanto, Silva (2023) destaca que maior risco ao sexo masculino, devidos a comportamentos de maior exposição, que como o consumo de álcool, o uso de drogas ilícitas, o maior número de parceiros sexuais e menor adesão de exames preventivos de rotina.

Em relação à faixa etária, as maiores prevalências ocorreram nos grupos etários de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos, o que é consistente porque maior exposição a procedimentos invasivos, transfusões de sangue realizadas antes de 1993 e ao uso de drogas injetáveis em populações mais jovens. Com isso há também a predominância também de casos em indivíduos em ensino médio completo, sugerindo que a doença atinge populações de nível socioeconômico intermediário, possivelmente devido ao acesso desigual aos cuidados de saúde ao comportamento migratório de pessoas com comportamentos, hábitos e culturas diferentes (Gonçalves. 2019).

No presente estudo, a análise dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) revelou a presença de informações incompletas ou categorizadas como “ignoradas” em algumas variáveis proposto no projeto inicial. Com essas categorias foi limitante para discussão e análises dos mesmos. Com isso, pode-se inferir falhas nos preenchimentos das notificações, ressaltando a necessidade de melhorias nos sistemas de registro e monitoramento.

Considerando também que a subnotificação é uma preocupação em estudos baseadas no SINAN/DATASUS, devido a fatores em que a população enfrenta como dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estigmas sociais e falhas no preenchimento das fichas de notificação (Brasil, 2020). Com isso ficam evidenciadas lacunas que dificultam a identificação de disparidade socioeconômica e culturais. Além disso, a ausências de informação sobre forma clínica das hepatites virais reforça a necessidade de melhorias nos sistemas de notificação e de apresentação desses dados de domínio público.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou descrever o perfil epidemiológico das doenças socialmente determinadas, como AIDS e hepatites virais, no município de Palmas e no estado do

Tocantins, no período de 2014 a 2023. Os resultados evidenciaram que homens, especialmente jovens adultos e pessoas autodeclaradas pardas, são os mais afetados, e com vulnerabilidade devido a comportamentos de risco. Observou-se maior vulnerabilidade ao HIV entre os homens de 20 a 34 anos, pardos, enquanto as hepatites virais apresentam distribuição mais equilibrada entre os sexos, mas com concentração em faixas etárias economicamente ativas 20-59 anos. A subnotificação e a falta de informações precisas sobre variáveis como raça/cor reforçam a urgência de melhorias nos sistemas de notificação e monitoramento, a fim de garantir um planejamento mais eficaz das políticas públicas de saúde.

As principais contribuições deste trabalho incluem a caracterização detalhada do impacto dessas infecções em Palmas e no Tocantins, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas mais assertivas. Contudo, lacunas persistem, como a alta proporção de casos com raça cor ignorada e a necessidade de investigar os determinantes locais dessas doenças. Sugere-se que futuros estudos abordem intervenções específicas para grupos negligenciados, como idosos e populações indígenas, além de avaliar a efetividade das estratégias implementadas. Este estudo reitera a importância de combater as doenças socialmente determinadas por meio das ações integradas que promovam a equidade no acesso à saúde visando o alcance das metas de eliminação estabelecidas pela OMS até 2030. Para avançar no combate à AIDS, é essencial intensificar as intervenções voltadas para populações vulneráveis e garantir a qualidade dos sistemas de notificação e monitoramento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA BASTOS, T. V. et al. Avaliação do perfil epidemiológico da Hepatite A nas regiões do Brasil entre 2012 e 2021. *Research, Society and Development,* v. 11, n. 11, p. e401111133719-e401111133719, 2022.

ALVES, A. M. B. L. et al. Aids no estado do Tocantins: perfil de casos e análise de tendência da epidemia. *Desafios-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins,* v. 9, n. 2, p. 229-243, 2022.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS: desafios contemporâneos. *Revista de Saúde Pública,* v. 53, 2019.

BARCELLOS, C.; SANTOS, S. M. Desigualdades sociais e geografia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 24, 2019.

BRASIL. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2023: número especial, dezembro 2023. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis,

2023a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-numero-especial-dez-2023/view . Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais – 2023. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hepatites-virais/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-_-2023.pdf/view . Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Composição do CIEDS. Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/ciedds . Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.908, de 3 de outubro de 2024. Regulamenta disposições sobre a administração pública. Planalto, 2024b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d11908.htm . Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2020. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br . Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Relatório de monitoramento clínico do HIV 2022* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 120 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_clinico_hiv_2022.pdf. Acesso em: 21 fev. 2025.

CARVALHO, J. L. G. et al. Hepatites virais no Brasil: perfil epidemiológico de 2018 e 2023 e estratégias de controle. *Brazilian Journal of Health Review,* v. 7, n. 5, p. e73080-e73080, 2024.

GONÇALVES, N. V. et al. Hepatites B e C nas áreas de três Centros Regionais de Saúde do Estado do Pará, Brasil: uma análise espacial, epidemiológica e socioeconômica. *Cadernos Saúde Coletiva,* v. 27, p. 1-10, 2019.

GOMES, A. MDE SOUSA, T. F.; DA SILVA, L. L. D.; DE CARVALHO, Y. C. G.; FILGUEIRA,

M. J. P. Hepatites virais: uma análise clínico-epidemiológica no estado do Tocantins nos últimos 18 anos. Revista de Patologia do Tocantins, v. 7, n. 2, jun. 2020. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/327118493.pdf. Acesso em: fev. 2025

GRANGEIRO, A.; TEIXEIRA, L.; BASTOS, F. I. Resposta à pandemia de HIV/AIDS no Brasil: avanços e desafios. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 37, 2021.

GUIMARÃES, M. D. C.; CASTRO, A. R. Educação e vulnerabilidade ao HIV: análise de políticas públicas. *Educação & Realidade,* v. 42, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to.html . Acesso em: 4 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades Superintendência de Vigilância em Saúde 141 Saúde Tocantins 2023 Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdadessociais- por-cor-ou-raca.html? =&t=downloads. Acesso em: 20 jan. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Objetivo 3: Saúde e bem-estar. IPEA, s.d. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html . Acesso em: 4 out. 2024.

PAIVA, VAYRES, J. R. C. M. BUCHALLA, C. M. Vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS: desafios contemporâneos. *Revista de Saúde Pública,* v. 52, 2018.

PREFEITURA DE PALMAS. Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Territórios, unidades de saúde e áreas de abrangências das equipes ESF, NASF e ECR.

2018. Disponível em: https://gazetadocerrado.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Abrangencias-por-Equipes-e-Unidades-de-Sa%C3%BAde.pdf . Acesso em: 9 jul. 2023.

SILVA, L. O.; LIMA, M. G. Sexualidade e envelhecimento: desafios para a prevenção do HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,* v. 24, 2021.

SILVA, V. C. M. Homens que fazem sexo com homens e a hepatite C: Prevalência e fatores de risco em 12 capitais brasileiras. 2023. Tese (Doutorado) – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2023.

LEVAR A SAÚDE ONDE É PRECISO: EXPERIÊNCIA DE VACINAÇÃO

BRINGING HEALTHCARE CLOSER: EXTRA MURAL VACCINATION IN PALMAS-TOCANTINS.

Resumo: A pesquisa relata a vivência de uma residente nas ações extramuros em Palmas, Tocantins com foco na experiência de uma residente em enfermagem. O estudo, de natureza qualitativa, descreve a participação da residente em ações de vacinação fora das unidades de saúde, como escolas, eventos e empresas. O objetivo principal foi avaliar a contribuição dessas ações para o aumento da cobertura vacinal e a promoção da saúde pública. As campanhas extramuros foram eficazes em alcançar grupos populacionais que, por diversos motivos, não procuravam os serviços de saúde. A comunicação clara e empática com a população foi fundamental para superar resistências e mitos relacionados à vacinação. A experiência prática da residente permitiu aprofundar seus conhecimentos sobre a importância da vacinação e o papel da enfermagem na promoção da saúde. As ações de vacinação extramuros se mostraram uma estratégia valiosa para ampliar o acesso à imunização e fortalecer o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde.
Palavras-chave: Vacinação. Extramuro. Promoção da Saúde.

Abstract: The research analyzed the effectiveness of outreach vaccination campaigns in Palmas, Tocantins, focusing on the experience of a nursing resident. The qualitative study describes the resident's participation in vaccination activities outside of health units, such as schools, events, and businesses. The main objective was to evaluate the contribution of these actions to increasing vaccination coverage and promoting public health. The outreach campaigns were effective in reaching population groups who, for various reasons, did not seek health services. Clear and empathetic communication with the population was fundamental to overcome resistance and myths related to vaccination. The resident's practical experience allowed her to deepen her knowledge about the importance of vaccination and the role of nursing in health promotion. The outreach vaccination actions proved to be a valuable strategy to expand access to immunization and strengthen the bond between the community and health services.
Keywords: Vaccination. Outside the walls. Health promotion

Introdução

A vacinação é amplamente reconhecida como um pilar fundamental da saúde pública, contribuindo significativamente para a prevenção e controle de doenças infecciosas. No contexto brasileiro, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem desempenhado papel vital na promoção da saúde da população, por meio da disponibilização de vacinas eficazes e seguras. No entanto, diante das mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, bem como dos desafios logísticos e

comunicacionais, é inegável conduzir uma análise abrangente da efetividade do programa. (DOMINGUES, 2020).

Em 1973, foi estabelecido o PNI com o propósito de coordenar as iniciativas de vacinação no país, até então fragmentadas e intermitentes. No entanto, somente em 1975, as responsabilidades do programa foram oficialmente definidas. Estas englobam a implementação e execução de campanhas de vacinação obrigatória, bem como o fornecimento de assistência técnica e recursos financeiros para a implementação de programas de imunização em conformidade com critérios predefinidos (SILVA, 2021).

Nesse contexto, o programa viabilizou a implementação de diversas estratégias inovadoras que, de forma integrada, promovem tanto a uniformidade do calendário vacinal quanto a expansão da cobertura vacinal. Destaca-se o acompanhamento individualizado dos usuários e a eficiência das ações pela equipe de saúde, sendo uma referência mundial.

A queda da cobertura vacinal no contexto atual é evidente, sendo totalmente reconhecida pelos especialistas como resultado de diversos fatores, entre eles a insuficiência de informações e a ausência de ações organizadas (ALENCAR, 2023).

Em Palmas Tocantins segundo informações retirada do DataSus a cobertura vacinal em relação os seguintes imunizantes: BCG, Rotavírus Humano , Meningococo C , Hepatite B , Penta , Poliomielite , Febre Amarela , Hepatite A , Tríplice Viral D1 , Tetra Viral(SRC+VZ) , DTP, de uma série histórica de 2018 a 2022 é de 75,47, sendo o patamar preconizado pelo Ministério da Saúde é de 95 (DATASUS, 2023).

Uma estratégia muito utilizada no município de Palmas Tocantins é a vacinação extramuro, que pode ocorrer tanto em ambientes públicos como, por exemplo, em shoppings, escolas, eventos de massa e feiras e em parcerias com empresas privadas que solicitam esse serviço para o município. Essa estratégia objetiva aumentar as coberturas vacinais que com o passar dos anos vem demonstrando tendência de redução.

A vacinação é reconhecida como um dos principais métodos de prevenção de mortes no mundo atualmente, além de oferecer uma excelente relação custo-benefício. As campanhas de vacinação no Brasil permitiram que diversas doenças evitáveis fossem controladas ou até mesmo erradicadas, como ocorreu com a varíola

(PENA,2024). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os programas de vacinação essenciais para garantir o exercício do direito fundamental à saúde física e mental, ressaltando sua importância (World Health Organization, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o alicerce do Sistema Único de Saúde(SUS), atuando como coordenadora do cuidado e porta de entrada para os serviços. Ela é responsável por oferecer serviços de qualidade, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde da população. Além disso, a APS desempenha um papel crucial na imunização, sendo o principal local onde as vacinas são aplicadas e as campanhas são realizadas, contribuindo para o controle das doenças imunopreveníveis (HOLANDA,2022).

Esse espaço de imunização também se torna um campo rico de aprendizado para a formação acadêmica de várias profissões por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde, uma formação com nível de pós-graduação Lato sensu, direcionada às profissões da área da saúde, como Medicina, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme Resolução CNS no 287/1998 (BRASIL, 1998). Em 2005, com a lei 11.129, foi regulamentada e instituída a Residência como programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005).

Esta Lei estabelece regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de dois anos, sendo 80% da carga horária desenvolvida em atividades práticas e com 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas. A residência se apresenta como oportunidade significativa de aprendizado e transformação, possibilitando que os serviços de saúde repensem suas práticas profissionais (SILVA,NATAL, 2019).

Diante do exposto, este trabalho objetiva relatar a experiência de uma residente enfermeira do programa de saúde coletiva sobre as ações de vacinação extramuros realizadas no município de Palmas, Tocantins, destacando contribuições para o aumento da cobertura vacinal e a promoção da saúde pública.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de natureza qualitativa, sendo um relato de experiência, que descreve vivências individuais ou coletivas, geralmente sem o rigor metodológico de uma pesquisa original. No entanto, podem surgir de pesquisas, como ao relatar a aplicação de uma nova metodologia ou intervenção. A justificativa teórica, a descrição detalhada dos procedimentos (quando, onde, como e quem) é a análise dos resultados são essenciais para que outros possam replicar a experiência ou se inspirar nela. Embora não exijam aprovação em comitê de ética, é fundamental respeitar os princípios éticos da pesquisa (CASARIN,2021).

Este relato tem como objetivo descrever a minha experiência durante a realização de atividades de vacinação extramuros organizadas pela Central Municipal de Rede de Frios (CEMURF) do município de Palmas, Tocantins essas ações ocorreram de forma ocasionais de acordo com a demanda solicitada no ano de 2024. A participação nesse processo permitiu uma imersão no dia a dia da equipe de imunização, compreendendo a logística, os desafios e as recompensas envolvidas na execução de campanhas de vacinação.

Essas ações eram organizadas pela coordenação da central municipal de rede de frio do município (CEMURF), que aconteceram de forma programada em escolas municipais, evento de massa, empresa privadas, departamento de trânsito estadual, onde durante a ocorrência das ações era realizada a análise dos cartões ou analisado o esquema vacinal através dos sistemas SI-PNI, PEC/Esus, e MEU SUS, sendo realizada a administração do imunizante de forma individual pela residente seguindo o esquema vacinal de cada paciente.

Nessas ações as vacinas foram disponibilizadas, hepatite B, DT, Meningocócica ACWY, HPV, influenza e covid. A fim de garantir o bem-estar dos pacientes, após a imunização, foram detalhadas as possíveis reações a cada vacina e as medidas de alívio, como o uso de compressa fria, visando esclarecer dúvidas e promover o cuidado adequado e orientação de onde procurar o imunizante que não estava disponível durante a ação, esses momentos tinham em média 4 h de duração. Após a descrição do relato, as informações foram discutidas com a literatura. Este estudo dispensa

aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados e Discussões

As ações ocorreram nos horários e dias que eram acordados com as instituições que fizeram a solicitação dessas ações extramuros, em média foram realizados entre 20 a 40 atendimentos. Ao se iniciar as ações era notória a apreensão de algumas pessoas, por medo devido a traumas do passado em relação a vacinas, as notícias equivocadas sobre,no decorrer dos anos.

O Brasil, tradicionalmente um país com alta cobertura vacinal, viu ressurgir em 2020, durante a pandemia de COVID-19, um movimento antivacina que, embora tenha raízes históricas, como a Revolta da Vacina de 1904, ganhou novas forças e características (FERNANDES,2021). Quando analisamos a situação vacinal de cada usuário, vários precisavam tomar mais de um imunizante no mesmo dia para atualizar o calendário vacinal, e isso trouxe muitos questionamentos sobre, se teria um efeito adverso em tomar mais de uma vacina no mesmo dia, se haveria algum problema na região da aplicação.

> A vacinação simultânea consiste na administração de duas ou mais vacinas na mesma visita à sala de vacinação. De um modo geral, as vacinas do calendário de vacinação podem ser administradas na mesma oportunidade sem que ocorra interferência na resposta imunológica, exceto na administração da vacina febre amarela com vacinas com os componentes sarampo, caxumba e rubéola (vacinas tríplice viral e tetraviral) em crianças menores de 2 anos de idade (BRASIL, 2024, p. 157)

O diálogo nessas horas foi de suma importância para a conscientização e esclarecimento de todo o processo de imunização e cuidados na região da aplicação do imunizante. A efetividade das ações de promoção à saúde depende diretamente do envolvimento do público. Ao participar ativamente, as pessoas se empoderam para cuidar de si e assumem o protagonismo nas decisões que impactam sua saúde e bem-estar (MACHADO, 2021)

Essa forma de estratégia que está dentro do PNI, demonstrou a eficácia da vacinação e a importância de complementar a teoria com a prática na formação durante

a residência. A experiência prática permitiu que a residente vivenciasse de forma concreta os conceitos aprendidos durante as unidades educacionais que estão dentro do conteúdo programático da residência em saúde coletiva, contribuindo para uma formação mais completa e significativa. A vacinação extramuros, que inclui a imunização em domicílios, instituições de longa permanência, espaços públicos e locais previamente autorizados, é uma estratégia importante para ampliar o acesso à vacinação e fortalecer o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde (BRASIL, 2023).

De certa forma esse planejamento facilitou a ampliação da cobertura vacinal no município de Palmas-TO, para a residente a experiência foi extremamente positiva, enriquecendo o conhecimento sobre a técnica de vacinação e a relevância da comunicação clara e empática com os pacientes. A comunidade, por sua vez, se beneficiou com a atualização do cartão vacinal e a redução do risco de disseminação de doenças.

Considerações Finais

As ações de vacinação extramuros realizadas demonstraram ser uma estratégia eficaz para ampliar o acesso à imunização e fortalecer o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde, corroborando com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Ao levar a vacinação para além das unidades de saúde, foi possível alcançar grupos populacionais que, por diversos motivos, enfrentam dificuldades em buscar os serviços de saúde.

A experiência prática proporcionada pela residência em saúde coletiva permitiu vivenciar a importância da comunicação clara e empática na superação de resistências e mitos relacionados à vacinação, especialmente em um contexto marcado pela desinformação. O diálogo com a população foi fundamental para esclarecer dúvidas e construir confiança, contribuindo para a adesão aos esquemas vacinais.

A realização das ações extramuros evidenciou a necessidade de um planejamento cuidadoso e a importância da participação ativa da comunidade. Ao

envolver a população nas decisões que impactam sua saúde, promove-se o empoderamento e o protagonismo social, como apontado por Machado (2021).

A experiência também permitiu a identificação de desafios, como a necessidade de superar a resistência de alguns indivíduos à vacinação, decorrente de informações equivocadas e medos infundados. Nesse sentido, as ações de educação em saúde se mostram essenciais para a construção de uma sociedade mais vacinada e protegida.

Em conclusão, as ações de vacinação extramuros representam uma importante ferramenta para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A experiência vivenciada durante a residência demonstra a relevância dessa estratégia para ampliar a cobertura vacinal e fortalecer os serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Referências

BRASIL. Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/manual-de-microplanejamento.pdf. Acesso em: 01 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações.
Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde
e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. – 2.ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.
294 p.: il.
Modo de acesso: World Wide Web:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_procedimentos_2edrev.pdf ISBN 978-65-5993-616-8. Acesso em: 04 fev. 2023

BRASIL. Resolução no 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias
profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Brasília, DF: Ministério da
Saúde, 1998.

CASARIN, Sidnéia Tessmer; PORTO, Adrize Rutz. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações/Experience Report and Case Study: some considerations. Journal of nursing and health, v. 11, n. 4, 2021.

DATASUS. tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?bd_pni/cpnibr.def . Acesso em set. 2023.

DE ALENCAR, João Paulo Gonçalves. Vacina começa com “V” de verdade. Revista Ceará Científico, v. 2, n. 2, p. 21-27, 2023.

DOMINGUES, C. M. A. S. et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00222919, 26 out. 2020.

FERNANDES, Tania Maria; PINHEIRO, Vanêssa Alves. Negação e Negacionismo no Brasil: vacinas antivariólica e anti-covid-19 . Ponta de Lança: Revista Eletrônica de História, Memória & Cultura, São Cristóvão, v. 15, n. 29, p. 14–36, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufs.br/pontadelanca/article/view/16496. Acesso em: 10 jan. 2025.

HOLANDA, Wanessa Tenório Gonçalves; OLIVEIRA, Silvano Barbosa de; SANCHEZ, Mauro Niskier. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 1679-1694, 2022.

MACHADO, F. C. de A. .; DA SILVA MOURA , A. F.; CABRAL TEIXEIRA, Y. .; DANTAS CAMPELO, M. C. .; MEDEIROS DA ROCHA NETO, A. . .; FREIRE OLIVEIRA, K. V. .; MACEDO E MEDEIROS, Y. K. . EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA SENSIBILIZAR ADOLESCENTES ESCOLARES PARA A VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMA VÍRUS HUMANOS . Revista Ciência Plural, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 177–195, 2021. DOI: 10.21680/2446-7286.2021v7n2ID22015. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/22015. Acesso em: 10 jan. 2025.

PENA, SUSANA BEATRIZ DE SOUZA; DANTAS, JAMES DE SOUSA; DOS SANTOS, MARIANA SILVA. I MOSTRA DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM IMUNIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM DIA “D” DE IMUNIZAÇÃO COM CRIANÇAS INDÍGENAS.

SILVA, C. D. G. et al. Avaliação do programa de imunização em região de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil / Evaluation of the immunization program in the health region of Fortaleza, Ceará, Brazil. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 3801–3815, 26 fev. 2021.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois
programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, v. 17,
2019.

World Health Organization (WHO). Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind [Internet]. 2020. [cited 2021 Jan 14]. Available from: https://www.who.int/immunization/immunization_agenda_2030/en/

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

AVALIAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE DOSES DE VITAMINA A EM PALMAS-TO NO PERÍODO DE 2019 A 2023

EVALUATION OF VITAMIN A DOSAGE ADMINISTRATION IN PALMAS-TO FROM 2019 TO 2023

EVALUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE DOSIS DE VITAMINA A EN PALMAS-TO DEL 2019 AL 2023

Jessyka Batista Silva Pinheiro

Pós-graduanda em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). E-mail: jessykapinheironutri@gmail.com | Orcid.org/0009-0001-5081-6919

Marta Maria Malheiros Alves

Mestre em Ciência da Saúde Universidade Federal do Tocantins (UFT). Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). E-mail: martammalheiros@yahoo.com.br | Orcid.org/0000-0003-4191-1735

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

Como citar este artigo:

PINHEIRO, S. B. J; ALVES, M. M. M. Avaliação da administração de doses de Vitamina A em Palmas -TO no período de 2019 a 2023. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

RESUMO:

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A visa reduzir a hipovitaminose A por meio da suplementação profilática. Este estudo avalia a cobertura do programa em crianças de 6 a 59 meses em Palmas-TO, entre 2019 e 2023. Utilizando dados do Sistema e-SUS, Assistência Farmacêutica (AF) e planilhas da área técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), foi realizado um estudo transversal. Foram incluídas 9.274 crianças em oito territórios de saúde, totalizando 14.809 doses administradas. A cobertura foi de 18,26% no grupo de 6 a 11 meses, bem abaixo da meta de 100%, com mais de 80% das crianças nessa faixa etária não recebendo a dose recomendada. Para crianças acima de 12 meses, a cobertura caiu para menos de 7% e abaixo de 2% após os 18 meses. Os territórios com maior população cadastrada administraram mais doses, destacando-se o Território de Saúde Norte 02. Segundo dados AF e ATAN dos 75.050 frascos de vitamina A distribuídos, 97,13% foram administrados. As variações nos dados comprometem a gestão dos serviços e a identificação das necessidades de saúde. É fundamental fortalecer o PNSVA com capacitação, atendimento de qualidade e um sistema de saúde robusto.

Palavras-chave: Vitamina A. Suplementação Nutricional. Sistema de Informação.

ABSTRACT:

The National Vitamin A Supplementation Program aims to reduce vitamin A deficiency through prophylactic supplementation. This study evaluates the program's coverage among children aged 6 to 59 months in Palmas-TO from 2019 to 2023. Using data from the e-SUS System, Pharmaceutical Assistance (AF), and spreadsheets from the Technical Area of Food and Nutrition (ATAN), a cross-sectional study was conducted. A total of 9,274 children across eight health territories were included, with 14,809 doses administered. Coverage was 18.26% in the 6 to 11-month age group, significantly below the target of 100%, with over 80% of children in this age range not receiving the recommended dose. For children over 12 months, coverage dropped to less than 7%, and below 2% after 18 months. Territories with larger registered populations administered more doses, particularly the North Health Territory 02. According to AF and ATAN data, of the 75,050 bottles of vitamin A distributed, 97.13% were administered. Variations in the data hinder service management and the identification of health needs. It is essential to strengthen the PNSVA with training, quality care, and a robust health system.

Keywords: *vitamin A. Nutritional Supplementation. Information System.*

RESUMEN:

El Programa Nacional de Suplementación de Vitamina A busca reducir la hipovitaminosis A a través de la suplementación profiláctica. Este estudio evalúa la cobertura del programa en niños de 6 a 59 meses en Palmas-TO, entre 2019 y 2023. Utilizando datos del Sistema e-SUS, Asistencia Farmacéutica (AF) y hojas de cálculo del Área Técnica de Alimentación y Nutrición (ATAN), se realizó un estudio transversal. Se incluyeron 9,274 niños en ocho territorios de salud, totalizando 14,809 dosis administradas. La cobertura fue del 18.26% en el grupo de 6 a 11 meses, muy por debajo de la meta del 100%, con más del 80% de los niños en este rango de edad sin recibir la dosis recomendada. Para los niños mayores de 12 meses, la cobertura cayó a menos del 7% y por debajo del 2% después de los 18 meses. Los territorios con mayor población registrada administraron más dosis, destacándose el Territorio de Salud Norte 02. Según los datos de AF y ATAN, de los 75,050 frascos de vitamina A distribuidos, el 97.13% fueron administrados. Las variaciones en los datos comprometen la gestión de los servicios y la identificación de las necesidades de salud. Es fundamental fortalecer el PNSVA con capacitación, atención de calidad y un sistema de salud robusto.

Palabras clave: *Vitamina A. Suplementación nutricional. Sistema de Información.*

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

INTRODUÇÃO

Os distúrbios nutricionais compreendem quaisquer alterações do estado nutricional e de ingestão alimentar, podem ser atribuídos a diversas causas sendo mais comumente encontrados no período da infância. Têm maior predominância nos países de média, baixa renda e em desenvolvimento, onde a carência de nutrientes – em especial de micronutrientes, se torna fator de risco à saúde e a qualidade de vida de grupos vulneráveis, como crianças na fase pré-escolar (Martins, et al., 2007).

A vitamina A é um importante micronutriente que auxilia no crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Atua na manutenção da visão e mucosas, no adequado funcionamento do sistema imunológico, e como barreira de proteção no combate a infecções, sendo essencial um aporte adequado para redução da morbimortalidade infantil (Brasil, 2004).

A deficiência de vitamina A (DVA) está associada a fatores sociais, econômicos e hábitos alimentares inadequados que contribuem de forma significativa na carência deste micronutriente por meio da ingestão insuficiente de vitamina A atribuídas ao baixo consumo de produtos de origem animal, de frutas e hortaliças ricas em pró-vitamina A (Brasil, 2007). Além disso, a carência de vitamina A também é relacionada a falta ou interrupção do aleitamento materno que é preconizado de forma exclusiva até o sexto mês e continuada até os dois anos ou mais, devido ao teor de nutrientes, incluindo a vitamina A, que são especialmente adequados para o sistema digestivo e metabólico da criança (Accioly, 2009). Assim, a prática do aleitamento materno também constitui como um meio de proteção contra a deficiência de vitamina A.

A hipovitaminose pode ser causada também devido ao atual cenário da população brasileira, marcado pelo processo de transição nutricional devido às mudanças vivenciadas no perfil demográfico e epidemiológico do país, atribuídas a mudanças no perfil do consumo alimentar, visto o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados na infância, caracterizado como alimentos hipercalóricos, com baixa qualidade nutricional (Santos, 2021).

Em países onde há maior prevalência da carência desse nutriente, a hipovitaminose A é tida como problema de saúde pública, e são incentivados programas de suplementação da vitamina A em altas doses como forma de estratégia no combate à mortalidade infantil (Organização Mundial da Saúde, 2013).

No Brasil, a Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005 institui o Programa Nacional de Suplementação de vitamina A (PNSVA), com objetivo de redução e controle da deficiência desse micronutriente em crianças de 6 a 59 meses e puérperas no pós-parto antes da alta hospitalar. A região Nordeste está incluída desde a década de 80, já os estados que compõe a Amazônia Legal começaram a fazer parte no ano de 2010, e em 2012 através da Ação Brasil Carinhoso, houve uma expansão para todos os municípios da Região Norte, Centro-Oeste, Sul e Sudeste e regiões distritais indígenas (Brasil, 2013).

Os dados mais elevados de prevalência de deficiência de vitamina A no País, encontra-se nas regiões Centro-Oeste (9,5%), Sul (8,9%) e Norte (8,3%) entre crianças de 6 a 59 meses segundo macrorregiões com piores condições de distribuição econômica dos domicílios (Brasil, 2020).

Em Palmas-TO, a suplementação de vitamina A é realizada pelos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família (USF), em seguida, adicionado na caderneta da criança e no sistema e-SUS para planejamento, avaliação e monitoramento do PNSVA. Os dados de administração da vitamina são migrados para o Sistema Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e acompanhados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), por meio da Área Técnica de Alimentação Nutrição (ATAN).

O município de Palmas possui 34 Unidades de Saúde da Família (USFs), distribuídas em 8 territórios (Norte 1- USF Arno 71, Arne 53 e 64 e Arse 13, Norte 2 - USF Arno 33, 41 e 42, 44, 61, Central 1- Arso 23, 41, Arse 24 e Buritirana , Central 2 - Arse 75, 82, 101, 131 e Taquaruçu grande, Central Sul - Arso 111, Arse 122 e Aureny III, Sul 1- Aureny I, II, III e IV, Sul 2 - Lago sul, Taquari e Santa Bárbara, Sul 3 - Morada do Sol, Santa fé, Setor sul, Bela Vista e Taquaruçu). Esta divisão por territórios de saúde teve início a partir da instituição da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS Palmas), em 2016, como forma de reconhecer as demandas e necessidades das comunidades, na reorganização dos serviços, entre outras (Bastos, 2017).

A partir dos territórios podem ser compreendidos processos e tendências que podem ajudar a diagnosticar o contexto e as situações de risco social. Ter essas informações permite o acompanhamento adequado das ações realizadas, a reformulação das ações, a busca de parcerias intersetoriais e a cooperação com todos os setores da sociedade,

incorporando efetivamente o controle social nas ações sobre o território (Rigotto; Augusto, 2007).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) apresenta dados sobre o diagnóstico nutricional de crianças menores de 5 anos no município de Palmas-TO, no ano de 2022, que dentre 10.644 crianças, 18,9% apresentaram risco de sobrepeso, 8,6% sobrepeso e 5,8% obesidade. O diagnóstico de magreza ficou em 3,5% e magreza acentuada 2,5% (Brasil, 2023). Esse cenário confirma a importância de apresentar dados sobre o nível de cobertura das doses de vitamina A, sendo ponto de apoio no desenvolvimento de ações que visam o enfrentamento e prevenção da carência de vitamina A em territórios de saúde mais vulneráveis. Assim, foi o objetivo deste estudo analisar a cobertura do Programa de Suplementação de Vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade no município de Palmas-TO.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado para avaliar a administração da vitamina A em crianças de 6 a 59 meses nos territórios de saúde de Palmas-TO entre 2019 e 2023. A amostra incluiu 9.274 crianças vinculadas à Unidade de saúde. Os dados foram coletados no sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS AP), complementados por planilhas da Área Técnica de Alimentação e Nutrição e do Centro de Abastecimento Farmacêutico, referentes ao período de março.

Incluíram-se crianças com doses registradas no e-SUS no período do estudo, e a análise foi realizada no Microsoft Excel® 2016, com apresentação de frequências relativas e absolutas. O estudo utilizou dados anonimizados, apresentando baixo risco para os participantes. Os resultados obtidos visam subsidiar gestores e profissionais de saúde na tomada de decisões para ampliar a cobertura de suplementação de vitamina A e fortalecer a rede de assistência, contribuindo para a prevenção da hipovitaminose A e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde direcionadas à infância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A está implantado nas 34 Unidades de Saúde da Família (100%) de acordo com os dados analisados.Os resultados deste estudo apontam que 14.809 doses de vitamina A foram administradas

nos oito (8) territórios de saúde entre as 9.274 crianças vinculadas, dentro da faixa etária preconizada de 6 a 59 meses.

Ao verificar as doses de vitamina A registradas pelo sistema e-SUS em menores de cinco anos, observou-se que o maior percentual (18,26%) de cobertura do PNSVA aparece no grupo de crianças de 6 a 11 meses de idade. No entanto, mesmo nessa faixa etária, a cobertura apresenta-se muito abaixo da meta recomendada pelo programa, que é 100%, agravando-se mais com o avançar da idade da criança. Além disso, vale destacar que mais de 80% das crianças de 6 a 11 meses não receberam nenhuma dose de vitamina A conforme preconizado. Observa-se, ainda, que a partir dos 12 meses de idade a cobertura encontra-se abaixo dos 7%, sendo as piores coberturas presentes a partir de 18 meses de idade (percentuais inferiores a 2%) (Tabela 01).

Tabela 01 – Frequência de doses de vitamina A por faixa etária de crianças registradas no e-SUS nas Unidades de Saúde de 2019 a 2023. Palmas, Tocantins, Brasil.

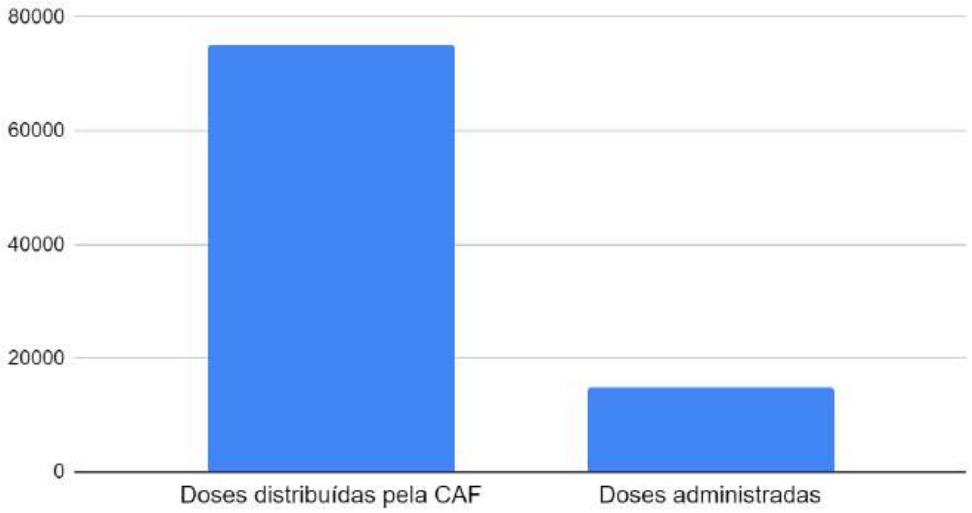
		Doses recebidas (%)									
Idade da criança em (meses)	Doses recomen-dadas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6-11	1	80,86	**18,26**	0,04							
12-17	2	60,28	33,01	**6,52**	0,17						
18-23	3	57,96	31,13	9,63	**1,13**	0,13					
24-29	4	55,86	30,36	10,71	2,78	**0,22**	0,04				
30-35	5	45,85	30,00	15,67	6,33	1,70	**0,44**				
36-41	6	45,87	29,24	15,96	6,27	1,87	0,67	**0,09**			
42-47	7	47,26	27,74	14,33	7,11	2,38	0,73	0,32	**0,09**		
48-53	8	44,61	26,97	17,04	6,97	2,86	1,06	0,41	0,00	**0,05**	
54-59	9	46,00	28,52	15,11	8,20	4,39	1,47	0,44	0,17	0,08	**0,04**

Fonte: Elaborado pela autora/Sistema e-SUS (junho/2024)

As informações disponibilizadas sobre administração de doses de vitamina A em crianças de 6 a 11 meses são, geralmente, superiores aos dados apresentados referentes às crianças de 12 a 59 meses. Essa cobertura mais elevada pode estar relacionada aos contatos rotineiros com os serviços disponibilizados pela Atenção primária, sendo um exemplo comum a vacinação para essa faixa etária.

É importante ressaltar, que o quantitativo administrado presente no Sistema e-SUS possui conflito de informações quando comparados a distribuição realizada pelo Centro de Atendimento Farmacêutico (CAF). Na consulta às planilhas, essa distribuição soma um total de 75.050 doses enviadas as 34 Unidades de saúde dos 8 territórios de saúde presentes no município (Figura 01).

Figura 01 - Diferença entre doses de vitamina A distribuídas e doses administradas por unidade de vínculo no município de Palmas-TO nos anos de 2019 a 2023



Fonte: Elaborado pela autora, CAF e E-sus.

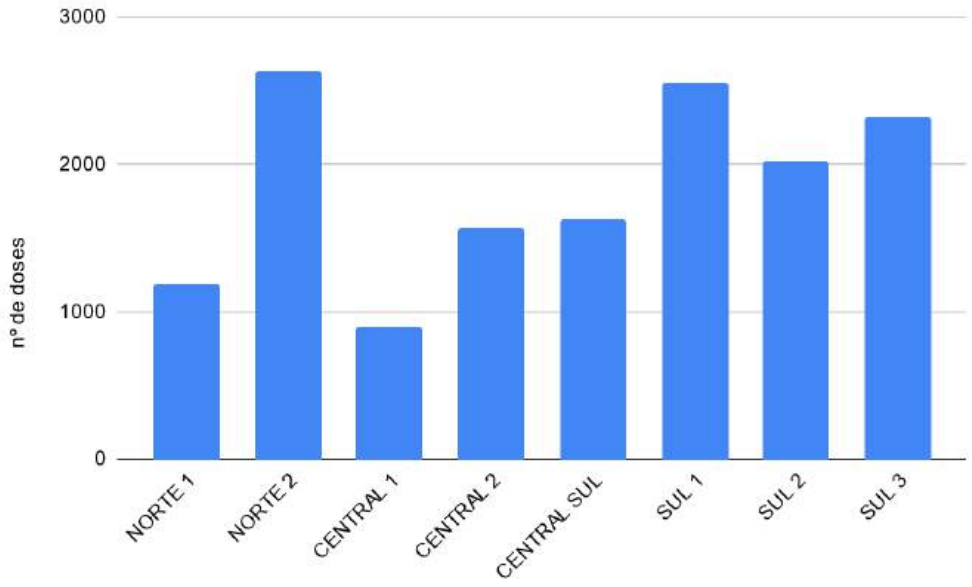
Essa defasagem de dados entre doses distribuídas e administradas mostra a falha no fluxo de informações durante o preenchimento pelo profissional responsável no sistema e-SUS, sendo um gargalo que necessita de atenção e estratégias sobre a importância dessa política e a confiabilidade gerada pelo dado fornecido no sistema, para que a informação não seja perdida durante o processo e a real situação ocultada.

Existem desafios relacionados ao processo de trabalho fragmentado, à irregularidade da suplementação, à falta de padronização e à não efetivação das ações de educação alimentar e nutricional, que sugere a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde (Pedraza, 2020).

Os Territórios de saúde do município que possuem maior população cadastrada, também foram os que mais administraram doses, sendo destaque o Território de Saúde Norte 02, que apresentou o total de 17,80% das doses (n=2.634), seguida do Território Sul 01 com 17,25% (n=2.555), Sul 03 15,70% (n=2.326), Sul 02 13,63% (n=2.019),

Central Sul 11% (n=1625), Central 02 10,60% (n=1.565), Norte 01 8,04% (n= 1.191), Central 01 6,03% (n=894) (Figura 02).

Figura 02 - Doses de Vitamina A administradas em crianças de 6 a 59 meses nos Territórios de saúde nos anos 2019 a 2023 no município de Palmas-TO



Fonte: Elaborado pela autora

Apesar de existirem diferenças na cobertura de doses de vitamina A entre os territórios, a variação ocorre proporcionalmente ao que tange ao número populacional de crianças registradas na unidade de vínculo. Do total de doses distribuídas 100% (n=75050), apenas 19,73% (n=14.809) foram registradas no sistema e com isso não permite identificar a real cobertura em cada território. Ações de intervenção que reforçam a importância do Programa são essenciais na melhoria da qualidade dos serviços prestados, e ainda fortalece o comprometimento da comunidade com as ações implementadas, promovendo um desenvolvimento sustentável e inclusivo (Soares Filho et al., 2017).

A planilha de consolidado da Área técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) da Secretaria Municipal de Saúde apresentou números que corroboram aos encontrados na planilha de doses distribuídas pelo CAF, que no total 75.050 cápsulas, 97,13% (n= 72.899) foram administradas e apenas 2,90% (n= 2.151) podem estar relacionadas a motivos de vencimento, perda, utilização indevida, acondicionamento inadequado, extravio ou violação do frasco (Figura 03).

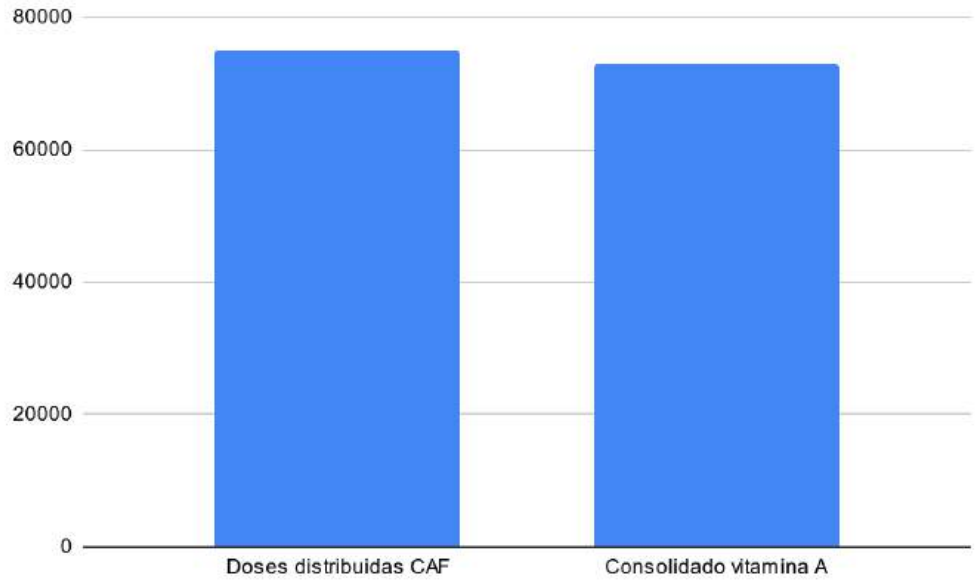
O documento fornecido pela área técnica apesar de revelar tais informações, mostra-se incompleto e desatualizado. O preenchimento inadequado ou mesmo a falta dele leva a resultados insatisfatórios que podem distorcer a compreensão do verdadeiro cenário.

Segundo Miranda et al. (2021), cabe aos municípios a capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde, com o intuito de implementar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, e ainda destaca a importância do esforço colaborativo contínuo entre estado e município para fortalecer a formação desses profissionais e, assim, prevenir a carência nutricional da população.

Observa-se que a falta ou falha na capacitação pode contribuir no preenchimento inadequado dos registros no sistema da Atenção Primária à Saúde comprometendo a qualidade das informações que chegam à área técnica, resultando em documentos incompletos que não refletem a realidade da suplementação. Essa lacuna na documentação impede uma análise precisa das necessidades nutricionais da população, dificultando a identificação de áreas que necessitam de intervenção e planejamento adequado.

De acordo com Lima et al. (2024), é essencial capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde e gestores para aprimorar a qualidade e a integridade dos registros de saúde. Uma abordagem abrangente que leve em consideração os diferentes aspectos organizacionais, sociopolíticos, financeiros e de infraestrutura dos sistemas de informação em saúde é crucial para garantir que a realidade epidemiológica seja representada de forma precisa.

Figura 03 - Quantitativo de doses distribuídas pelo CAF e Consolidado de Vitamina A da ATAN nos anos de 2019 a 2023 no município de Palmas-TO



Fonte: Elaborado pela autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A suplementação de doses de Vitamina A contribui significativamente para a melhoria do estado nutricional das crianças, ao garantir que recebam doses adequadas dessa vitamina, combatendo deficiências nutricionais e promovendo o desenvolvimento saudável.

Dessa forma, a eficácia do PNSVA depende de um sistema eficiente de distribuição e monitoramento, bem como de ações de sensibilização da população sobre a importância da suplementação e ainda dos profissionais que administram as doses e informam os sistemas. A continuidade e a expansão desse programa são essenciais para assegurar que todas as crianças tenham acesso a esse nutriente vital, promovendo não apenas sua saúde, mas também seu futuro.

A partir do exposto, a variação de dados obtidos na pesquisa pode ser atribuída por diversos fatores, como mudanças na demanda, problemas logísticos, campanhas de vacinação, políticas de saúde pública, ou eventos inesperados como pandemias.

É importante destacar que, a fragilidade dos sistemas de saúde se torna evidente quando os profissionais não preenchem adequadamente os dados necessários para o seu funcionamento. A documentação precisa e completa é fundamental para a gestão eficaz dos serviços de saúde, pois permite o monitoramento da qualidade, a avaliação de resultados e a tomada de decisões informadas. Quando as informações são escassas ou imprecisas, surgem lacunas que podem comprometer o atendimento ao paciente, dificultar a identificação de necessidades de saúde e prejudicar a alocação de recursos. Além disso, a falta de dados impacta negativamente pesquisas e inovações, limitando a evolução dos tratamentos e práticas de saúde.

Assim, o fortalecimento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A é um investimento crucial na saúde pública, com impactos positivos que se estendem por toda a sociedade, mas que precisa ser visto com seriedade e compromisso para garantir uma implementação bem-sucedida.

Portanto, é essencial que haja um comprometimento por parte dos profissionais de saúde em registrar informações de forma rigorosa e consistente. Investir em treinamentos e em sistemas que facilitem a coleta de dados pode contribuir para a robustez do sistema de saúde, resultando em melhores resultados para a população. A integridade e a confiabilidade dos dados são pilares fundamentais para a construção de um sistema de saúde resiliente e eficaz, principalmente no que tange a saúde do público infantil.

Agradecimentos

À Deus e aos meus familiares, em especial ao meu pai e à memória da minha mãe, Hilza Batista Silva.

Referências Bibliográficas

ACCIOLY, E.; SAUNDES, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica Guanabara, 2009; 649p.

BASTOS, W. M. **Características sociodemográficas e epidemiológicas da Hanseníase do município de Palmas - Tocantins** / Whisllay Maciel Bastos -- Salvador: W.M.Bastos, 2017, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carências e micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: **Resultados preliminares – Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A entre crianças brasileiras de 6 a 59 meses**. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 28 p. Disponível em: < https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/ >. Acesso em : 11 ago 2023.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 ago 2023.

BRASIL. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. Relatórios de acesso público [internet].Disponível em: < https://sisaps.sude.gov.br/sisvan/relatorio publico/index/ >. Acesso em: 08 set 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Deficiência de Vitamina A**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/deficiencia-de- vitamina-a-2/>. Acesso em : 10 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manua l_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf>. Acesso em: 16 set 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF; 2010. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_ 12_2010.html > Acesso em: 18 set 2023.

DE LIMA, Gustavo Campos et al. Acesso e qualidade de bases de dados e sistemas de informações em saúde no Brasil: Revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 4, p. e8413445603-e8413445603, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45603>. Acesso em: 29 out 2024.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php /3049277/mod_resource/content/1/DIRETRIZES%20PARA%20A%20ELABORA%C 3%87%C3%83O%20DE%20UM%20PROJ%20PESQUISA.pdf> Acesso em: 20 set 2023.

MARTINS**,** M. C. et al. **Panorama das ações de controle da deficiência de vitamina A no Brasil. Revista de Nutrição,** v. 20, n. 1, p. 5-18, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/hNQK74Gww64TykPd86Gcc5t/?lang=pt >. Acesso em: 01 set 2023.

MIRANDA, W. D. de et al. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: educação alimentar e nutricional no contexto da Atenção Primária à Saúde. Cadernos Saúde Coletiva, v. 29, n. 4, p. 509-517, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/8FYVxzht3 NRP4crgkJDKnXQ/?lang=pt. Acesso em: 11 Out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz: Suplementação de vitamina A**

em bebês de 1-5 meses de vida. Genebra, OMS, 2013.

PEDRAZA, D. F. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras menores de 5 anos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 667-679, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300002. Acesso em: 03 Out. 2024.

RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniqüidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. [acessado em 10 de setembro de 2023]. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csp/a/xnzpDXGxpB5jQGfYcjNzSYH/?format=pdf&lang=pt >. Acesso em: 22 ago 2023.

SANTOS, S. M. ; ALMEIDA, M. A. I.; PAIXAO, M. P. C. Avaliação do consumo de processados e ultraprocessados, prática de atividade física e estado nutricional de crianças atendidas em uma clínica universitária de Vitória-ES. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.15. n.98.Suplementar 1p.1230-1247. Jan./Dez.2021.

SOARES FILHO, L. C. et al. Estratégia Saúde da Família e suplementação de vitamina A em crianças da região Cocais-MA. In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2017. Anais eletrônicos... Campinas: Galoá, 2017. Disponível em: https://proceedings.science/epi/trabalhos/estrategia-saude-da-familia-e-suplementacao-de-vitamina-a-em-criancas-da-regiao?lang=pt-br. Acesso em: 03 out. 2024.

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Análise da incompletude do preenchimento das notificações de hanseníase em Palmas, 2022 a 2023.

Analysis of the incompleteness of filling out leprosy notifications in Palmas, 2022 to 2023.

Jhon Cleyton Barbosa Campos[1], Fabiana Pires Rodrigues de Almeida Lopes[2], Marli da Silva Pimentel [3].

[1] Residente em Saúde Coletiva pela FESP/ULBRA. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5535-4944.

E-mail: jhoncleytonf7@gmail.com

[2] Mestre em Cieência em Saúde pela Universidade Federal do Tocantins. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0825-1627.

[3] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-1407-844X .

RESUMO

A hanseníase é uma patologia infectocontagiosa, tem longo período de latência clínica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* que afeta a pele e os nervos periféricos, podendo levar a incapacidades físicas e deformidades. A hanseníase compõe o cadastro de doenças de notificação compulsória em todo o território nacional. Este trabalho teve por objetivo analisar as fichas de notificação de pacientes nos anos de 2022 e 2023 em Palmas, observando se esses pacientes cumpriram as diretrizes estabelecidas durante todo o tratamento. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo e documental. Nesse período houve o registrou 1.197 novos casos de pessoas com hanseníase. Desses, 699 fichas não apresentaram o tipo de saída do paciente, 3 para o modo de entrada, 18 para forma clínica notificada, 23 para incapacidade no momento da notificação e tipo de incapacidade na cura do paciente 866 fichas e episódios reacionais 555. Campos ignorados na ficha de notificação representa uma limitação, impedindo uma análise mais acurada dos resultados. Torna-se essencial intensificar e fortalecer as ações de vigilância em saúde relacionadas à hanseníase, na tomada de decisões, a promoção de ações de saúde e a implementação de intervenções voltadas para a redução dos casos.

Palavras-chave: Descritor. Descritor. Descritor. Descritor. Descritor. (Mínimo 3 e Máximo 5)

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease, has a long period of clinical latency caused by the bacteria Mycobacterium leprae that affects the skin and peripheral nerves, which can lead to physical disabilities and deformities. Leprosy is part of the register of notifiable diseases throughout the national territory. This work aimed to analyze the notification forms of patients in the years 2022 and 2023 in Palmas, observing whether these patients complied with the guidelines established throughout the treatment. This is a quantitative, descriptive and documentary study. During this period, 1,197 new cases of people with leprosy were recorded. Of these, 699 records did not show the patient's type of exit, 3 for the entry mode, 18 for the reported clinical form, 23 for incapacity at the time of notification and type of incapacity in the patient's cure 866 records and 555 reactional episodes. Ignored fields in the notification form represents a limitation, preventing a more accurate analysis of the results. It is essential to intensify and strengthen health surveillance actions related to leprosy, in decision-making, the promotion of health actions and the implementation of interventions aimed at reducing cases.

Keywords: Descriptor. Descriptor. Descriptor. Descriptor. Descriptor. (Minimum 3 and Maximum 5)

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma patologia infectocontagiosa presente desde os primórdios da civilização e demorado período de latência clínica, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* que afeta a pele e os nervos periféricos, podendo levar a incapacidades físicas e deformidades (Nascimento *et al*., 2020).

Essa moléstia de caráter endêmico, inclui-se em um grupo de doenças tropicais negligenciadas, com grande endemicidade em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, a exemplo da Índia, Brasil e Indonésia que dispõe de baixo investimento para controlar a transmissão e concentram 75% das pessoas notificadas no mundo em 2020 (Mendes *et al.*, 2023).

O Brasil continua sendo o segundo país no mundo em número absoluto de casos novos diagnosticados, mesmo com a redução dos diagnósticos e notificações que ocorreram devido aos problemas operacionais causados pela pandemia da COVID-19 (Lanza *et al.*, 2021). Em 2020, o Brasil registrou 17.799 casos, obtendo a taxa de detecção de 7,10 casos por 100 mil habitantes. Já em 2021, dados apontam que o Brasil diagnosticou 15.155 casos novos de hanseníase, observa-se que o número de casos foi bem menor quando comparado ao ano anterior, no início da pandemia (Ministério Da Saúde, 2022)

A quantidade de casos em tratamento ao fim de 2021 foi de 22.426, com uma taxa de prevalência de 1,05 por 10 mil habitantes. Nos últimos anos, o Brasil apresentou uma redução de 30,4% na taxa de prevalência. Ainda em 2021, evidenciou-se maior redução da taxa de detecção geral, o que pode estar ligado à menor quantidade de diagnósticos realizados, causado pela sobrecarga dos serviços de saúde e pelas restrições durante a pandemia da covid-19 (Ministério Da Saúde, 2023).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a presença de casos novos da hanseníase constitui problema de saúde pública na maior parte dos estados brasileiros. O estado do Tocantins, que fica localizado na região Norte, ocupou a segunda posição entre as unidades federativas, com 47,97 casos novos por 100 mil habitantes, e sua capital, Palmas, registrou uma taxa de 79,78 casos por 100 mil habitantes, a maior entre as capitais do país.

A hanseníase compõe o cadastro de doenças de notificação compulsória em todo o território nacional, e essas notificações, são gravadas e administradas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), possibilitando assim, o registro dos

contatos domiciliares examinados e o acompanhamento do caso até seu término. As informações do Sinan são utilizadas no cálculo de indicadores que contribuem na compreensão do desempenho epidemiológico da doença e na operacionalização da assistência prestada aos infectados (Mendes, Oliveira e Schindler, 2023)

Tais informações devem ser registradas nas unidades de saúde (no prontuário do paciente e na ficha de acompanhamento do caso) e enviadas ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, através de um relatório de acompanhamento do caso. O fluxo e a periodicidade no envio dessas informações devem ser estabelecidos pela unidade federada, em conformidade com os procedimentos preconizados para o sistema de informação (Ministério Da Saúde, 2022).

O imperfeito cumprimento das informações contidas nas fichas de notificação impacta na geração de dados não confiáveis, o que contribui para o desconhecimento do processo de saúde-doença. Para tal finalidade, é necessário que esses dados sejam avaliados, analisados dentro da base de dados do SINAN quanto à completude dos campos. A palavra completude refere-se ao grau de preenchimento de campo analisado, medida pela proporção de notificações com campo preenchido com categoria distinta daquelas indicadoras de ausência do dado (Marques, Siqueira e Portugal, 2020).

Considerando que a hanseníase é uma doença crônica, incapacitante e de alta magnitude e hiperendêmica no município de Palmas, justifica-se a importância de se verificar a completude de preenchimento dos documentos obrigatórios de notificação e acompanhamento dos casos, bem como dos registros realizados pelos diversos profissionais durante o tratamento dos pacientes (Neves *et al*., 2018).

Este trabalho tem por objetivo analisar as informações geradas a partir dos registros na base de dados do SINAN nos anos de 2022 e 2023 em Palmas, a fim de identificar o cumprimento das diretrizes estabelecidas para o tratamento quanto sua completude.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo epidemiológico, feito a partir de informações de caráter retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa.

As informações foram pautadas em dados secundários no Sistema de Informação de Agravos e Notificações – SINAN-NET, englobando os meses de janeiro a dezembro dos anos de 2022 e 2023, tendo como população de estudo pacientes acometidos por hanseníase.

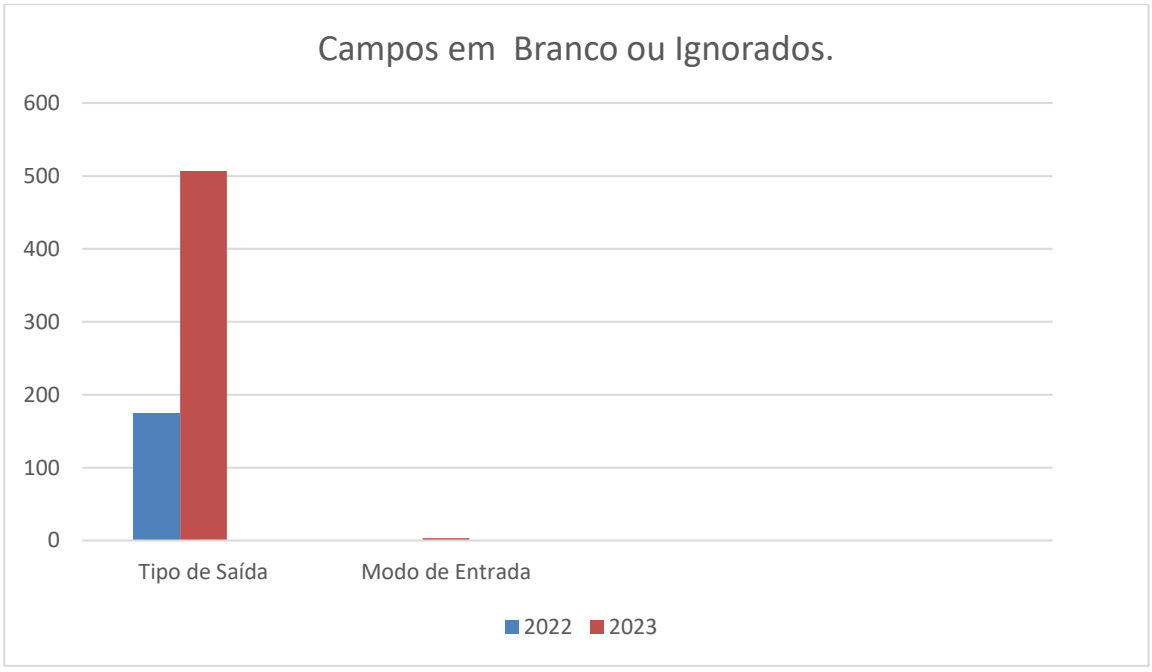
As variáveis utilizadas para a análise epidemiológica foram: tipo de entrada e saída; forma clínica no momento da notificação; avaliação da incapacidade no momento da notificação; episódio reacional e incapacidade na cura.

Os dados quantitativos foram consolidados em planilhas através do programa Microsoft Excel 2013 e, posteriormente, transcritos em gráficos, de modo a visualizar os fenômenos epidemiológicos de maior relevância

3. RESULTADOS

Entre 2022 e 2023 no município de Palmas, registrou 1.197 novos casos de pessoas com hanseníase. Desses, 699 fichas não apresentaram o tipo de saída do paciente, sendo que o ano de 2022, representou 25,03% e o ano de 2023, 72,24%. Enquanto o modo de entrada desses pacientes apresenta uma completude satisfatória, indicando somente 3 fichas com o campo em branco ao longo de período estudado.

Figura 1. Quantidade de fichas com campos em branco/ignorado referentes ao Tipo de Saída e Modo de Entrada nos anos de 2022 e 2023.



Fonte: DATASUS, SINAN, 2025.

O espaço forma clínica notificada, salientou 18 incompletudes dentro do espaço de tempo pesquisado (07 em 2022 e 11 no ano de 2023), e a avaliação da incapacidade no momento da notificação com 23 (14 no ano de 2022 e 09 em 2023) incompletudes. Quanto ao registro do tipo de incapacidade na cura do paciente 866 fichas ficaram com esse campo sem o devido preenchimento.

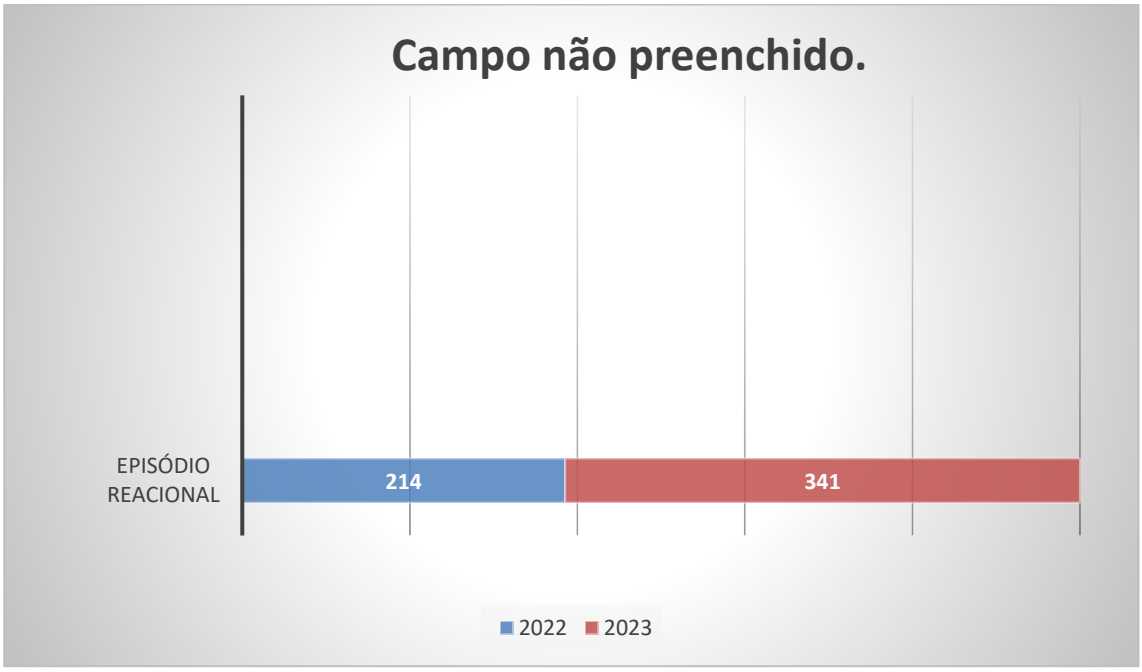
Tabela 1. Quantidade de campos brancos ou ignorados.

ANO	FORMA CLÍNICA	AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE	INCAPACIDADE NA CURA
2022	7	14	323
2023	11	9	563
TOTAL	18	23	866

Fonte: DATASUS, SINAN, 2025.

Quanto as informações sobre episódios reacionais dos pacientes em relação a medicação utilizada durante o tratamento, permaneceu vago em 555 fichas. Dando ênfase no ano de 2023, representando 61.44% dessa falta de registro.

Figura 2. Campo não preenchido referente aos episódios reacionais dos pacientes em tratamento.



Fonte: DATASUS, SINAN, 2025.

4. DISCUSSÃO

Em um estudo semelhante realizado no Estado de Rondônia foi apurado um número significativo de campos ignorados encontrados em alguns itens da ficha de notificação representou uma limitação no estudo, impedindo uma análise mais acurada de algumas variáveis. Os autores acreditam que o número de casos da doença seja ainda maior, devido à subnotificação, a qual impossibilita conhecer a real magnitude da doença (Vieira et al, 2014).

A ausência de preenchimento do campo "forma clínica" durante o período de estudo no município de Palmas corresponde a 1,50% de todos os casos. Em um trabalho realizado por Souza (2017), foi enfatizado a proporção de casos não classificados (19,62%), sendo o campo “forma clínica” não preenchido na notificação e/ou não lançado no SINAN. Esse mesmo autor afirma que a alta fração de campos ignorados e em branco, mostra a vulnerabilidade no registro das informações.

Em razão da hanseníase exibir progressão crônica, acontecimentos agudos, dominado de episódios reacionais, podem aparecer no decurso da doença ou após a cura. Essas reações não são efeitos colaterais da poliquiomioterapia (PQT), mas fenômenos imunológicos relacionados aos antígenos do Micobacterium Leprae, libertados durante a PQT e ocorrem de acordo com a capacidade do hospedeiro em identificá-lo (Paschoal e Soler, 2015).

Devido a toda relevância que um episódio reacional pode acarretar ao tratamento do usuário e aos múltiplos fatores que contribuem para o mesmo, torna-se importantíssimo o preenchimento correto desse espaço na ficha do mesmo (Paschoal e Soler, 2015). Em Palmas 46,36% dessas fichas, apresentaram esse indicador em branco ou ignorado.

Em outra pesquisa realizada em uma capital do nordeste essa mesma variável apontou uma completitude classificada como muito ruim (acima de 50% dos campos sem informação) (Mendes, Oliveira e Schindler, 2023).

Em relação a avaliação de incapacidade no momento da notificação, 1,92% dos casos analisados nessa observação tinham esse campo ignorado ou em branco na ficha. Quando comparado a investigação realizada por Alves e Ribeiro (2018), 11,1% das fichas relatam esse campo em branco, e ainda ressaltam a importância do diagnóstico precoce como a melhor maneira de se evitar as incapacidades que devem ter avaliações neurológicas no início, durante e no final do tratamento.

Desse modo, o local tipo de entrada obteve uma boa completude, sendo apenas 3 fichas mostraram esse campo branco ou ignorado. Por outro lado, o tipo de saída denotou 58,39% desse espaço esquecido ou vazio. Essas falhas de preenchimento das informações podem ser multifatoriais, como a falta de conhecimento e de sensibilidade dos profissionais quanto a importância da informação para a tomada de decisão em saúde, falhas na programação dos sistemas e sobrecarga de trabalho dos profissionais (Souza et al, 2017).

Algo semelhante ao encontrado neste estudo, onde 58,39% dos casos não tinham o tipo de saída, foi observado em outra pesquisa onde o percentual de avaliados na cura foi menor quando relacionado aos avaliados no diagnóstico ao longo dos anos. Vale ressaltar

que é relevante uma abordagem pormenorizada no que se refere à avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico, assim também como na cura. Essa informação permite uma visão clara sobre o avanço ou involução dessas incapacidades após a alta (ALVES et al, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dessas variáveis relacionadas à hanseníase possibilita o desenvolvimento de estratégias específicas voltadas para a área da saúde coletiva. Isso inclui a colaboração e o envolvimento de diversos atores sociais, como gestores e profissionais de saúde, que contribuem para fortalecer as ações de prevenção da hanseníase e para promover a saúde da população. Essas ações englobam a realização do diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequado da doença, além da compreensão do cenário atual da hanseníase.

Uma das fragilidades identificadas é que essas informações dependem do registro de dados no sistema de informação por um profissional, e nem sempre são preenchidas corretamente ou de forma completa. Assim, torna-se essencial intensificar e fortalecer as ações de vigilância em saúde relacionadas à hanseníase, considerando que esses dados são fundamentais para subsidiar a tomada de decisões, a promoção de ações de saúde e a implementação de intervenções voltadas para a redução dos casos de hanseníase no município e em localidades com características semelhantes.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. C.; RIBEIRO, M. D. Perfil Epidemiológico Dos Casos De Hanseníase No Município De Teresópolis-RJ De 2011 A 2016. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 2, n. 2, 2018.

ALVES, E. S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município do nordeste brasileiro: uma análise retrospectiva. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 648-652, 2017.

BARBOSA, E. M. A.; FREITAS, D. F. Análise descritiva da taxa de prevalência da hanseníase em dois cenários territoriais no Estado de Goiás. **Gerência de Vigilância Epidemiológica/ Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.** Boletim Epidemiológico. v. 18, n. 04. 2017.

LANZA, F. M. *et al*. Perfil epidemiológico da hanseníase em Divinópolis. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 55, n. 03. 2021.

MARQUES, C. A.; SIQUEIRA, M. M.; PORTUGAL, F. B. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 03, p. 891-900. 2020.

Marques, C. A.; Siqueira, M. S.; Portugal, F.B. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 03, p. :891-900. 2020.

MENDES, M. D. S.; OLIVEIRA, A. L. S.; SCHINDLER, H. C. Avaliação da completitude, consistência e não duplicidade dos dados de notificação da hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, João Pessoa, Paraíba: estudo descritivo, 2001-2019. **Epidemiol Serv Saúde.** Brasília, v. 32, n. 02, maio. 2023.

MENDES, M. S.; OLIVEIRA, A. L. S.; SCHINDLER, H. C. Avaliação da completitude, consistência e não duplicidade dos dados de notificação da hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, João Pessoa, Paraíba: estudo descritivo, 2001-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 32, n 02. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Hanseníase 2022.* Boletim Epidemiológico; 2022. p. 1–54. 21 de Agosto de 2023. Número especial. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseniase-_-25-01-2022 .pdf .

NASCIMENTO, D. S*. et al*. Activity limitation and social participation restriction of people with leprosy: a cross-sectional analysis of magnitude and associated factors in a hyperendemic municipality in the state of Piauí, Brazil, 2001-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, junho. 2020.

NEVES, T. V.; SOARES, K. R.; CASTRO, J. G. D. Qualidade dos registros nos prontuários de pacientes de hanseníase no município de Palmas, Tocantins. **Revista Cereus**. v. 10, n. 04. 2018.

PASCHOAL, V. D.; SOLER, Z. A. S. G. O Fenômeno Reacional na Hanseníase e Aspectos aa Assistência de Enfermagem. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. v. 3, n. 1, 2015. DOI: 10.18554/refacs.v3i1.1034. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1034. Acesso em: 17 jan. 2025.

SOUZA, C. D. F, *et al*. Grau de incapacidade física na população idosa afetada pela hanseníase no estado da Bahia, Brasil. **Acta Fisiatr.** v. 57309, p. 27-32. 2017.

VIEIRA, G. *et al*. Hanseníase em Rondônia**. Epidemiol Serv Saúde [Internet].** v. 23, p. 269-275. 2014.

AÇÃO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA IST'S EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E VULNERABILIDADE SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RAPID TESTING ACTION FOR STI'S IN HOMELES AND SOCIALLY VULNERABLE POPULATION: EXPERIENCE REPORT

Joyce Aires da Silva
José Bruno Nunes Ferreira Silva

Resumo: A população que vive em situação de rua e que possui vulnerabilidade social têm maior probabilidade de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) por influência de fatores estruturantes da sociedade e comportamentais. Esse trabalho teve como objetivo compartilhar a vivência prática em uma ação de testagem para IST realizada no 1º Mutirão Pop Rua Jud Tocantins. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído por uma residente do Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva. Foram oferecidos e realizados testes para HIV, Hepatite B, Hepatite C e sífilis A experiência foi exitosa e possibilitou aprender sobre vigilância ativa para além dos dados e o desenvolvimento de parceria com o serviço especializado, ampliando para os mais vulneráveis o acesso ao diagnóstico precoce. A atividade possibilitou promover saúde e conhecimento para um público que possui acesso limitado e também o desenvolvimento e fortalecimento de vínculo entre a equipe e a população.
Palavras-chave: Doenças Infectocontagiosas. Testes Rápidos. Residência Multiprofissional. Estratégias.

Abstract: The homeless population and those who are socially vulnerable are more likely to contract sexually transmitted infections (STI's) due to the influence of structural and behavioral factors in society. This study aimed to report the experience of an STI testing action in the 1st collective mobilization Pop Rua Jud Tocantins. This is a descriptive study, of the experience report type, constructed by a student of the Multidisciplinary Program in Public Health. Tests for HIV , hepatitis B, hepatitis C, and syphilis were offered and performed in the collective mobilization. The experience was successful and made it possible to learn about active surveillance beyond the data and the development of a partnership with the specialized service, expanding access to early diagnosis for the most vulnerable. The activity made it possible to promote health and knowledge for a public with limited access and also the development and strengthening of the bond between the team and the population.
Keywords: Infectious Diseases. Rapid Tests. Multiprofessional Residency. Strategies.

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são provocadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, sendo transmitidas principalmente por contato sexual desprotegido, ou seja, sem o uso de preservativo. Além disso, pode ocorrer transmissão vertical durante a gestação, parto ou a amamentação. As IST de notificação compulsória incluem a sífilis adquirida; sífilis em gestantes; sífilis congênita; vírus da imunodeficiência adquirida (HIV); Hepatites virais e Síndrome do corrimento uretral masculino (Brasil, 2022).

Definida como um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, a população em situação de rua (PSR) tem aumentado significativamente no país (BRASIL, 2009). No contexto em que estão inseridas essas pessoas, apresentam os seguintes comportamentos de risco a saúde - isolamento, uso de drogas, sofrimento mental, prostituição em busca de renda, compartilhamento de utensílios perfurocortantes, violência física, sexo desprotegido, acesso de saúde negado por falta de documentos pessoais, e discriminação social (PATRICIO, 2020). Dessa forma, essa população fica mais exposta às ISTs e aos diversos impactos em suas vidas que influenciam diretamente seus processos de saúde-doença, inclusive na possibilidade de acesso aos serviços de saúde (QUEIROZ,2024).

Nesse contexto, segundo Resende e colaboradores (2021), em seu estudo com pacientes atendidos pela equipe do Consultório na Rua de Taguatinga, do Distrito Federal, entre os anos de 2019 e 2021, encontrou-se uma prevalência de 17,5% de sífilis adquirida, 0,4% de hepatite B, 2% de hepatite C e 1,4% de HIV. No entanto, esses valores podem estar subestimados, tendo em vista as consequências da estigmatização, gerando barreiras tanto para o acesso dos pacientes aos serviços de saúde quanto para um atendimento humanizado dos profissionais que atuam nesses espaços (QUEIROZ, 2024).

Visando ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde foi criada em 2011 a estratégia Consultório na Rua, constituído de equipes multiprofissionais que desempenham suas atividades de forma itinerante, com o objetivo de ofertar saúde de forma integral para esse público (VARGAS, 2018).

Para além do papel do Sistema Único de Saúde (SUS) temos outros setores preocupados com esse grupo, como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que instituiu através da resolução n° 425/2021 a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades, desenvolvendo com isso o projeto intitulado POP RUA JUD que consiste em um programa que realiza buscas ativas, oferecendo serviços de cidadania e prestação jurisdicional.

Dessa forma é possível observar a importância da colaboração entre diferentes setores, como saúde, assistência social e justiça, para ampliar o acesso a direitos e reduzir vulnerabilidades.

O presente estudo objetivou relatar a vivência em uma ação de testagem para IST no 1º Mutirão Pop Rua Jud Tocantins. Ressaltando a importância de uma assistência resolutiva e contínua às demandas de saúde, controle e redução de agravos mais prevalentes nessa população.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, oriundo da vivência de uma residente, da área de Biomedicina, do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do município de Palmas-TO. A experiência ocorreu em conjunto com os profissionais do Núcleo de Assistência Henfil no primeiro mutirão Pop Rua Jud, que ocorreu na Escola Estadual Maria dos Reis Barros, no setor Jardim Taquari, no mês de novembro de 2024. Além da participação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), o evento contou com a participação de diversas instituições, como o Ministério Público Federal (MPF) e a Defensoria Pública do Estado do Tocantins (DPE-TO).

Para o desenvolvimento da atividade foram disponibilizados testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, e autoteste de HIV. Estavam disponíveis gel lubrificante e preservativos internos e externos para distribuição à população. Outros materiais foram utilizados como lancetas, cronômetro, algodão, álcool 70 %, equipamentos de proteção individual – como máscaras e luvas de procedimento –, coletor para material perfurocortante e saco de lixo para material infectante. Os materiais foram disponibilizados pela SEMUS. A área técnica das doenças infectocontagiosas utilizou um caderno intitulado “Registro de Consolidado dos Testes Rápidos” para descrever o teste utilizado, a data de validade e lote, informar a data da realização, identificação do paciente, data de nascimento, testes realizados e identificação do profissional responsável pela execução. As folhas de resultados continham campos semelhantes para serem preenchidos e entregues ao usuário como laudo.

A ação foi realizada em uma pequena sala de aula da escola, o recipiente foi dividido em dois ambientes, um para pré e pós-aconselhamento e outro para a coleta de amostra. A ação ocorreu durante todo o dia, período matutino e vespertino. À medida que a população procurava o serviço ofertado era encaminhado para o pré-aconselhamento com a psicóloga e assistente social do Núcleo de Assistência Henfil. Logo em seguida, os pacientes foram conduzidos às enfermeiras da equipe que realizavam os testes e contavam com o auxílio das residentes e demais integrantes da equipe.

O tempo estipulado para o paciente retornar e ter acesso ao seu resultado foi de 20 min, para leitura e interpretação dos resultados, conforme orientado pelo fabricante dos testes. Enquanto isso os pacientes eram conduzidos a procurar os diversos serviços ofertados nas demais salas da escola. Ao chegar para buscar o seu laudo, era feito o pós-aconselhamento com o paciente e entregue o resultado e quando necessário eram realizados os encaminhamentos para o serviço de referência.

Resultados e Discussão

As PSR são consideradas populações prioritárias devido a vulnerabilidades aumentadas devido a situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais. Também são aspectos transversais que podem se sobrepor e agravar fatores de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2018). Diante desse contexto essa ação se preocupou em ofertar atendimento para esse público evidenciando um impacto significativo da ação na promoção da saúde para a população.

A sala de aula disponibilizada para a realização dos testes rápidos (TR) era pequena, e teve que ser compartilhada com acadêmicos, de uma universidade particular, de enfermagem que estavam realizando atendimento para verificação de sinais vitais. Portanto, o cenário não ficou ideal para esse tipo de ação, devido ao sigilo necessário, se tornando um ambiente pouco confortável tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Antes de iniciar a testagem, os pacientes que procuravam o serviço eram atendidos por uma psicóloga ou pela assistente social, de forma individual, para

passarem por um momento de pré-aconselhamento, envolvendo informações acerca de como funciona os TR, quais são para diagnóstico e quais são para triagem, tratamento gratuito oferecido pela rede, sigilo do diagnóstico e outros aspectos psicossociais, buscou-se sempre um abordagem humanizada, linguagem de fácil entendimento e a criação de vínculo e confiança.

Em um segundo momento foi executado o TR, com o apoio de duas enfermeiras, uma da SEMUS e outra do HENFIL. Duas residentes em saúde coletiva, psicóloga e biomédica, ajudavam com registros no caderno do consolidado, cronometrando o tempo para que as enfermeiras pudessem realizar a leitura e interpretação dos resultados e concluir o laudo a ser entregue ao paciente.

Passados 20 minutos, os pacientes retornavam à sala e eram atendidos novamente pela psicóloga ou assistente social, que realizavam a entrega do laudo e um pós-aconselhamento. Em seguida, orientavam sobre a janela imunológica, sobre as formas de prevenção, educação em saúde, sexo seguro, funcionamento das redes de atenção a saúde e também era ofertados os autotestes de HIV, gel lubrificante e preservativos internos e externos.

Ao todo foram atendidas 70 pessoas, entre os resultados teve-se um com resultado reagente para HIV, quatro reagentes para sífilis, sendo que, destas, 2 relataram ser cicatriz sorológica e um resultado reagente para hepatite C, que relatou também se tratar de uma cicatriz sorológica. Todos os pacientes foram orientados quanto ao tratamento ofertado pela rede de saúde no município, integrantes do consultório na rua também participaram desse momento, pois dessa forma garantiram buscar e levar as pessoas até o Henfil e unidade de saúde para realizar testes complementares e iniciar o tratamento. O mutirão contava com um médico, que fez a avaliação inicial para posteriormente serem encaminhados ao especialista.

Os diagnósticos confirmados reforçam a vulnerabilidade dessa população às ISTs e a importância de intervenções preventivas, como a distribuição de preservativos e o estímulo ao uso de autotestes para HIV. Essas estratégias ampliam o alcance do diagnóstico e promovem maior autonomia para o cuidado.

A falta de espaço adequado para a realização da ação foi uma dificuldade enfrentada, impactando a privacidade e o acolhimento humanizado dos participantes. A ausência de um ambiente reservado comprometeu, em alguns momentos, a confidencialidade necessária em ações de saúde sensíveis como esta.

A articulação entre os diferentes setores demonstrou como a colaboração intersetorial é essencial para enfrentar a complexidade das vulnerabilidades vivenciadas por essa população. Essa integração ampliou o alcance da ação e facilitou o encaminhamento de casos positivos.

Mesmo diante das limitações estruturais, a abordagem humanizada e o trabalho das equipes multiprofissionais foram determinantes para garantir a adesão dos participantes, reduzindo barreiras como o estigma e promovendo um ambiente acolhedor.

Conclusão

A ação proporcionou à residente uma experiência enriquecedora, envolvendo trabalho em equipe, integração entre atenção primária e especializada, e o desenvolvimento de habilidades que tornam o profissional mais completo e humano. Além disso, permitiu a vivência além da gestão, enfrentando desafios como a falta de estrutura e a sobrecarga profissional, que devem ser melhorados em futuras ações. A experiência gerou reflexões sobre novas intervenções para reduzir desigualdades em saúde, ampliando parcerias intersetoriais e assegurando a continuidade do cuidado, especialmente para pessoas com testes reagentes, além de reforçar a necessidade de melhorar a infraestrutura e garantir maior privacidade e acolhimento nas ações itinerantes.

Referências bibliográficas

BRASIL. **Lei no. 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto n 7053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual de Infecções Sexualmente Transmissíveis - Cuidados na Execução dos Testes Rápidos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/116412/mod_resource/content/5/Manual_ M%C3%B3dulo%202_FINAL_CORRIGIDA%20COM%20ANEXOS_V4.pdf. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça**. Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades, 2022. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/04/programapopruajud-trilhas-11042022.pdf. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 14 jan. 2025.

MACHADO, T. S. de P.; SILVA, L. B.; DE OLIVEIRA, J. A.; CENEDESI JÚNIOR, M. A.; MALTA, A. do M. M.; DE LIMA, A. N.; DA SILVA, J. D. F.; FERNANDES, P. C. C. Vulnerabilidade de pessoas em situação de rua relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis: uma revisão integrativa da literatura. **CONTRIBUCIONES A LAS CIÊNCIAS SOCIALES**, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 32636–32653, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.12-213. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3836. Acesso em: 13 jan. 2025.

PATRÍCIO, Anna Cláudia Freire de Araújo; FIGUEIREDO, Marina Sarmento Braga Ramalho de; SILVA, Deysianne Ferreira da; RODRIGUES, Brenda Feitosa Lopes; SILVA, Rôseane Ferreira da; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. Condições de risco à saúde: pessoas em situação de rua [Health risk conditions: people on the streets] [Condiciones de riesgo de salud: personas en la situación de la calle]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e44520, 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.44520. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/44520. Acesso em: 13 jan. 2025.

QUEIROZ, Daniele Carmo; VERAS, Renata Meira; MENEZES, Ananda Evelin Genonádio da Silva. Ações de assistência à saúde ofertadas à população em situação de rua: estado da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 08, [Acessado 14 Janeiro 2025], e05482024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05482024. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05482024.

RESENDE, A. V. de S.; TEIXEIRA, K. S.; ROCHA, S. H. D. de N. Prevalência de Sífilis, HIV e Hepatites B e C em pacientes atendidos por uma equipe do Consultório na Rua do Distrito Federal / Prevalence of Syphilis, HIV and Hepatitis B and C in patients assisted by a Street Clinic team from the Federal District. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 25634–25645, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n6-162. Disponível em:

https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39790. Acesso em: 14 jan. 2025.

SANTOS, B. S.; FARIA, M. F. Vulnerabilidade de moradoras de rua às infecções sexualmente transmissíveis / Vulnerabilidade de moradores de rua às infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 5, p. 40903–40918, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n5-529. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/48566. Acesso em: 14 jan. 2025.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública [online].** 2018, v. 42 [Acessado 5 Fevereiro 2025], e170. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e170/pt/#. Acesso em: 04 fev 2025.

VIEIRA, Pedro Henrique Carneiro; FERNANDES, Maria Luísa de Matos; OLIVEIRA, Carla Viviane de Meneses; SANTOS, Maria Lorena Maia dos; CRUZ, Monalisa Rodrigues da; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Ação de testagem rápida para IST's em pessoas privadas de liberdade: relato de experiência. **XXVII ENFERMAIO**, UECE, Ceará, 2024. Disponível em: https://www.uece.br/eventos/enfermaio/anais/trabalhos_completos/1290-77887-10042024-005058.pdf. Acesso em: 14 jan. 2025.

DIÁLOGOS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ENTRE O CAPS AD III E A DEFENSORIA PÚBLICA: reflexões sobre as práticas de cuidado em saúde mental

Julliani Conceição Marques Godinho[1]
Ludimila Inês Nunes Prestes[2]

RESUMO: Este estudo tem como objetivo contribuir com as boas práticas em saúde mental qualificando os diálogos entre CAPS AD III e a Defensoria Pública acerca do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Realizou-se uma pesquisa participante por meio de rodas de conversas entre os servidores do CAPS AD III e da Defensoria Pública. Conclui-se que existem fragilidades nas relações entre CAPS AD III e Defensoria Pública devido o processo burocrático dos trâmites na comunicação entre os serviços. Faz-se necessária a criação de processos formativos, espaços dialógicos com a gestão dos serviços e com a equipe multiprofissional da Defensoria Pública. Compreende-se que este estudo pode repercutir em novas pesquisas e também intervenções dos gestores, voltadas para aproximação e fortalecimento da articulação em rede, especialmente entre o CAPS AD III e o sistema judiciário

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Defensoria Pública. Judicialização da Saúde. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias

ABSTRACT: This study aims to contribute to good practices in mental health qualifying the dialogues between CAPS AD III and the Public Defender's Office regarding assistance to users of alcohol and other drugs. A participant survey was carried out through conversation circles between CAPS AD III servers and the Public Defender's Office. It is concluded that there are weaknesses in the relations between CAPS AD III and the Public Defender's Office due to the bureaucratic process of the procedures in the communication between the services. It is necessary to create training processes, dialogic spaces with the management of services and with the multidisciplinary team of the Public Defender's Office. It is understood that this study may have repercussions on new research and also interventions by managers, aimed at approximating and strengthening the network articulation, especially between CAPS AD III and the judiciary system.

KEYWORDS: Mental health. Public Defense. Health Judicialization. Disorders Related to Substance Use

[1]Psicóloga, profissional residente em Saúde Mental pela FESP CEULP/ULBRA. e-mail: psicologa.julliani@gmail.com.
[2] Psicóloga, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela FESP CEULP/ULBRA. e-mail: ludimilaprestes@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, a prática em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurada pela Lei nº 10.216, de 2001. A política tem como referência a Reforma Psiquiátrica, cujo principal objetivo é romper com a lógica manicomial, prevendo um cuidado integral, buscando o rompimento de estigmas de pessoas com transtornos mentais, enfatizando a oferta de uma clínica ampliada, valorizando o cuidado em liberdade e a formação, bem como o fortalecimento dos vínculos comunitários, familiares, sociais e afetivos (BRASIL 2001).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos do Sistema Único de Saúde que colocam em prática a Reforma Psiquiátrica. Por meio deles são ofertados serviços especializados cuja finalidade é o tratamento em liberdade e respeito à autonomia de cada sujeito que acessa o serviço, valorizando a permanência de vínculos familiares, sociais e comunitários, assim como preconizado pela Reforma. Os CAPS têm como uma de suas principais propostas a substituição das internações psiquiátricas, buscando oferecer um atendimento que ultrapassa a crise, constituindo-se por espaços que oportunizam ser parte da rotina dos seus usuários e contribuindo, assim, com a formação das redes e laços sociais (BRASIL, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD III é uma das modalidades de CAPS. Esta instituição faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, que foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 20211), apresentando como uma das diretrizes o respeito aos direitos humanos e à autonomia das pessoas atendidas por esses espaços. Por meio dele são oferecidos tratamentos para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 redefine o CAPS AD III e estabelece que seu funcionamento seja de segunda a sexta, nos finais de semana e feriado, nas vinte e quatro horas por dia. Nesse sentido, o CAPS AD III possui leitos para recebimento de usuários em acolhimento noturno, podendo o mesmo permanecer por até quatorze dias. O serviço é constituído por uma equipe multiprofissional, pois busca olhar para o sujeito que acessa o serviço em sua integralidade, colocando em prática uma clínica ampliada com base em um modelo biopsicossocial (BRASIL, 2012).

Além do CAPS AD III de Palmas, o presente estudo também tem a intenção de abordar a Defensoria Pública do Estado do Tocantins, a qual conforme a Lei Complementar nº 55, de 27 de maio de 2009, é um serviço gratuito destinado à pessoas que necessitem da

promoção de seus direitos, tendo como um dos seus objetivos o respeito e a prevalência dos direitos humanos e como uma de suas funções a prestação de orientação jurídica (TOCANTINS, 2011). Sendo a Defensoria Pública uma ponte que liga o sujeito ao acesso ao seu direito, pessoas têm buscado este serviço para intervir quanto às questões relacionadas à saúde. Alves e Nunes (2021) ressaltam que, no município de Palmas- TO, a maioria das demandas judiciais que chegam até CAPS AD III são enviadas pela Defensoria Pública do Estado do Tocantins, por meio da CAS - Central de Atendimento à Saúde.

Diante do exposto, a presente pesquisa é uma proposta de atividade a ser apresentada para a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO a fim de atender aos critérios para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental por meio do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Tal pesquisa tem relevância científica e social uma vez que permite a continuidade de outros estudos realizados, em específico o trabalho já realizado entre o Judiciário e o CAPS AD III, produzido por Alves e Nunes (2021), sendo esta fonte o ponto de partida para a proposta de intervenção sugerida neste trabalho.

No trabalho desenvolvido por Alves e Nunes (2021), ressalta-se que as demandas judiciais recebidas pelo CAPS AD III de Palmas colocam o tratamento em segundo plano, uma vez que a maioria das demandas judiciais são enviadas a pedido dos familiares dos usuários e tem como intuito um laudo psiquiátrico a fim de que haja uma internação. Os autores pontuam também que não há uma devolutiva da Defensoria Pública quanto às demandas que são respondidas pelo CAPS AD III (ALVES e NUNES, 2021).

Além disso, o presente estudo se justifica pela relevância do tema para a Reforma Psiquiátrica e, especialmente, para o cenário de saúde de Palmas/TO. Durante a atuação da pesquisadora enquanto profissional residente na Residência Multiprofissional em Saúde Mental, observou que as fragilidades no diálogo entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública trazem prejuízos para o tratamento do paciente.

De forma semelhante, a pesquisa de Alves e Nunes (2021) levanta dados pertinentes acerca das demandas judiciais encaminhadas para o CAPS AD III e sugere a continuidade dos estudos a fim de melhorar as dificuldades elencadas, dentre elas a necessidade de uma melhora na comunicação entre o sistema judiciário e a saúde.

Diante do exposto, levantou-se a seguinte questão de pesquisa: Como aproximar e qualificar o diálogo entre CAPS AD III e a Defensoria Pública do município de Palmas- TO? A partir de então, definiu-se como objetivo geral do presente estudo, contribuir com as boas práticas em saúde mental qualificando os diálogos entre CAPS AD III e a Defensoria Pública acerca do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Enquanto objetivos específicos,

buscou-se: refletir sobre os processos de trabalho entre a equipe do CAPS AD III e a Defensoria Pública do município de Palmas- TO; analisar as dificuldades de comunicação entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública; elaborar em conjunto propostas de intervenções para aproximar as duas instituições; propor junto ao CAPS AD III uma reorganização conjunta de fluxos das demandas encaminhadas pela Defensoria Pública.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual possibilita a reflexão de temas complexos, haja vista que oportuniza o estudo das interações sociais do cotidiano dos participantes (FLICK, 2008). Segundo este autor, "a pesquisa qualitativa leva em consideração que os pontos de vista e as práticas no campo são diferentes devido às diversas perspectivas e contextos sociais a eles relacionados" (FLICK, 2008, p. 25).

Em relação aos procedimentos técnicos foi realizada uma pesquisa participante por meio de rodas de conversa. A pesquisa participante caracteriza-se pela investigação do objeto de estudo tendo o pesquisador inserido no grupo a ser estudado. Ela também proporciona que os resultados da pesquisa se transformem em ações que beneficiem as instituições e ou grupos onde a pesquisa foi realizada (PERUZZO, 2017).

A roda de conversa é um método que permite o compartilhamento de pensamentos, tratando-se de uma prática que envolve o diálogo. Para Afonso e Abade (2008), as rodas de conversas fazem parte da pesquisa participante, tendo como objetivo proporcionar a reflexão dos participantes sobre o seu dia a dia, a forma com a qual se relaciona com seu trabalho, com sua vida, entre outras questões. Para a realização da roda de conversa, faz-se necessário que o ambiente em que ela ocorra oportunize os participantes a se expressarem, o que pode acontecer por meio de técnicas, como questões norteadoras e eixos temáticos que a favoreçam. No entanto, os próprios participantes também podem direcionar tais técnicas para que o objetivo de expressar-se seja alcançado. (AFONSO e ABADE, 2008).

Utilizou-se uma amostra não probabilística intencional ou de julgamento, que de acordo com Freitag (2018) é um tipo de amostra em que os participantes da pesquisa já são escolhidos conforme critérios pré-estabelecidos. Deste modo, participaram da pesquisa três servidores do CAPS AD III e sete servidores da Defensoria Pública do município de Palmas/TO e as três rodas de conversas para coleta de dados aconteceram na Defensoria Pública após definição de dias e horários com os participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) e também pelo Comitê de Ética em

Pesquisa, com parecer favorável nº 5.489.893. Após aprovação do Comitê de Ética foi realizado o contato com a coordenação do CAPS AD III e com a Defensoria Pública do município de Palmas-TO para a apresentação da proposta de pesquisa e realizado o convite para os servidores, definindo os dias e horários para os encontros. Ressalta-se que todos os encontros tiveram os áudios gravados.

Ao todo, foram realizados três encontros de rodas de conversas com os servidores participantes das duas instituições. As rodas de conversas foram conduzidas a partir de eixos temáticos que foram planejados com base nos objetivos do presente trabalho. Entretanto, mesmo que houvesse o direcionamento dos eixos temáticos fez-se necessário manter a espontaneidade do diálogo do grupo.

O primeiro encontro teve como eixo temático: A comunicação como facilitador do nosso processo de trabalho. No segundo encontro realizou-se um resgate do encontro anterior e trabalhou-se o eixo temático: os processos de trabalho entre a equipe do CAPS AD III e a Defensoria Pública, bem como o papel de cada instituição. Por fim, no terceiro e último encontro, após resgate da roda de conversa anterior, abordou-se o eixo temático: quais contribuições partem de mim para a melhora do nosso processo de comunicação. Além dos encontros de coleta de dados, outro momento foi reservado pela pesquisadora para estar com cada equipe e realizar uma breve devolutiva e agradecimentos.

Os resultados obtidos foram analisados com base na análise de conteúdo, que tem como objetivo descrever o conteúdo da mensagem utilizando uma técnica sistemática capaz de analisar as informações do objeto em estudo (BARDIN, 2011). Ao final das rodas de conversas, fez-se a transcrição das gravações para possibilitar a organização das análises, posteriormente foram executadas as três etapas do método da análise de conteúdo. Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados em suas falas pela letra “S” que é a letra inicial da palavra servidor, seguido por uma sequência numérica (S1, S2, S3, S4).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e debatidos os principais resultados obtidos na presente pesquisa, visando o alcance do objetivo geral da pesquisa. Buscando respeitar a espontaneidade da roda de conversa, optou-se pela análise dos dados a partir das categorias obtidas por meio da análise de todos os encontros e não destes individualmente. A seguir são apresentadas as principais categorias de cada eixo temático, dialogando com os objetivos específicos do estudo e com o referencial teórico existente.

3.1 Reflexões sobre os processos de trabalho

Em relação ao primeiro objetivo que buscou refletir sobre os processos de trabalho entre a equipe do CAPS AD III e a Defensoria Pública, construiu-se as seguintes categorias de análise: acesso dos familiares em contrapartida ao acesso do usuário; percepção da internação como estratégia de cuidado por parte dos familiares e dos serviços; rede de atenção psicossocial e necessidade de organização de processo de trabalho entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública.

a) Acesso dos familiares aos serviços em contrapartida ao acesso do usuário

Alguns conteúdos que apareceram nesta categoria, demonstram que o acesso do usuário de substâncias psicoativas na Defensoria Pública se dá por meio do familiar, situação esta que se repete no CAPS AD III, visto que, neste serviço, o familiar surge como protagonista na busca do tratamento.

> *"Só vem o familiar, o doente não vem, né." (S1)*

> *"No CAPS chegam casos assim que a família traz e quer que a gente faça o tratamento, mas a própria pessoa não quer porque ele não vê aquele consumo como prejudicial e aí não tem como a gente ficar com uma pessoa que não quer porque a gente não trabalha com essa política obrigatória." (S3)*

Esses dados confirmam os estudos de Alves e Nunes (2021) que constataram que a maioria das demandas da Defensoria Pública encaminhadas para o CAPS AD III são solicitações dos familiares, tendo como requerente em sua maioria a mãe ou pai do usuário, e em seguida a esposa do usuário.

Considerando que esse primeiro acesso aos serviços parte do familiar, a equipe participante da presente pesquisa aponta tal acesso como uma importante estratégia de intervenção por meio da vinculação e orientação dessa família.

> *"Para fazer um trabalho em cima disso, dos familiares aderir e o paciente não, mas assim, construir juntos esse processo de vinculação junto com a família. Porque às vezes a família precisa de informações, precisa de conhecimento que não tá conseguindo manejar a situação do paciente em casa, do familiar em casa... Às vezes precisa entender coisa que é da situação do adoecimento." (S2)*

> *"Às vezes a família também precisa mudar a estratégia, precisa ter uma postura diferente da situação para poder ter um resultado, por isso que a gente aposta também na vinculação dessa família"(S2)*

No tratamento ofertado para usuários de álcool e outras drogas, a família pode contribuir com a vinculação do usuário ao serviço, uma vez que ela tem sido a primeira a acessar os dispositivos, também assume um importante papel de apoiar o usuário em seu tratamento. A equipe do CAPS AD III quando nota uma relação familiar fortalecida pode auxiliar essa família por meio de acolhimento, escutas e orientações relacionadas ao serviço,

ressalta-se que o familiar também faz parte na elaboração e construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), considerando que esta é uma importante ferramenta de intervenção dentro dos CAPS.

De Melo e De Paulo (2012) sinalizam sobre a importância do familiar conhecer e tirar suas dúvidas acerca do serviço ofertado pelo CAPS pois podem contribuir incentivando a participação do usuário no serviço. Faz-se importante considerar que a família, na maioria das vezes, é o primeiro ponto de apoio e cuidado do usuário, dessa forma o CAPS precisa estimular e também vincular para que a família participe do processo de tratamento.

a) Percepção da internação como estratégia de cuidado por parte dos familiares e dos serviços.

Diversas pesquisas têm demonstrado que o judiciário tem sido utilizado por familiares de usuários que fazem uso de álcool e outras drogas. Silva *et al* (2021), ao estudarem o perfil de familiares que acessam a Defensoria Pública a fim de uma internação compulsória para o usuário de substâncias, constataram que os pedidos de internação provêm da família. Além disso, os autores também constataram que o acesso ao sistema judicial auxilia no alívio de um sofrimento dessa família, entretanto, as mesmas não se percebem como parte do processo de tratamento. Há uma grande expectativa por parte dos familiares quando a Defensoria Pública é acionada, expectativa esta que pode ser justificada pelo papel que as instituições do judiciário têm desenvolvido, no sentido de promover um alívio a este sofrimento. Júnior (1998) pontua que o judiciário trabalha com este ideal de justiça.

> A instituição judiciária é sempre um lugar de trabalho com o sofrimento. Sofrimento que advém do mal-estar inerente à cultura e que encontra ali uma forma particular de se expressar e de demandar alívio. Lugar no qual se propõe a existência do ideal da Justiça. A Justiça é uma das mais legítimas e mais impossíveis demandas do ser falante. Deve-se frisar: dizer que ela é impossível não significa que é totalmente irrealizável. Significa que a Justiça deve permanecer no horizonte ético mas que sua expressão nas decisões judiciais sempre parece subjetivamente incompleta. O dano pelo qual sofremos e do qual nos queixamos nos parece sempre estar além de qualquer reparação. Afinal, o que pode recuperar nossa perda? É a Lei: o que foi perdido é irrecuperável, resta construir novas possibilidades e para isso muitas vezes contamos com a lei (JÚNIOR, 1998, p. 30)

Tal questão também apareceu de forma recorrente nas rodas de conversas. Os participantes relataram que os familiares também apresentam a crença de que o cuidado no CAPS não é o suficiente, ou mesmo não tem conhecimento sobre o serviço.

> *"Ela bateu lá voltou para cá e ficou comigo e aí bucha tá aqui, aí o que ela fala: O CAPS não dá conta do meu filho, eu não consigo levar ele", (S1)*

> *"Tem um senhor aqui a mulher tinha certeza que a equipe não dava conta e ele veio um dia eu conversei com ele eu falei "gente esse cara não tem perfil de internação involuntária não", não sou médico (risos), mas assim o que a família trazia parecia que era muito, sabe? Então." (S1)*

> *"Tem muitos casos de familiares que pede a internação compulsória porque a família está cansada e a família não quer ser coadjuvante do tratamento, fazer o quê... "(S4)*

> *"Tem muitas mães que vêm aqui e eu pergunto "Sim, e a senhora já foi no CAPS?" Respondem: "não, eu nunca fui." Eu falo: "pois é tem que ir lá, tem que tentar lá, como vou fazer pedido de internação de seu filho se não tem elemento nenhum?" E aí as pessoas saem correndo atrás de processo criminal para provar que a pessoa é traficante, é usuário." (S5)*

Posteriormente aos pedidos de internação dos familiares, a Defensoria Pública acessa o CAPS AD III e demais serviços de saúde para solicitação de laudos psiquiátricos, além disso, ressaltam que solicitações de internação são realizadas mesmo sem o usuário ter passado por outro tipo de tratamento.

> *"Aí eu vou para o judiciário, aí eu vou e peço uma internação, eu falo muito aqui, às vezes a gente faz as ações, aí vai para a perícia e tal, tem caso que eu nem peço liminar para internar às vezes porque tá em dúvida, não tem o laudo médico, e aí a gente pede liminar pra marcar perícia urgente, e fazer uma perícia."(S1)*

> *"Quase sempre o perfil das perícias aqui é sempre negando, falando que é melhor o tratamento ambulatorial, que a gente sabe que é mesmo eu também sou defensor da política de redução de danos [...] Só que chega um momento em que o paciente ou ele passa pra essa linha que ele daqui a pouco tá preso, ou por tentativa de suicídio." (S1)*

> *"A gente pede que a família vá buscar porque como a gente vai montar um processo sem elemento nenhum que a pessoa não tem. Não tem como você entrar com pedido "Juíz eu quero que interne esse fulano" Sim, mas o que ele tem de tratamento? Por que a internação é o último negócio. Aonde que ele já foi aí na rede? O que ele já fez aí? Não tem nada, aí não vou internar." (S5)*

A internação involuntária apareceu como uma ferramenta de intervenção proposta também pelos servidores que participaram da roda de conversa, ao mesmo tempo em que reforçaram ser esta a última estratégia de cuidado.

> *"Eu fiz um relatório semana passada, mas foi pro judiciário, indicando uma internação involuntária porque a situação dele, ele está correndo risco de vida, então a gente tem situações que temos que olhar pra realidade e se posicionar. Não que a gente quer internação, a gente não acredita que todos os pacientes têm que ser internado! Não é por aí, o tratamento por algumas circunstâncias ele precisa de internação sim, se não a gente vai perder o paciente. E a gente tem que ser rápido, a gente não pode ficar dando voltas empurrando com a barriga essa situação. Porque a família quando chega aqui, ela já chega numa situação do limite, ela tá no limite, ela já não tem mais o que fazer, já procurou todos os lugares e não encontrou a saída, o paciente não se vinculou a unidade, o paciente não foi no CSC." (S2)*

> *"Eu tenho como última opção esse negócio de internação, eu não fico entrando com ação para internar as pessoas que não tem perfil, a gente só utiliza quando realmente não tá dando." (S1)*

> *"A internação é em casos que todas as outras medidas já falharam." (S3)*

Outro fator que pode motivar os pedidos de internações, está no fato da mesma ser assegurada pela Lei 10.216/2001 que em seu artigo 6º enfatiza os três tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária, em que há o consentimento do usuário; involuntária, em que há o pedido de outra pessoa, e a compulsória, que é a internação determinada pela justiça. A Lei estabelece que todos os tipos de internações só podem ser realizadas mediante laudo médico que justifique o porquê dessa internação (BRASIL, 2001).

Duarte *et al* (2012, p. 169) ressaltam que, na prática, no que se refere às internações, dificilmente há laudo da saúde que justifique as internações, conforme preconizado pela Lei e, "sendo assim, muitas vezes o juiz competente decide pelo deferimento do pleito com base em informações do autor da ação, sem que o quadro seja avaliado do ponto de vista clínico".

No cenário do município de Palmas, Alves e Nunes (2021) também constataram que a maioria das demandas, além de serem solicitadas pelos familiares, tem como intuito a confecção de um laudo psiquiátrico que comprove se há ou não a necessidade de internação involuntária.

> A busca por tratamento para abuso de substâncias psicoativas aparece em segundo plano, é pouco expressiva, indicando que a judicialização nestes casos não remete diretamente a garantia do direito ao acesso a saúde como deveria ser, mas sim em um caráter de contenção e segregação, que na verdade fomenta o afastamento deste indivíduo da sociedade (ALVES e NUNES, 2021, p. 45).

Mediante o exposto na presente categoria de análise, nota-se que a internação compulsória tem sido uma forma de contato entre CAPS AD III e a Defensoria Pública, haja vista que o acesso entre os serviços têm tido esse ponto de partida. Supõe-se que isso demonstra um afastamento e justifica o porquê da fragilidade no diálogo entre Defensoria Pública e CAPS AD III, evidenciando a necessidade de uma comunicação e de um espaço favorável para troca de ideias, dentre elas discussões de casos e até mesmo elaboração de estratégias de ações conjuntas voltados para o acolhimento desses familiares. Presume-se que tais intervenções em conjunto diminuiriam essas demandas e contribuiriam para a efetivação da política da reforma psiquiátrica.

a) Rede de Atenção Psicossocial de Palmas.

Alguns conteúdos registrados nas rodas de conversa trazem pontos ou situações que indicam fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial no município de Palmas, dentre eles o impacto que a pandemia causou na oferta do serviço de convivência do CAPS AD III e a falta do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop).

> *"Eu acho que o Centro Pop para Palmas é estratégico." (S1)*
>
> *"Centro Pop é uma necessidade e realidade que a gente precisa alinhar nesse momento." (S2)*
>
> *"Não estão acessando o CAPS porque não tem a convivência, porque com a pandemia a gente teve que tirar esse dispositivo do serviço, ainda hoje a gente não tem convivência…" (S2)*

O Centro Pop é um dispositivo da Assistência Social que integra a proteção social especial de média complexidade, sendo um espaço que atende pessoas em situação de rua. Além de ser um local que oportuniza convivência e suporte para necessidades básicas como banho e alimentação, o Centro Pop também oferta acolhimento, escutas e articulação em rede (PEDROSA e SERRANO, 2022). Sobre tal dispositivo, Pedrosa e Serrano (2022) analisaram os resultados do censo SUAS de 2019 e constataram que ainda existem muitos desafios relacionados ao trabalho de articulação que o Centro Pop realiza, especialmente com os serviços de urgência e emergência, no entanto ressalta um êxito, mesmo que moderado, entre a articulação dos Centros Pops com os CAPS.

Dentro desta categoria de análise também apareceu a necessidade da ampliação do serviço, considerando o alto índice de demandas desde a inauguração do CAPS AD III e a necessidade de um dispositivo que garanta um maior tempo em acolhimento de vinte e quatro horas, como pode ser observado nas falas dos participantes, transcritas abaixo.

> *"Quando eu falo que não temos equipe suficiente eu não sei, se a gente pegar demanda que tem aí de álcool e drogas talvez esse CAPS hoje já é pequeno, talvez essa equipe já seja pequena." (S1)*
>
> *"Palmas hoje não tem condições, precisamos de mais dispositivos de saúde mental." (S2)*
>
> *"A gente faz acolhimento de paciente e tem muitos pacientes que demandam mais tempo de acompanhamento. Nosso dispositivo é só 14 dias no máximo, que é o que nos protege pela portaria. Então a gente tem paciente que precisa de mais tempo de cuidado, precisa ter uma equipe multi e preparada com a mesma metodologia, porque se você manda para uma comunidade terapêutica é outra metodologia." (S2)*

Conforme Portaria 3.588 de 2017, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por alguns dispositivos, dentre eles: unidades básicas de saúde, CAPS, consultório na rua, centros de convivência, SAMU, UPA, hospitais psiquiátricos, unidade de acolhimento, sala de estabilização, leitos de psiquiatria (BRASIL, 2017). No atual contexto de Palmas, a RAPS carece de um espaço de convivência para seus usuários, ainda que a convivência seja uma proposta dos CAPS, a pandemia causada pela COVID- 19 intensificou os atendimentos individuais causando como consequência um entrave para a promoção desse serviço.

Um Centro Pop no município de Palmas seria uma conquista importante para o auxílio no cuidado às pessoas que estão em situação de rua e que fazem uso de substâncias. Seria um espaço que possibilitaria a ampliação da oferta de um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, contribuindo com o que está proposto pela Reforma Psiquiátrica e para uma melhor articulação entre saúde e assistência social.

a) Necessidade de organização de processo de trabalho entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública

A organização dos processos de trabalho entre as instituições foi um assunto recorrente nas rodas de conversa, sendo também alvo do estudo de Alves e Nunes (2021), os quais ressaltam que após o CAPS AD III responder a demanda da Defensoria Pública, a mesma não comunica ao CAPS qual foi o desfecho das buscas ativas realizadas pelos servidores do equipamento de saúde. Não ter esse retorno da Defensoria Pública dificulta a oferta de um atendimento adequado, uma vez que não há ciência se o usuário foi internado ou se está sem acompanhamento em outro dispositivo/serviço.

> *"A gente precisava criar um fluxo dentro da unidade para acompanhar essas demandas judiciais, porque a gente responde, e aí? Eles não acessam mais a vocês e não acessam mais a nós, e aí se perde na rede, se perde essa demanda." (S2)*

A equipe aponta para uma necessidade de cooperação entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública por meio de uma criação de fluxo que proporcione uma maior proximidade entre as duas instituições, qualificando o cuidado com os usuários e seus familiares. Ressalta-se que devido à falta de governabilidade da presente pesquisa não foi possível a criação de um fluxo. No entanto, em conjunto com a participação dos servidores e processos reflexivos elaborados durante a coleta de dados, fomentou-se tal discussão, dispararando movimentos favoráveis ao diálogo e à construção de fluxo entre as instituições.

> *"Nós, Defensoria e CAPS, precisamos criar um fluxo pra gente tá dando continuidade nesse cuidado." (S1)*

> *"O ideal seria a gente estabelecer os fluxos de relacionamento do serviço público com os serviços filantrópicos ou privados." (S1)*

> *"Eu acho que a gente precisa construir, mas é chamar mesmo o jurídico lá da secretaria e fazer um... sei lá... um protocolozinho de como deve proceder."(S1)*

Nota-se que tanto a equipe do CAPS AD III quanto a equipe da Defensoria Pública no momento de refletir sobre os processos de trabalho sentem a necessidade de uma maior aproximação entre os dois serviços. No entanto, demonstram ansiedades relacionadas a

demandas que consideram mais urgentes e que não estão sob o controle do CAPS AD III e da Defensoria Pública, um exemplo é a construção de um Centro Pop. Para os dois serviços torna-se relevante pensar ações de aproximação que estejam ao alcance das duas instâncias para executá-las, a devolutiva da Defensoria Pública e a busca na Defensoria Pública por parte do CAPS AD III quando respondida uma demanda é algo que pode ser executado sem necessariamente depender de um protocolo ou aval da gestão.

3.2 Comunicação entre as instituições

No que concerne ao segundo objetivo que buscou analisar as dificuldades de comunicação entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública foram criadas as seguintes categorias de análise: Burocratização no processo de comunicação e Diálogo Intersetorial.

a) Burocratização da comunicação

Observando os conteúdos surgidos nas rodas de conversas no eixo em que se tratava do segundo objetivo, foi possível notar diversas queixas relacionadas ao processo existente na comunicação entre os dois serviços. Atualmente há um fluxo que, apesar de não ser oficialmente instituído, segue uma hierarquização, de modo que o CAPS só recebe e responde as demandas da Defensoria Pública após essas demandas serem avaliadas pelo Jurídico da Secretaria de Saúde. Esse processo de comunicação deixa para os servidores a sensação de que exista uma verticalização da comunicação, expressa nas frases abaixo:

> *"As coisas chegam lá pra gente de cima pra baixo." (S2)*
>
> *"A gente tem uma comunicação, a gente manda ofícios." (S1)*

Uma das queixas da Defensoria Pública nesse processo da comunicação é o fato de ter que se comunicar com o CAPS AD III apenas por meio de ofício, que para sua realização há a necessidade da abertura de um processo. Além disso, o fato de a demanda não ser diretamente encaminhada para o técnico de saúde mental, o que segundo eles traz como consequência um procedimento dispendioso e sem informações precisas.

> *"Ofício é uma demanda e abre outro processo lá [na Defensoria Pública]." (S1)*
>
> *"O servidor lá, a enfermeira, o assistente social... se eu pedir uma informação para ele não pode... Aí tem que ser o chefe do serviço. Tudo bem! Então vamos lá, o coordenador... Aí muitas vezes o coordenador não pode..." (S1)*
>
> *"Eu acho que a gente tem que trabalhar mesmo, talvez a gente pensar em um termo de cooperação, não existe isso aí. Olha eu acho que nem precisa de ofício. Isso é burocratização do sistema." (S1)*

> *"Eu tive que mandar pra secretaria, pra secretaria fazer um filtro, mas aí a informação que eu quero não é essa com o filtro, entendeu? Eu quero é a informação real." (S1)*

Quanto ao CAPS AD III, a principal queixa está relacionada ao fato de não terem retorno quanto às demandas respondidas à Defensoria Pública reforçando o que está expresso na categoria "d" do item 3.1 da presente pesquisa, e principalmente, não ter um diálogo próximo. Isso seria importante para aproximação dos dois serviços e também para auxiliar o CAPS no processo de busca ativa.

Por conseguinte, há explicações sobre os motivos que levam o CAPS AD III a realizarem a comunicação entre os serviços dessa forma, via Ofício e este direcionado à Assessoria Jurídica da SEMUS. Um dos pontos destacados pelos servidores é que o serviço de saúde precisa resguardar o sigilo de seus usuários. O sigilo do paciente é respaldado legalmente por diferentes leis, dentre elas o Código de Processo Penal, que "[...] em seu artigo 207, proíbe de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar seu testemunho" (CÓDIGO DE PROCESSO PENAL citado por BOÂS, 2015, p.518). Além disso, Boâs (2015) também ressalta que o sigilo do paciente também é amparado pelo código de ética de diferentes categorias profissionais.

> *"Muitas vezes chegam algumas solicitações da Defensoria e a orientação do jurídico é que aquela questão da quebra do sigilo tem que ser do próprio paciente, muitas vezes vem da mãe, né? E a gente não pode fornecer todos aqueles quesitos que é solicitado devido a questão do sigilo." (S4)*

> *"A questão do sigilo eu super concordo com o sigilo, não tô discordando. Só que às vezes eu peço relatório justamente para evitar, porque senão eu vou ter que entrar com ação, e aí eu entro com ação e o juíz determina que você entregue o prontuário inteiro pra mim." (S1)*

> *"Por isso que a gente tem que se responder extrajudicial que se eu tiver que entrar, olha o tanto de processo, o tanto que custa o processo judicial, eu vou ter que entrar com ação para obrigar você a me dá o prontuário, aí você vai me dá o prontuário, morreu e acabou o processo. Aí vou ter que entrar com outro processo, entendeu? Essa é nossa ideia, por isso que a gente se comunicar bem, rápido." (S1)*

De acordo com pesquisa de Andreeti, Oliveira e Souza (2021) um dos motivos da comunicação entre judiciário e CAPS ser burocratizada, se deve ao fato do sistema judiciário acionar o CAPS apenas para a elaboração de laudo psiquiátrico, isso significa que seu único meio de comunicação com o CAPS são as demandas de solicitações de relatórios, o que demonstra uma carência de proximidade entre os dois serviços na oferta de um cuidado integral ao usuário. Outro ponto refere-se ao fato de o sistema judiciário ter o papel de

fiscalizador da rede pública, o que pode contribuir para o foco em ações de assegurar que as leis sejam cumpridas, dentre elas o acesso do usuário nos serviços públicos.

É compreensível o sentimento da burocratização do processo de comunicação entre Defensoria Pública e CAPS AD III, uma vez que as equipes gostariam de facilitar e otimizar as demandas por meio do diálogo. Concomitantemente, também é compreensível a existência dessa hierarquização, considerando que o judiciário, na maioria das vezes, é visto como uma instituição punitiva, quando em suas formalidades e determinações de "cumpra-se" pode causar no servidor da saúde um medo ou receio de fazer algo que não esteja certo. Além disso, existe o fato de que os servidores do CAPS AD III buscam e precisam de apoio e orientação jurídica para responder várias situações e, neste caso, a Assessoria Jurídica está sediada na Secretaria de Saúde. No mesmo sentido, a pasta possui a Gerência de Atenção Especializada, a qual conta com equipe com capacidade técnica para responder demandas dos serviços de saúde mental, podendo acionar tais serviços para a construção coletiva das respostas às demandas ou demais encaminhamentos necessários.

a) Diálogo intersetorial

Mesmo diante desses impasses no atual fluxo da comunicação, nota-se um anseio das equipes em otimizar e estabelecer um diálogo que favoreça uma maior proximidade entre os dois serviços.

> *"Muitas vezes é até difícil a gente sentar pra conversar" (S4)*

> *"Podemos melhorar, eu acho que essa aproximação é melhor fazer uma comunicação direta entre a gente, pra gente poder tá discutindo casos, estar conversando, não no sentido de punir, mas a gente poder tá construindo junto um plano de cuidado para esse paciente, para que o paciente também não veja a Defensoria como alguém que está aqui punindo e alguém que tá querendo cuidar, alguém que tá querendo se aproximar daquela situação ali, então assim nada melhor do que fazer uma comunicação direta, eu acho que isso facilitaria muito o nosso trabalho" (S2)*

Alves e Nunes (2021) também constataram a problemática do diálogo entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública. Além de haver uma ausência de comunicação entre os dois serviços, sinalizam sobre a carência de uma aproximação entre as equipes multidisciplinares do CAPS AD III e da Central de Atendimento à Saúde da Defensoria Pública. Considerando que uma de suas atribuições é a de prestar auxílio nas ações da Defensoria Pública em suas diversas áreas de atuação (DIÁRIO OFICIAL DO TOCANTINS, 2016 citado por ALVES e NUNES, 2021).

No cuidado em saúde mental, sobretudo de usuários de substâncias psicoativas, é pertinente colocar em prática a interdisciplinaridade. Cézar e Melo (2018) reforçam que para isso existe a necessidade de ser trabalhado, cada vez mais, nos CAPS o conceito de território, uma vez que ele possibilita a análise das comunicações e do espaço humano. Pedrosa e Moreira (2017), no que concerne às práticas de articulação entre CAPS III e sistema judiciário ressaltam sobre um importante processo de mudança que deve ocorrer.

> Para além das mudanças administrativo-estruturais, apontamos para a mudança ético-política das estratégias de controle pautadas na judicialização e medicalização, para a inserção dos mecanismos de justiça nas discussões intersetoriais e para a retomada da noção de Atenção Psicossocial, própria do dispositivo CAPS. O fortalecimento do CAPS III, como dispositivo de atenção à crise, em detrimento de acolhidas ou internações hospitalares, também se evidencia como primordial. Inferimos que quanto mais estreito o diálogo entre as redes de atenção psicossocial e os agentes de justiça mais forte esta rede pode se tornar (PEDROSA e MOREIRA, 2017, p. 81).

Diante do exposto, faz-se necessário considerar que existem peculiaridades nesses dois serviços. O CAPS AD III tem uma forma de atuação que está muito voltada para discussões de casos, compartilhamento de ideias entre as equipes e articulações em rede, tal atuação expressa-se por meio das frases dos servidores do CAPS AD III, que no processo para a busca de uma aproximação citam as discussões de caso como um instrumento de diálogo, enquanto que a Defensoria Pública tem como ferramenta de comunicação os documentos formalizados, como ofícios e processos, comunicação esta bem característica do sistema judiciário. Todavia, notou-se uma iniciativa dos participantes da Defensoria Pública em facilitar essa comunicação, porém a questão facilitadora proposta pela Defensoria esbarra no receio dos servidores do CAPS em ferir algum princípio legislativo demonstrando a necessidade de um filtro e supervisão da Assessoria Jurídica da Secretaria de Saúde.

3.3 Propostas de intervenção

No que diz respeito ao terceiro objetivo que propôs elaborar em conjunto propostas de intervenções para aproximar as duas instituições, buscou-se analisar todo o conteúdo das rodas de conversa, não somente do terceiro encontro, agregando as sugestões expressadas por todos os participantes nos diferentes momentos da pesquisa.

Sendo assim, analisando e comparando as problemáticas enfrentadas e as possíveis sugestões ou intervenções apresentadas ou sinalizadas pelos servidores das duas instituições, elencando as seguintes categorias de análise: Busca ativa como ferramenta de intervenção e comunicação e Apoio matricial como estratégia de aproximação e diálogo.

a) Busca ativa como ferramenta de intervenção e comunicação.

A busca ativa é vista pelos participantes como uma ferramenta oportuna para aproximação no diálogo entre as instituições. O CAPS AD III expressou a dificuldade de não ter uma devolutiva da defensoria pública quanto ao que é feito com o paciente após respondida uma demanda, ao mesmo tempo em que a defensoria situa que é responsabilidade do CAPS AD III ir até a Defensoria para perguntar, demonstrando que isso é uma prática de busca ativa.

Sendo assim, foi discutida a possibilidade da seguinte organização: após respondida a demanda da Defensoria Pública, o CAPS AD III entrará em contato com o serviço depois de determinado prazo para a realização da busca ativa, com a finalidade de saber o que foi realizado com o paciente. Em seguida, a Defensoria Pública informará o número do processo para que o CAPS AD III acompanhe toda a movimentação.

> *"A busca ativa deveria ser uma prática mais contumaz, faz muito pouco, e quando faz a busca ativa se tiver um paciente agressivo ali ele não vai, que é quando a gente começa a partir para o lado das internações."(S1)*
>
> *"A busca ativa, ela tem que ser nossa." (S2)*
>
> *"É bom a defensoria informar para onde esse paciente foi, pois assim vamos fazer o monitoramento daquela demanda que é nossa, vamos fazer visita e aquele paciente ficará vinculado a nossa busca ativa. Se vocês passarem alguma decisão também é interessante que a gente vai ter essa orientação, "ó, o paciente está internado em tal cidade. Está há quantos meses lá?" Até pra gente tá acompanhando essa família e estar orientando o pós internação." (S2)*
>
> *"Informar o número do processo, aí no número do processo terá sempre uma movimentação" (S1).*

Um dos princípios que organiza o processo de trabalho da Política de Saúde Mental e da Atenção Básica é a noção de território, que busca efetivar uma prática de saúde mais próxima das vivências de seus usuários (LEMKE e SILVA, 2010). Essa proximidade pode acontecer por meio da busca ativa, uma vez que ela permite que o profissional da saúde vá até seu usuário. De acordo com a Pereira et al. (2013), a busca ativa proporciona a interação com o usuário e seu território, uma vez que ela permite conhecer o seu contexto e também:

> "Entender e conhecer as relações que o usuário cria com sua morada, familiares e sociedade, assim como o grau de envolvimento com os mesmos. Permite também avaliar o sofrimento psíquico do usuário e de seus familiares, suas condições e qualidade de vida, avaliar se existem co-morbidades associadas aos transtornos mentais" (PEREIRA et al. 2013, p. 410).

Ainda que a Defensoria Pública exija uma maior prática de busca ativa relacionada às suas demandas e o CAPS AD III assuma a responsabilidade dessa busca ativa, nota-se que a Defensoria Pública ainda utiliza de formalidades para devolutiva após a realização dessa busca ativa. Tal formalidade é expressa no passar o número do processo para que o CAPS acompanhe a demanda, reforçando o que já mencionado na presente pesquisa "a burocratização da comunicação". Supõe-se que isso impossibilita a aproximação no que tange às discussões de caso muito sugerida pela equipe do CAPS AD III, diálogo este que poderia ser fortalecido nas rodas de conversas se houvesse uma maior participação também da equipe multidisciplinar da Defensoria Pública.

a) Apoio Matricial como estratégia de aproximação no diálogo.

Quando abordados sobre a não adesão do paciente ao tratamento no CAPS AD III e ao acesso da família em contrapartida ao acesso do usuário, os servidores apresentam o apoio matricial como ferramenta de cuidado, que com efeito pode ser uma importante estratégia de aproximação e diálogo entre as duas instituições.

> *"A gente faz os matriciamentos nos CSCs, nós somos o articulador da rede em saúde mental, o CAPS é o articulador da rede,então a gente faz os matriciamentos nos locais, nos CSCs, nos pontos da rede para justamente trazer essas demandas." (S2)*

> *"O que eu aprendi sobre isso é que nesses casos a gente aplica o chamado matriciamento. Matriciamento não é apenas em casos em que o paciente está participando das atividades e a gente precisa tomar alguma medida em relação a algum problema específico que o CAPS não dá conta. Também são casos em que o paciente se recusa a ir ao CAPS e ele não quer participar de fato, então a gente acessa os outros pontos da rede para junto com eles traçar estratégias sobre olhares e opiniões a respeito daquele caso, e a partir disso a gente pode talvez conseguir ajudar esse paciente, não é uma certeza, mas é algo que precisa ser feito e é algo que de fato e que nós temos ao nosso alcance e quando tudo mais falha, aí sim a internação, como o senhor diz a internação é em casos que todas as outras medidas já falharam, aí sim, essa é uma alternativa uma possibilidade e eu só gostaria mesmo de esclarecer isso, que temos isso ao nosso alcance, é o que podemos fazer e é o que geralmente nós fazemos, acessar outros pontos. Até porque o paciente ele é um ser biopsicossocial ele tem necessidades que vão além dessa visão psicológica isso pode e deve ser trabalhado também por outros pontos de atenção a saúde." (S3)*

> *"Isso, olha só, essa devolutiva a gente pode criar isso, por exemplo, ela disse que tem pacientes que realmente não aderem, então aí você pode fazer o matriciamento, você vai acompanhando e tal, mas talvez se você ver que é um perfil social, você que tá lá na região, você pode talvez nos encaminhar, entendeu?" (S1)*

Entende-se por Apoio Matricial ou Matriciamento as práticas de intervenção pedagógica entre equipes. Trata-se de um auxílio especializado que pode ser realizado por profissionais de diferentes categorias, destinado para equipes a fim de ampliar seu repertório de conhecimento. Pode ser realizado por meio de ações compartilhadas e de forma integrada.

É uma prática que ocorre com frequência entre as equipes de saúde, um exemplo costumaz é a integração entre saúde mental e atenção básica, que por meio de interconsultas, consultas conjuntas e visitas domiciliares compartilhadas podem traçar um plano de cuidado para os usuários dos serviços das unidades de saúde (GONÇALVES et al., 2011).

De acordo com Da Silva, Da Silva e Miguel (2020) ainda há poucas pesquisas que abordam o matriciamento e o sistema judiciário, no entanto essa ferramenta pode proporcionar uma maior agilidade, tanto nos processos judiciais, quanto nos processos de organização de fluxo de trabalho das equipes multiprofissionais. Também, o matriciamento pode ofertar amparo nas decisões judiciais e na redução da judicialização da saúde uma vez que permite "[..] se pensar em uma ação preventiva da rede bem estruturada no atendimento de sujeitos, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade" (DA SILVA; DA SILVA; MIGUEL, 2020, p. 9787)

No contexto do CAPS AD III e da Defensoria Pública, acredita-se que o matriciamento serviria como um potente articulador da rede, uma vez que possibilitaria a aproximação por meio de reuniões para discussão, encaminhamentos e acompanhamentos dos casos. Além disso, pode permitir a prática da educação permanente,oportunizando um espaço onde os dois serviços, podendo conhecer melhor a atuação um do outro. Outrossim, servindo como planejamento e troca de saberes acerca dos acolhimentos desses familiares que muito acessam a defensoria, do mesmo modo que o CAPS poderia intervir, uma vez que teria um maior conhecimento dos casos que acessam o judiciário. Cabe destacar que para essa finalidade, seria fundamental também a participação da equipe multidisciplinar da Defensoria Pública.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, foi possível compreender, a partir das rodas de conversas, que a Defensoria Pública tem sido acionada, em sua maioria, pelos familiares de usuário de substâncias psicoativas e que os mesmos acionam a Defensoria para os pedidos de internação. Constatou-se que o acesso da Defensoria Pública ao CAPS AD III do município de Palmas/TO ocorre a partir dessas demandas e que o usuário que tem o "perfil" para estar no CAPS AD III não tem buscado nem a Defensoria e nem o CAPS, dificultando o que preconiza o principal acesso ao CAPS, que é o respeito pela autonomia do usuário.

Percebe-se também que a fragilidade das relações entre CAPS AD III e Defensoria Pública está posto pelo processo burocrático dos trâmites na comunicação entre os

serviços, consequência do longo histórico do judiciário como uma instância fiscalizadora e também do receio que os servidores do CAPS AD III tem em passar alguma informação que fira algum princípio legal. De certo modo, faz-se necessário romper com essa lógica, supondo-se que tal rompimento pode ocorrer por meio de processos formativos em que a Assistência Jurídica da Secretaria de Saúde esteja envolvida.

Faz-se necessário também a criação de espaços dialógicos com a gestão dos serviços, com a equipe multiprofissional da Defensoria Pública lotada na Central de Atendimento à Saúde (CAS). A abertura de espaços e processos de trabalho que oportunizem e fomentem discussões de casos, compartilhamentos de saberes, espaços que estejam presentes também os usuários dos serviços e seus familiares. Acredita-se que tais ações trariam como impacto uma rede melhor articulada e uma diminuição de demandas com foco em pedidos de internação. Importante destacar a necessidade de processos de educação permanente para os servidores dos dois serviços, voltada para o moviemnto da Reforma Psiquiátrica e o cuidado em liberdade, por exemplo.

Conclui-se que este estudo contribui para refletir sobre os processos de trabalho entre CAPS AD III e Defensoria Pública e também sobre as práticas em Saúde Mental de usuários que fazem uso de substâncias psicoativas. Compreende-se que este estudo pode repercutir em novas pesquisas voltadas para aproximação e fortalecimento da articulação em rede, especialmente entre CAPS AD III e sistema judiciário, além de seus achados poderem direcionar intervenções por parte dos gestores e servidores de tais instituções. Em pesquisas que visem explorar a construção de fluxos entre serviços e instituições, sugere-se avançar na escuta dos profissionais e também dos gestores, quanto às propostas de intervenção que visualizam, dialogando coletivamente sobre tais reflexões e sugestões, favorecendo a aproximação e o diálogo entre as instituições, por fim, contribuindo com boas práticas em saúde mental

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para reinventar as rodas:** rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

ALVES, M. B. S.; NUNES, J. R. Demandas judiciais: adesão dos usuários ao tratamento no CAPS AD III de Palmas - TO. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 52, p. 40-56, 2021. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3334. Acesso em: 23 de dez. de 2021.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 de dez. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3588**/GM, de 21 de dezembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 21 de dez. De 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n°. 130**/GM, de 26 de janeiro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 21 de dez. de 2021.

BRASIL. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 20 de dez. de 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 17 de jan. de 2022.

BARTOLOMEI, J. R.; REZENDE, L. F. Judicialização da saúde e internações compulsórias de jovens usuários de drogas: um estudo em Espírito Santo do Pinhal/SP. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 2, p. 92-111, 2017. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142025. Acesso em: 21 de dez. de 2021.

CÉZAR, Michelle de Almeida; MELO, Walter. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 127-142, 2018.
CHIAVERINI, Dulce Helena et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011.

DA SILVA, Geisiele Aparecida; DA SILVA, Rosária Marília; MIGUEL, Edson Roberto Arpini. Projeto de matriciamento judiciário: uma proposta de organização e gestão do trabalho interprofissional no âmbito da justiça/Judicial matrix project: a proposal for the organization and management of interprofessional work within the scope of justice. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 9782-9788, 2020.

DE MELO, Patrícia Freitas; DE PAULO, Maria de Assunção Lima; GRANDE-UFCG, Campina. **A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas**. 2012.

DUARTE, C. G. Internação compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Revista da Defensoria Pública**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

FREITAG, Raquel Meister Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência?. **Revista de estudos da linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018. Disponível em: http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/view/12412. Acesso em: 29 de mar. de 2022.

GONDIM, S. M. G.; BENDASSOLLI, P. F. Uma crítica da utilização da análise de conteúdo qualitativa em psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 191-199, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/M6cwvMCxw8xnKcbMVhmTBmp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 de jan. de 2022.

JÚNIOR, H. C. M. Psicologia e justiça: a psicologia e as práticas judiciárias na construção do ideal de justiça. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 18, p. 28-37, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/JWpDkHVyYWKnXNZBNJLCHKv/?format=html&lang=pt. Acesso em: 20 de jan. de 2022.

LEMKE, Ruben Artur; DA SILVA, Rosane Azevedo Neves. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2018. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858. Acesso em: 20 de jan. de 2022.

SILVA, L. L. S. et al. Familiares que procuram internação compulsória para membros usuários de drogas: perfil, expectativas e necessidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, p. 1-8, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/3DGxG5KP3qTnp7DgzLSryCL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 de jan. de 2022.

PEDROSA, Tacianna Bandim; CÁCERES-SERRANO, Pablo. Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 27, p. 161-172, 2022.

PEDROSA, Tacianna Bandim; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Saúde mental e justiça: os desafos do cuidado em rede. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 2, p. 73-82, 2017.

PERUZZO, C. M. K. Pressupostos epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação. **Estudios sobre las culturas contemporáneas**, v. 23, n. 3, p. 161-190, 2017. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/316/31652406009/31652406009.pdf. Acessado em: 20 de jan. de 2022.

PEREIRA, Maria Odete et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta paulista de enfermagem**, v. 26, p. 409-412, 2013.

TOCANTINS. **Lei Complementar Nº 55**, de 27 de Maio de 2009. Organiza a Defensoria Pública do Estado do Tocantins e adota outras providências. Palmas, 27 maio 2009. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/269701/. Acesso em: 17 de jan. de 2022.

Capacitação profissional dos novos concursados do município de Palmas-TO em testes rápidos e Infecções sexualmente transmissíveis: relato de experiência de uma residente psicóloga

Larissa Romão de Carvalho

Milena Alves de Carvalho Costa

Resumo: Este relato descreve a experiência de uma psicóloga, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, que participou da capacitação de novos servidores da saúde de Palmas-TO sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e testes rápidos. A capacitação foi dividida em módulos teóricos e práticos, abordando temas como sífilis adquirida e gestacional, e a importância do aconselhamento pré e pós-teste. A residente contribuiu para a formação, abordando os tópicos de pré e pós aconselhamento e explanando sobre sífilis. Durante as discussões, surgiram dúvidas sobre os desafios no tratamento de ISTs, como resistência ao tratamento em gestantes e adesão ao seguimento. A experiência evidenciou a importância da capacitação contínua e do trabalho em equipe interprofissional para garantir um atendimento integral e humanizado, além de fortalecer a vigilância epidemiológica no município, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados à população.
Palavras chave: Residência Multiprofissional. Capacitação. ISTs.

Abstract: This report describes the experience of a psychologist resident in the Multiprofessional Residency Program in Collective Health, who participated in the training of new health workers in Palmas-TO on sexually transmitted infections (STIs) and rapid tests. The training was divided into theoretical and practical modules, addressing topics such as acquired and gestational syphilis, and the importance of pre- and post-test counseling. The resident contributed to the training by covering pre- and post-counseling topics and explaining syphilis. During discussions, doubts arose regarding challenges in STI treatment, such as treatment resistance in pregnant women and adherence to follow-up. The experience highlighted the importance of continuous training and interprofessional teamwork to ensure comprehensive and humanized care, as well as strengthen epidemiological surveillance in the municipality, contributing to improved care quality for the population.

Keywords: Multiprofessional Residency. Training. STIs.

Introdução

A residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de pós-graduação, instituída em 2005, pela lei nº. 11.219, é destinada às categorias profissionais de saúde, com exceção da médica. Tem como objetivo formar profissionais capacitados e dedicados ao Sistema Único de Saúde, que tenham uma conduta diversificada no SUS, já que se trata de uma formação descentralizada e multidisciplinar, de maneira a possibilitar a democratização dos diferentes ambientes de trabalho (SILVA et al, 2016).

Silva e Dalbello-Araujo (2019) apontam a residência multiprofissional em saúde como uma estratégia para a reformulação dos serviços públicos, através da interação entre gestores, profissionais efetivos, profissionais residentes, tutores e usuários da

rede de saúde. Os autores ainda apontam que, ao contar com a presença de profissionais de diferentes áreas da saúde, colaboram para a mudança no modelo biomédico de atenção à saúde, indo ao encontro do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que diz respeito à uma prática de saúde que olha além dos aspectos biológicos e considera todo o contexto cultural, social e familiar no qual o indivíduo está inserido.

A resolução 03/2022 do Conselho Federal de Psicologia, reconhece como uma das áreas de especialidades profissionais, a Psicologia em Saúde e a define como:

> "a área de atuação profissional da psicologia referente à aplicação de técnicas psicológicas em cuidados, promoção e manutenção da saúde integral, bem como no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças." (BRASIL, 2022)

A resolução também estabelece como algumas de suas atribuições: identificar e divulgar fatores condicionantes da saúde populacional; atuar em serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e hierarquia dos equipamentos de saúde, instituições de ensino, comunitárias e religiosas; integrar o conhecimento clínico, educacional e social da psicologia com as outras ciências da saúde para promover saúde para a população. Pode-se perceber que a resolução também aponta para que o psicólogo atue em prol do princípio da integralidade, o que vai ao encontro do objetivo da formação multiprofissional.

Tendo em vista esse princípio, a residência multiprofissional pode direcionar os residentes a diferentes setores de saúde e diferentes níveis de atenção. De acordo com informações contidas no Projeto Político Pedagógico do curso, a estrutura do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) tem como objetivo desenvolver e capacitar profissionais com visão analítica das condições de saúde e dos fatores que originam problemas, procurando a correlação destes com fatores socioculturais do local, para que a partir disso seja possível resolver ou propor alternativas de aprimoramento para as questões de saúde de uma comunidade.

Durante o processo de formação, os residentes executam atividades de gestão em saúde na Rede do Sistema Único de Saúde, integrando conhecimento técnico de qualidade com competências que assegurem autonomia na tomada de decisões e inovação para gerir diante das diversas dificuldades da realidade local. Para isso, os

profissionais atuam em diversos cenários de prática como a Vigilância Sanitária, o Centro de Investigações - CIEVS, a Central de Imunização, dentre outros.

Tal currículo tornou possível que os residentes estivessem inseridos na Superintendência de Atenção e Vigilância em saúde e especificamente nas coordenações técnicas, responsáveis por ações de vigilância epidemiológica das doenças e agravos, transmissíveis e não transmissíveis, monitoramento dos indicadores de saúde, capacitação de profissionais da atenção primária, desenvolvimento de fluxos de manejo.

Tendo isso em vista, é válido afirmar que a prática do psicólogo inserido no campo da saúde coletiva deve ser permeada pela ampliação de suas ações para uma modalidade comunitária. Além disso, o profissional precisa adotar um modo diferente de estar a serviço do outro, assumindo uma postura crítico-reflexiva mais empenhada em relacionar o contexto sociocultural e político de sua prática com o compartilhar de atividades que vão além de diagnósticos (CARVALHO, BOSI, FREIRE, 2009).

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é descrever a experiência de uma profissional psicóloga, residente multiprofissional em saúde coletiva, durante atividade de capacitação técnica para os servidores do município de Palmas, na qual a residente atuou como facilitadora.

Importante mencionar que o relato de experiência pode ser visto como a expressão escrita de experiências, que é capaz de contribuir na produção de conhecimento. O conhecimento advindo dos relatos pode beneficiar o meio acadêmico e a sociedade geral, pois colaboram no desenvolvimento de intervenções e permitem o uso de futuras recomendações de trabalho (MUSSI, FLORES e ALMEIDA, 2021).

Metodologia

Trata-se de relato de experiência sobre a vivência de uma profissional de psicologia e residente do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva, referente a uma atividade de capacitação técnica para novos servidores do município de Palmas-TO, que ocorreu em outubro de 2024 na FESP, ofertada pela coordenação técnica das doenças infectocontagiosas.

O foco da capacitação foram as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), os sistemas de informação utilizados no município (NotificaSUS, e-SUS, Sisloglab),

além do treinamento para realização dos testes rápidos para detecção de ISTs, disponibilizados pela rede municipal.

A equipe responsável pela capacitação era composta por uma residente psicóloga e uma residente biomédica, que atuavam no monitoramento de sífilis gestacional e congênita, bem como do HIV em adultos, respectivamente. Também compunham a equipe, a analista de saúde e biomédica responsável pela vigilância das hepatites, o enfermeiro responsável pela vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas, a enfermeira responsável pela sífilis adquirida, a farmacêutica responsável pela gestão do programa de penicilinas, além da auxiliar de serviços de saúde, encarregada dos mapas de solicitação de testes rápidos e da coordenadora da equipe. É válido mencionar que a equipe da coordenação possui mais membros, que não puderam participar por motivos como conflito de horários ou atestado médico.

O curso foi organizado em dois módulos: teórico e prático; o primeiro, onde havia apresentação expositiva acerca das ISTs, sistemas de informação em saúde e informações sobre os testes rápidos; o segundo módulo tratou da parte prática, onde os profissionais de saúde treinam a realização dos testes rápidos. A residente de psicologia participou somente do momento teórico, enquanto a execução prática ficou sob responsabilidade dos membros da equipe que já possuíam maior experiência na realização dos testes rápidos.

Os profissionais de nível superior e nível técnico, aprovados no concurso público da Secretaria Municipal de Saúde, lotados na rede de atenção básica e vigilância do SUS-Palmas foram divididos em três turmas, com módulo teórico e prático, para cada turma o modo de apresentação foi o mesmo: apresentação da equipe que compõe a coordenação técnica de doenças infectocontagiosas, descrição dos tópicos a serem apresentados, breve dinâmica de apresentação entre os aprovados e em seguida o momento de apresentação, onde o membro da equipe responsável pelo agravo conduzia essa parte específica. A residente de psicologia foi responsável por conduzir tópicos sobre o momento de pré e pós aconselhamento, que deve ser realizado com todo paciente que buscar os testes rápidos, bem como sobre a exposição teórica sobre sífilis adquirida e sífilis gestacional. Incluir o período de realização das capacitações, em meses de 2024.

Durante o momento de elucidação acerca do pré e pós aconselhamento, a residente iniciava com a pergunta “o que vocês pensam que é o pré e pós aconselhamento?”, e a partir das respostas desenvolvia a apresentação abordando

questões éticas, como garantia de sigilo e atendimento livre de julgamentos, importância da escuta qualificada e atendimento humanizado, além de ser enfatizado que os profissionais de saúde devem estar aptos para atender todo paciente que busca atendimento para realizar os testes rápidos.

No momento da sífilis foi abordada a etiologia da doença, questões clínicas, estadiamento, forma de tratamento e o seguimento necessário após o tratamento, que é diferente nos casos de sífilis adquirida e sífilis gestacional, além dos fluxos municipais e manejo das duas formas da doença, adicionalmente, foi apresentada a importância do preenchimento de todos os campos da ficha de notificação do SINAN, importante instrumento de identificação do perfil epidemiológico e fornecimento de dados para elaboração de estratégias de enfrentamento da epidemia em Palmas, bem como ressaltou a importância do registro adequado das consultas e procedimentos realizados no sistema e-SUS. Os demais facilitadores da capacitação apontaram pontos semelhantes em suas apresentações, cada qual referente a uma IST.

Resultados e discussão

Ao final dos três dias de curso e três turmas, foram capacitados 60 profissionais da atenção básica, sendo estes médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e técnicos de enfermagem.

É de amplo conhecimento que o aprimoramento profissional constante é imprescindível para a atuação dos profissionais de saúde, LUCA *et al.* (2024) elucidam que a capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde é importante para garantir a correta realização dos testes rápidos, bem como a notificação compulsória dos agravos, objetivando o diagnóstico precoce, tratamento correto e a vigilância epidemiológica eficaz. Esta informação foi corroborada após a capacitação, pois embora a grande maioria já tivesse experiência de trabalho na rede de saúde, em Palmas-TO e em outros municípios e estados, muitos ainda tinham dúvidas quanto aos temas abordados.

Durante os momentos de apresentação teórica, foi perceptível como os profissionais de saúde tinham dúvidas sobre o processo de saúde e fluxos de encaminhamento da rede. Acerca do pré e pós aconselhamento, os profissionais levantaram pontos como a apreensão em entregar diagnósticos e também as barreiras ao abordar a temática das ISTs devido ao preconceito que permeia o tema, surgiram

muitas dúvidas que, embora fossem formuladas de formas diferentes, se assemelham bastante e podem ser resumidas da seguinte maneira:

Quadro 1. Principais dúvidas dos participantes sobre aconselhamento na capacitação em testes rápidos – Palmas, 2024

Dúvidas sobre o aconselhamento
Como vou informar o diagnóstico?
E se eu não estiver pronto para dar o diagnóstico?
E se o paciente não voltar?

A partir disto, é importante ressaltar que o aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário, que implica a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os participantes do diálogo (BRASIL, 1998). A cartilha de Diretrizes e Procedimentos Básicos em Aconselhamento em DST e HIV/Aids (1998) informa que o aconselhamento envolve aspectos biológicos acerca das infecções, mas também questões emocionais, sociais, culturais e familiares, às quais os profissionais não estão sempre hábeis a dar suporte. Passos *et al* (2013) pontua que, este momento deve se pautar na escuta ativa, onde o profissional de saúde oferece estratégias que possibilitem que o paciente se reconheça como sujeito de sua própria condição de saúde.

Já quanto à sífilis, surgiram muitas dúvidas, a respeito da clínica e em relação ao tratamento da doença.

Quadro 2. Dúvidas frequentes sobre a IST sífilis - Palmas, 2024

Dúvidas acerca da sífilis adquirida e sífilis gestacional
Como saber que é sífilis primária?
E se o parceiro não quiser testar?
O que significa quando o teste rápido dá positivo e o VDRL dá não reagente?
A partir de quanto tempo posso considerar reinfecção?
Mesmo se atrasar um dia tem que reiniciar o tratamento?
O que fazer neste caso?

Embora algumas outras dúvidas também envolvessem situações específicas ocorridas nas Unidades de Saúde em que os participantes trabalham, todas foram

respondidas a partir de informações contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e de maneira a ressaltar que o foco do tratamento deve ser o paciente que está procurando o serviço de saúde. Além disso, foi mencionada a necessidade de orientar os usuários dos riscos da infecção e da importância de dialogar com seus parceiros para que eles também sejam envolvidos no processo, sendo testados e possivelmente tratados.

As dúvidas semelhantes evidenciaram que muitas das dificuldades são enfrentadas por todo o município. Também foi perceptível para a residente que, embora houvesse muitos questionamentos acerca da parte clínica das doenças, também houveram muitos que envolviam a parte de relação interpessoal, especialmente sobre a vinculação do paciente com o profissional.

Os participantes também trouxeram algumas situações enfrentadas no cotidiano de trabalho que atenderam em suas respectivas Unidades de Saúde.

Quadro 3. Desafios apontados pelos participantes na capacitação em testes rápidos - Palmas, 2024

Situações apontadas
Parceiro de gestante não testar e tratar;
Dificuldade de adesão ao tratamento, especialmente nas datas corretas;
Dificuldade no seguimento adequado após o tratamento, com realização de exames;
Casais onde um apresenta resultado reagente e o(a) parceiro(a) tem resultado não reagente;
Pacientes que não apresentam resposta imunológica adequada ao tratamento;
Interrompimento na realização do exame FTA-ABS pela rede pública.

Embora alguns dos cenários trazidos envolvam questões de estrutura do SUS, as demais voltam ao ponto da importância da vinculação do paciente com a equipe profissional.

A Portaria Nº 2.346, de 2017, referente à Política Nacional de Atenção Básica reforça a importância do princípio da resolutividade, a fim de construir vínculos com a população atendida, o que possibilita a criação de intervenções clínicas eficazes, com intenção de aumentar a autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais. Ainda pontua que o vínculo entre profissionais e pacientes é construído ao longo do tempo, de modo

permanente e deve visar a continuidade do tratamento, a adesão do usuário ao cuidado compartilhado e o acesso à Unidade de Saúde (BRASIL, 2017).

O que evidencia que em casos com adequada vinculação entre pacientes e equipe multidisciplinar, há a possibilidade de tratamentos eficazes, bem como o devido seguimento pós-tratamento nos casos de sífilis - gestacional e adquirida - que é de extrema importância para verificar a eficácia do tratamento e a cura da pessoa. Contudo, ASSIS *et al.* (2020), informa que fatores como a sobrecarga e a rotatividade de trabalho dentro da Atenção Primária influenciam no estabelecimento de vínculos, o que pode ser um fator a ser considerado na rede municipal de Palmas, já que muitos participantes apontaram dificuldades como a falta de profissionais e a consequente sobrecarga, além da falta de recursos.

Ao final, todos os profissionais demonstraram-se gratos pelo momento da capacitação, alegando que era importante para sua prática profissional, afirmaram que tiveram suas dúvidas sanadas, também mencionaram a oportunidade de estreitar laços, conhecer pessoalmente os responsáveis técnicos pelas doenças abordadas. Muitos afirmaram se sentirem mais preparados para atender os pacientes.

Considerações Finais

Diante do que foi discutido no trabalho, pode-se afirmar a importância da educação continuada para os servidores de saúde. A capacitação técnica ofertada mostrou-se como uma estratégia eficiente para o fortalecimento da realização dos testes rápidos e a abordagem das ISTs, o que colabora com a vigilância epidemiológica de tais doenças. No decorrer da experiência, foi perceptível que a qualificação foi valiosa não apenas para atualização técnica dos profissionais, mas também para a conscientização sobre a importância da escuta qualificada, assim contribuindo com a promoção de um atendimento mais sensível à possíveis questões emocionais e psicossociais dos pacientes.

A experiência relatada sublinha a importância da capacitação no fortalecimento das práticas de saúde e a garantia de atendimento humanizado, ressaltando como a integração entre as diferentes áreas da saúde é essencial para assegurar um cuidado integral e pleno à população, além de auxiliar no enfrentamento aos desafios da saúde pública. Ademais, a experiência foi de grande contribuição para o processo formativo da residente, já que vai ao encontro do que é proposto no programa de residência multiprofissional.

Por fim, a experiência de atuação na coordenação técnica das doenças infectocontagiosas permitiu que a residente tivesse a oportunidade de desenvolver ações de vigilância epidemiológica, participar de reuniões de equipe, visitas técnicas, planejamento de ações, desenvolvimento de projetos e construção de documentos como planos operacionais e linhas de cuidado. O que possibilitou uma compreensão ampliada da atuação do profissional no ambiente de gestão e o desenvolvimento de habilidades para execução de ações de educação em saúde. Dessa forma contribuiu para a formação acadêmica e profissional e para o reconhecimento da importância do residente como agente ativo na transformação da promoção e assistência em saúde.

Referências Bibliográficas

ASSIS, Bianca Cristina Silva De; SOUSA, Girliani Silva De; SILVA, Gisele Geralda Da; PEREIRA, Maria Odete. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 6, p. e3134–e3134, 2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3134. Acesso em: 14 de fevereiro de 2025.

BRASIL. **Conselho Federal de Psicologia**. Resolução nº 03, de 17 de março de 2022. Dispõe sobre as áreas de atuação profissional da psicologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 2022. Seção 1, p. 111. Disponível em: https://www.portal.cfp.org.br. Acesso em: 04 de fevereiro de 2025.

_____. **Portaria nº 2.346, de 8 de dezembro de 2017**. Estabelece diretrizes para a atenção básica à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 2017. Seção 1, p. 34. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 de fevereiro de 2025.

_____. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos**. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf. Acesso em: 28 de fevereiro de 2025.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M.; FREIRE, J. C.. A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 60–73, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/vXWgtV8bk4cb6cZB5gk5Rht/. Acesso em: 28 de fevereiro de 2025

DE LUCA, A.R; CASTRO, J.M.; COSIM, L.; PASSOS, R.A. Capacitação de equipes sobre Testes Rápidos contra infecções sexualmente transmissíveis e notificação epidemiológica. **Revista Eixos Tech**, [S. l.], v. 11, n. 3, 2024. DOI: 10.18406/2359-1269v11n32024398. Disponível em:

https://eixostech.pas.ifsuldeminas.edu.br/index.php/eixostech/article/view/398. Acesso em: 10 fev. 2025.

FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS. **Projeto Político Pedagógico dos Programas de Residência em Saúde: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**. Disponível em: https://fesp.palmas.to.gov.br/saude-coletiva. Acesso em: 21 fev. 2025.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010. Acesso em: 20 fev. 2025.

PASSOS, S. C. DA S. et al.. Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 278–287, jun. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Dbb33Jg4NMcGkxGyHcpFs5w/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 28 de fevereiro de 2025.

SILVA, C. T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e2760014, 2016.

SILVA, C. A. DA .; DALBELLO-ARAUJO, M.. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1240–1258, out. 2019.

SINISTROS DE TRÂNSITO EM PALMAS: ANÁLISE DO FLUXO DE ATENDIMENTO E DESAFIOS PARA A SAÚDE PÚBLICA.

TRAFFIC ACCIDENTS IN PALMAS: ANALYSIS OF THE CARE FLOW AND CHALLENGES FOR PUBLIC HEALTH.

Renata da Cunha Carneiro [1]
Marta Maria Malheiros Alves [2]
Lorenna Martins da Silva[3]

RESUMO

Introdução: As vítimas de sinistros de trânsito podem ser caracterizadas de diferentes formas, desde a ausência de lesões até o óbito. Os sobreviventes ao acidente podem também evoluir com sequelas imediatas e ou tardias, e o atendimento adequado, o tempo decorrido entre o acidente e a admissão hospitalar são fatores de grande relevância para a redução de mortalidade das vítimas de lesões causadas por acidente. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo descrever o fluxo de atendimento dos pacientes vítimas de sinistros de trânsito na cidade de Palmas no período de Julho a Dezembro de 2022. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e quantitativo, que foi realizado analisando o histórico dos pacientes vítimas de sinistros de trânsito, que deram entrada no Serviços da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na região norte no segundo semestre do ano de 2022, através de dados secundários que foram fornecidos pela Secretaria municipal de saúde, por meio da coordenação de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) da Comissão de Gestão de Dados e Informações do Programa Vida no Trânsito. **Resultados:** das 21 internações por acidente de trânsito analisadas pela comissão de análise de dados do Programa Vida no Trânsito, 66,7% permaneceram por até 24 horas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) aguardando transferência para o serviço hospitalar, 33,3% aguardaram por um período superior a 24 horas. **Conclusão:** Este estudo propirciou identificar o perfil das vítimas, que é predominantemente do sexo masculino com faixa etária de 18-25 anos, e também que o período de permanência dessas vítimas na upa, sinalizando que 33.3% dos casos ultrapassaram 24 horas aguardando transfência para o serviço hospitalar, o maior tempo de permanência na internação comparado a média nacional.O que sugere a necessidade de discussão deste fluxo para garantir o atendimento em tempo oportuno.

Palavras-chave: Acidente de trânsito. Serviço de saúde. Hospitalização. Causas externas.

ABSTRACT

Introduction: Victims of traffic accidents can be characterized in different ways, from the absence of injuries to death. Accident survivors may also develop immediate and/or late sequelae, and adequate care and the time elapsed between the accident and hospital admission are highly relevant factors for reducing mortality among victims of injuries caused by accidents. Objective: The study aimed to describe the flow of care for patients who were victims of traffic accidents in the city of Palmas from July to December 2022. **Methodology:** This is an observational, descriptive, and quantitative study, which was carried out by analyzing the history of patients who were victims of traffic accidents, who

were admitted to the Emergency Care Unit (UPA) Services in the north region in the second half of 2022, through secondary data that were provided by the Municipal Health Department, through the coordination of Health Information Systems (SIS) of the Data and Information Management Committee of the Vida no Trânsito Program. **Results:** of the 21 hospitalizations due to traffic accidents analyzed by the data analysis committee of the Vida no Trânsito Program, 66.7% remained for up to 24 hours in the Emergency Care Unit (UPA) awaiting transfer to the hospital service, 33.3% waited for a period longer than 24 hours. **Conclusion:** This study made it possible to identify the profile of the victims, which is predominantly male and aged 18-25 years, and also the length of stay of these victims in the UPA, indicating that 33.3% of the cases exceeded 24 hours awaiting transfer to the hospital service.

Keywords: Traffic accidents. Health service. Hospitalization. External causes

1. INTRODUÇÃO

Brasil 2015, evidencia que os sinistros de trânsito, estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo assim um importante problema de saúde pública, exigindo um trabalho conjunto para promoção de medidas preventivas que sejam eficazes para redução da morbimortalidade no trânsito. Além de comprometer 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países de baixa e média renda (WHO, 2015).

A hospitalização das vítimas de sinistros de trânsito é um indicativo da severidade do ocorrido e corresponde a uma parte significativa das despesas geradas por esse tipo de incidente. Além dos gastos diretos com o tratamento da vítima, devem ser considerados ainda os prejuízos com a perda de produtividade do indivíduo acometido por esse agravo, podendo estender essas consequências para seus familiares. (Drummond et al,. 2005).

O Brasil atua por meio de ações, no âmbito federal, estadual e também municipal. O Programa Vida no Trânsito (PVT) faz parte dessas ações e foi criado com o objetivo de reduzir mortes e lesões no trânsito, incentivando a intersetorialidade (Silva et al., 2013, p. 532). O Projeto Vida no Trânsito é coordenado pelo Ministério da Saúde e visa o fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito, assim como mudança de comportamentos e hábitos por parte da população, através da promoção de ações educativas e de conscientização. Além disso, representa uma estratégia dentro do conjunto de intervenções integrantes do Plano Nacional da Década de Ações de Segurança no Trânsito, de acordo com a recomendação decretada pela Organização das Nações Unidas (Neto et al, 2013 p. 375).

Palmas integra o PVT desde 2011 e para obter os dados de forma intersetorial, foi estruturada a Comissão de Gestão de Dados e Informações do Programa Vida no Trânsito, composta por instituições do poder público que trabalham com a temática. A comissão realiza a análise de acidentes graves e fatais ocorridos no perímetro urbano de Palmas, que foi a área de atuação definida para o programa, com o objetivo de identificar, os tipos de vítimas, os fatores de riscos que ocasionou o acidente, mostrando o número absoluto e os indicadores relacionados às vítimas, através de reuniões intersetorialmente que proporcionam a tomada de decisões através de reuniões intersetorialmente que propiciarão nas tomadas de

decisões e promoção de ações preventivas para a redução da morbimortalidade no perímetro urbano da Capital (Brasil, 2017). Em Palmas, como registra o boletim epidemiológico, foram identificados 55 vítimas fatais que são os óbitos ocorridos imediatamente no local ou até trinta dias de internação após o sinistro. esse número está relacionado aos sinistros que aconteceram no perímetro urbano da cidade no ano de 2023, sendo que no primeiro semestre de 2024 já apresentou um número de 36 acidentes fatais, nas mesmas condições. (Palmas 2024).

A Assembleia Geral das Nações Unidas por meio da resolução o A/RES/64/255 definiu em 2010 a primeira década de Ação pela Segurança do Trânsito no período de 2011-2020, a qual teve como meta global, a redução em 50% da mortalidade no trânsito até o final da década. No período do lançamento o Brasil estava entre os cinco países com mais mortes de trânsito no mundo. A segunda década da Ação pela Segurança do Trânsito 2021-2030, foi lançada em 2021, trouxe alguns desafios já estão previstos para essa década, como por exemplo a implementação da educação de trânsito nas escolas.

Sousa et al, (2022) afirma que as lesões provocadas por sinistros de trânsito representam em todo o mundo 1,35 milhão de óbitos e mais de 50 milhões de feridos anualmente. Sendo que dessas vítimas, 93% são de países em desenvolvimento sendo jovens do sexo masculino com faixa etária entre 18 e 25 anos de idade. O Brasil encontra-se entre os dez países com maiores mortalidades por sinistros de trânsito e as sequelas que permanecem nessas vítimas, impactam diretamente a qualidade de vida e condições de saúde da pessoa exposta, e além disso seus efeitos ultrapassam o dano individual tornando-se um problema de saúde pública. Estudos sinalizam que o tempo decorrido do acidente e o atendimento hospitalar é um fator de grande relevância para a redução de danos na ocorrência de sequelas e até mesmo óbito, tendo como parâmetro que 40% das mortes ocorrem em fase hospitalar. Diante disto, fica explicitada a necessidade de uma intervenção capacitada de imediato.

A implantação dos serviços de atendimento pré-hospitalar no Brasil foi no começo da década de 90, passando a ser chamado de Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), a partir do Plano Nacional de Atendimento à Urgência e Emergência em 2003 (Melo, Mendonça, 2021).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, com a finalidade de possibilitar o melhor funcionamento da rede. Como definido nas diretrizes, a UPA deve ser um local de estabilização do paciente atendido pelo SAMU, e manter em observação até 24 horas, e caso de necessite, encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial (Brasil, 2017).

Em abril de 2022, a Secretaria Estadual do Tocantins iniciou um projeto piloto, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em que alterou a regulação da porta de entrada da urgência e emergência adulta do Hospital Geral de Palmas (HGP), que teve como finalidade regular as unidades de Saúde de alguns municípios, dentre eles Palmas-TO. O protocolo do projeto regulamenta o acesso à porta de entrada do pronto-socorro por meio das práticas regulatórias mediadas pela Central Estadual de Regulação (CER) e pelo Núcleo Interno de Regulação do Hospital Geral de Palmas (NIR/HGP), sendo assim, após o recebimento dos pedidos de encaminhamentos destes pacientes via regulação, era avaliado os critérios de emergência e urgência, e os pacientes que estão ou requerem uso de suporte avançado de vida, a partir disso era realizada a confirmação da reserva do leito via NIR/HGP. (Tocantins, 2022).

Palmas conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA Norte e Sul) e SAMU regionalizado de gestão municipal e o Hospital Geral de Palmas (gestão Estadual) como referência em trauma.

Considerando o impacto significativo dos sinistros de trânsito na saúde pública, este estudo tem como objetivo descrever o fluxo de atendimento dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito na cidade de Palmas no período de Julho a Dezembro de 2022.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, quantitativo. realizado na cidade de Palmas-TO analisando o histórico dos pacientes vítimas de sinistro de trânsito, que deram entrada nos Serviços da Unidade de Pronto Atendimento na região norte no segundo semestre do ano de 2022, através de dados secundários

que foram fornecidos pela Secretaria municipal de saúde, por meio da coordenação de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) da Comissão de Gestão de Dados e Informações (CGDI) do Programa Vida no Trânsito de Palmas. A pesquisa foi realizada no ano de 2024 após um levantamento feito pela coordenação de sistemas de informação em saúde dos pacientes que foram admitidos na UPA norte classificados com CID-10 V01-V99 no período descrito, os dados foram comparados e tratados pela área técnica de Causas externas do município para relacionar os pacientes admitidos na unidade de pronto atendimento, com os dados que foram analisados no Programa Vida no Trânsito, nas seguintes variáveis: sexo do paciente, idade do paciente, data de ocorrência do sinistro, data de admissão na UPA, data de internação hospitalar, data da alta hospitalar. A análise foi conduzida utilizando o software microsoft excel. A exposição dos resultados contempla a criação de gráficos visuais, como ferramentas complementares para uma representação clara e elucidativa das tendências e padrões identificados durante a análise do evento.

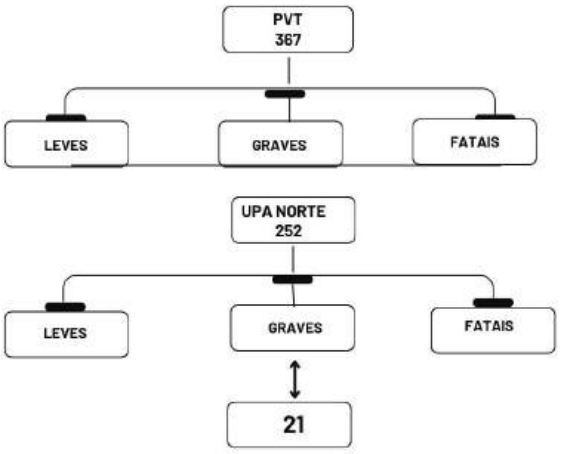
A pesquisa foi realizada seguindo todas as diretrizes éticas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução CNS 466/12. Foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa (CEP) da Fundação escola de saúde pública de Palmas, e aprovado sob parecer n° 7.302.836 (CAEE: 82468924.5.0000.9187)

3. RESULTADOS

Conforme relatado à OPAS (2024), o Brasil foi um dos nove países a conseguir redução no número de óbitos por sinistros de trânsito entre os anos de 2010 e 2021, com uma queda de 23%. Em 2022, de acordo com os dados consolidados neste ano, houve 34.892 óbitos decorrentes de sinistros de trânsito registrados no SIH/SUS, Já o número de internações no país alcançou um total de 242.031 casos registrados, gerando um gasto de 332.178.794,03 no âmbito do sistema único de saúde, o valor médio de internação por acidente de trânsito neste período foi de 1.513,09. A permanência hospitalar das vítimas atingiu 1.159.907 dias de internação, com permanência média de 5,3 dias por paciente.

Em relação a Palmas, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui em seus registros 79 óbitos por sinistros de trânsito no ano de 2022. Com 861 internações registradas, totalizando um custo total de 1.204.696,46, e valor médio de 1.399,18. As vítimas internadas contabilizaram 8.342 dias de internações, com permanência média de 9,7 dias por paciente. Conforme demonstrado na figura 1 foram registrados pelo PVT, nos meses de julho a dezembro do ano de 2022, o total de 367 casos de sinistros de trânsito com classificações leves, graves e fatais, dentre esses casos, 252 foram admitidos na UPA norte. Conforme os dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) houve 227 casos de internação neste período, sendo que foram admitidos na UPA norte de Palmas e analisados pelo PVT somente os casos graves, que são aqueles em que os pacientes que necessitam permanecer por pelo menos 24 horas de internação, e fatais que são os casos que a vítima vai a óbito no local do ocorrido ou até 30 dias após o acidente, totalizando 21 casos analisados. Como podemos observar na figura 2, onde 66.7% (n=14) foram transferidos da UPA para o serviço hospitalar com até 24 horas após a ocorrência, e 33.3% (n=07) permaneceram na UPA por um período superior a 24 horas para a transferência ao serviço hospitalar. Segundo dados obtidos no SIH/SUS, as internações das vítimas provenientes de AT em Palmas no período do estudo, contabilizaram um total de 4.750 dias de permanência hospitalar, com permanência média de 10,1 dias de internação por paciente.

Figura 1. Acidentes no segundo semestre de 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, janeiro de 2025.

Figura 2: Tempo de permanência das vítimas de acidente de trânsito na UPA norte de Palmas Tocantins

Fonte: Comissão Intersetorial de Gestão de dados e Informação PVT (2024)

Ao avaliar o perfil sociodemográfico da amostra, foi observado, uma predominância no sexo masculino, com percentual de 81%, por outro lado a participação do sexo feminino foi correspondente a 19%. Observa-se que a faixa etária mais acometida pelos acidentes de trânsito foi entre 18-25 anos de idade, mantendo-se de acordo com o perfil nacional, seguidas das faixas 31-35 e 51-60.

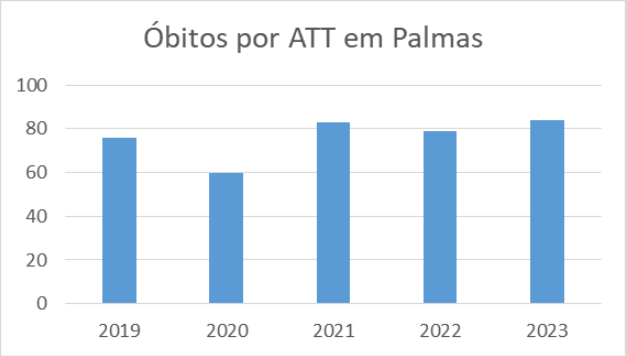
Quadro 1. Distribuição demográfica

SEXO	**N**	**%**
Masculino	17	81%
Feminino	4	19%
Total	21	100%
FAIXA ETÁRIA		
13-17	1	4,8%
18-25	9	42,9%
26-30	2	9.5%
31-35	3	14,3%
36-40	2	9,5%
46-50	1	4,8%
51-60	3	14,3%

Fonte: Dados da pesquisa, Janeiro de 2025.

Com base nos dados coletados no período de tempo decorrido entre os anos 2019 ao ano de 2023, extraídos no SIM, demonstrou-se que o número de óbitos em Palmas motivados por sinistros de trânsito terrestre foi de 382 casos registrados. Em 2019, o número de óbitos foi de 76, um valor relativamente estável, possivelmente refletindo uma continuidade de condições pré-existentes, como o volume de tráfego e a estrutura das vias. No entanto, em 2020, observou-se uma queda substancial para 60 óbitos. Este declínio pode ser parcialmente explicado pela pandemia de COVID-19, que resultou em uma redução significativa no tráfego de veículos devido às medidas de isolamento social e restrições de mobilidade. Esse período de diminuição na circulação de pessoas pode ter contribuído para a diminuição dos sinistros de trânsito. Em 2021, entretanto, o número de óbitos subiu novamente para 83, o que sugere que a recuperação das atividades econômicas e a flexibilização das restrições sanitárias podem ter levado a um aumento na circulação de veículos e, consequentemente, nos sinistros de trânsito. O aumento de 2021 pode também estar relacionado a fatores como o retorno gradual ao trânsito intenso e, possivelmente, à falta de rigor em algumas políticas de fiscalização. Em 2022, o número de óbitos estabilizou-se em 79, indicando uma certa consistência nos índices, mas sem uma melhoria substancial em relação ao ano anterior. Isso pode refletir tanto a implementação de medidas de segurança mais efetivas quanto a persistência de desafios, como comportamentos inadequados de motoristas e a falta de investimentos em infraestrutura viária. Em 2023, o número de óbitos voltou a aumentar, alcançando 84, o que sugere uma possível recuperação de fatores que haviam sido atenuados em anos anteriores. Esse aumento pode ser atribuído a uma série de fatores, incluindo o aumento no número de veículos nas ruas, o retorno dos comportamentos de risco, como a direção sob efeito de álcool e a velocidade excessiva, além da possível insuficiência em políticas públicas de segurança viária em algumas regiões.

Figura 3: Óbitos em Palmas decorrentes de ATT nos últimos cinco anos



Fonte: *Tabnet / SIM atualizado em dezembro 2024*

Com foco no período analisado no estudo, os dados referentes ao ano de 2022 como já mencionado anteriormente, registrou 79 óbitos no SIM, ademais, ao se considerar os registros específicos do Programa Vida no Trânsito, observa-se que o número de óbitos no perímetro urbano da capital tocantinense durante todo o ano de 2022 foi de 74 sinistros fatais. Ao considerar os dados específicos dos meses de julho a dezembro de 2022 foram contabilizados 21 óbitos consequentes de sinistros de trânsito no perímetro urbano de Palmas.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo oportunizou a percepção da permanência de pacientes na Unidade de Pronto Atendimento por um período superior a 24h até ser transferido para o serviço hospitalar durante o segundo semestre de 2022, o que diverge das diretrizes da UPA 24h, a qual estabelece que os pacientes devem ser mantidos em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. Quando observamos a média de permanência hospitalar das vítimas de sinistros de trânsito no Brasil e em Palmas, observa-se que o índice alcançado na capital tocantinense foi de aproximadamente 83,2% maior que o valor observado no âmbito nacional. Isso pode estar relacionado

a alguns fatores diversos, como por exemplo as questões relacionadas à gravidade dos sinistros, à capacidade do sistema de saúde local ou até a características específicas da cidade, fica evidente a necessidade de uma análise mais específica para chegar em uma conclusão definitiva.

Uma das reflexões levantadas a partir das informações obtidas no estudo, foi a possibilidade do fluxo de atendimento destes pacientes impactar no desfecho do caso, vista que que o tempo que a vítima de trauma com necessidade de demandas de maior complexidade, leva do momento do acidente até o tempo da realização do procedimento cirúrgico pode interferir na recuperação desse paciente. Um recente estudo realizado em Palmas mostrou que 42% das vítimas traumatizadas estudadas naquele período não receberam informação ou encaminhamento para assistência pós trauma disponibilizada na rede de saúde pública. (Souza, 2024)

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas. primeiramente a amostra foi composta exclusivamente pelas vítimas de sinistros de trânsito analisadas pela CGDI do Programa Vida no Trânsito de Palmas, que necessariamente fossem admitidos em uma única Unidade de Pronto Atendimento da cidade, reduzindo consideravelmente o número casos estudados, considerando que o número de sinistros registrados em Palmas apresenta-se consideravelmente mais elevado em termos de magnitude. Isso limita a identificação de relações e generalizações significativas a partir dos dados encontrados. Além disso, a falta de informação dos pacientes no momento da alta hospitalar, pontuando eventuais sequelas, transitórias ou permanentes, também implica na discussão dos casos, quanto possíveis prejuízos adquiridos devido ao tratamento tardio, ou até mesmo um resultado positivo com o tratamento ofertado em tempo oportuno.

5. CONCLUSÃO

No presente estudo foi analisado o fluxo de atendimento das vítimas graves de acidente de trânsito da UPA norte para o serviço hospitalar na cidade Palmas Tocantins durante período de julho a dezembro do ano de 2022, foi possível identificar o perfil das vítimas, que é predominantemente do sexo masculino com faixa etária de 18-25 anos, período de permanência das vítimas de acidente de trânsito na upa em que 33.3% dos casos ultrapassaram 24 horas aguardando

transfência para o serviço hospitalar, o maior tempo de permanência na internação comparado a média nacional. A persistência dos elevados índices de mortalidade no trânsito de Palmas, mesmo diante das ações estruturadas e das políticas públicas implementadas, como é o caso do Programa Vida no Trânsito, sugere a complexidade intrínseca do problema. A efetividade dessas iniciativas, embora significativa, parece ser insuficiente para mitigar de forma expressiva o número de fatalidades, o que implica a necessidade de uma reavaliação crítica das estratégias adotadas. Esse fenômeno sublinha a importância de uma abordagem mais holística, que envolva não apenas a implementação de programas preventivos, mas também a consideração de fatores estruturais, comportamentais e sociais que perpetuam os sinistros de trânsito na cidade.

Ficou evidente a importância da temática para saúde pública, considerando o impacto significativo que esses eventos têm sobre a população em termos de morbidade, mortalidade, custos econômicos e sociais, além das implicações para a qualidade de vida das vítimas e suas famílias. bem como a necessidade de meios de acompanhamento destes casos após alta hospitalar, principalmente aqueles com sequelas transitórias ou permanentes. Além disso, é crucial a implementação de intervenções específicas que englobam ações intersetoriais, visando à redução efetiva dos sinistros de trânsito, que representam um dos principais problemas de saúde pública contemporâneos.

A problemática dos sinistros viários transcende as questões de infrações de trânsito, englobando um complexo entrelaçamento de fatores sociais, comportamentais, econômicos e estruturais que demandam uma abordagem integrada e coordenada entre diversos setores da administração pública e da sociedade civil. pois quando analisamos o número de óbitos ocasionados por ATT, ocorridos nos últimos cinco anos, embora haja uma oscilação nos dados, é possível concluir que fatores como o contexto econômico, o comportamento dos motoristas e a implementação de políticas públicas de trânsito são determinantes significativos para a evolução desses números.

REFERÊNCIAS

BRASIL**.** Ministério da saúde. **Gabinete do ministro**. Portaria n°10 de 03 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Vida no Trânsito** / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p.332.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Perfil e evolução da morbimortalidade de acidentes de transporte terrestre** – Brasil, 2004-2013. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, 2015. p. 343-372. 2015a.

Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Melo WA, Mendonça RR. **Caracterização e distribuição espacial dos acidentes de trânsito não fatais**. Cad Saúde Colet, 2021;29(1):1-12. https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010364

MORAIS N, Otaliba Libânio de et al . Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 22, n. 3, p. 373-382, set. 2013 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)***. Brasília, 2023. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10to.def. Acesso em: 28 jan. 2025.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Salvando vidas promovendo uma abordagem de sistemas de trânsito seguros nas Américas**. Washington, DC: OPAS; 2024. Disponível em: https://doi.org/10.37774/9789275329191.

Organização Mundial de Saúde. **Relatório global sobre o estado da segurança viária 2015**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2015 .

PALMAS. **Boletim epidemiológico: acidentes de trânsito fatais, 2023.** Secretaria Municipal de Saúde.

PALMAS. **Relatório: acidentes de trânsito graves e fatais 2023**. Secretaria Municipal de Saúde.

SILVA, Marta Maria Alves et al. **Projeto Vida no Trânsito** - 2010 a 2012: uma

contribuição para a Década de Ações para a Segurança no Trânsito 2011-2020 no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v.22, n.3, p.531-536, set.2013.

SOUZA, R. C. DE. et al. **Tendência da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito entre motociclistas no estado de São Paulo**, Brasil, de 2015 a 2020. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 25, p.37, 2022.

SOUZA, J.S; MALHEIROS, M.M.A Acesso à serviços de reabilitação dos pacientes vítimas de acidentes graves de trânsito durante o primeiro semestre de 2022 em Palmas, Tocantins.

SUS – Sistema Único de Saúde. DATASUS. Indicadores de saúde. Brasília, 2025. Disponível em: http://www.datasus.gov.br. Acesso em: 25 jan. 2025.

TOCANTINS. SECRETARIA DA COMUNICAÇÃO. **Projeto-piloto da regulação da porta de entrada da urgência e emergência adulta do HGP é aprovado**. Disponível em: https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/3191/3191. Acesso em 30 out. 2023.

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

PROFILAXIA E VIGILÂNCIA DA RAIVA HUMANA EM PALMAS, TOCANTINS: UMA ANÁLISE ESPACIAL DAS AGRESSÕES POR MORCEGOS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS, ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2023

Prophylaxis and surveillance of human rabies in Palmas, Tocantins: a spatial analysis of bat attacks and associated risk factors from 2013 to 2023

Thais Cristine Rodrigues de Freitas[1], Benta Natânia Silva Figueiredo[2]

[1] Médica Veterinária Residente em Saúde Coletiva - FESP.

E-mail: cristinethais0@gmail.com

[2] Médica Veterinária. Doutora e Mestre em Ciência Animal Tropical pela Universidade Federal do Tocantins.

RESUMO

A raiva é uma doença zoonótica letal de extrema preocupação para a saúde pública. No Brasil, casos de raiva humana transmitidos por animais silvestres entram em destaque, com os morcegos sendo os principais reservatórios. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as prescrições profiláticas em situações de agressões por morcegos a humanos e a dinâmica espacial desses casos, associado ao monitoramento dos morcegos realizado pelo sistema de vigilância no município de Palmas, Tocantins, de 2013 a 2023. De 136 casos notificados, a análise dos atendimentos iniciais mostrou que 68,38% seguiram adequadamente o protocolo de profilaxia vigente. A Região Administrativa Sudeste apresentou maior concentração de residentes notificados. Entre 2015 e 2023, 108 morcegos foram coletados em residências e analisados quanto à presença do vírus rábico, onde 2,78% apresentaram laudos reagentes, sendo encontrados nas regiões Noroeste, Sudoeste e Sul. O estudo evidenciou a importância das ações de vigilância dos casos de agressões por animais potencialmente transmissores do vírus da raiva e do monitoramento dos protocolos profiláticos prescritos no atendimento inicial, além da comprovação da circulação do vírus na área urbana, gerando um alerta para o potencial de acidentes envolvendo esses animais e a necessidade de ações integradas entre as instituições competentes.

Palavras-chave: *Lyssavirus*. Georreferenciamento. Profilaxia antirrábica humana. Saúde Única.

ABSTRACT

Rabies is a lethal zoonotic disease of extreme concern to public health. In Brazil, human rabies cases transmitted by wild animals have gained prominence, with bats being the primary reservoirs. This study aimed to analyze prophylactic prescriptions in cases of bat attacks on humans and the spatial dynamics of these incidents, in association with bat monitoring conducted by the surveillance system in the municipality of Palmas, Tocantins, from 2013 to 2023. Among the 136 reported cases, analysis of initial medical care showed that 68.38% adequately followed the current prophylaxis protocol. The Southeast Administrative Region had the highest concentration of reported residents. Between 2015 and 2023, 108 bats were collected from residences and tested for the rabies virus, with 2.78% testing positive. These cases were identified in the Northwest, Southwest, and South regions. The study highlighted the importance of surveillance efforts regarding attacks by animals that are potential rabies virus transmitters and the monitoring of prophylactic protocols prescribed during initial care. Additionally, it confirmed the circulation of the virus in urban areas, raising an alert about the potential for accidents involving these animals and the need for integrated actions among relevant institutions.

Keywords: *Lyssavirus*. Georeferencing. Human rabies prophylaxis. One Health.

1. INTRODUÇÃO

A raiva é uma doença infectocontagiosa de caráter zoonótico letal que acomete o Sistema Nervoso Central (SNC) de mamíferos e tem como agente etiológico um vírus de RNA pertencente à família *Rhabdoviridae* e ao gênero *Lyssavirus* (ŠIMIĆ et al., 2018). Trata-se de uma doença de extrema preocupação para a saúde pública, devido ao seu prognóstico desfavorável e à ampla diversidade genética de seu agente etiológico (PICARD-MEYER et al., 2019).

A porta de entrada do vírus se dá a partir da inoculação via saliva de um mamífero infectado, principalmente através da mordedura, arranhadura ou lambedura de mucosas (BRASIL, 2024a). Há alguns anos, a raiva possuía três ciclos envolvidos na sua cadeia de transmissão: urbano, rural e silvestre. Recentemente, o ciclo silvestre aéreo foi acrescentado, o qual abrange especificamente todas as espécies de morcegos, hematófagas ou não (GOMES et al., 2012).

No que concerne a América Latina, observou-se uma redução na incidência da doença transmitida por cães entre os anos de 2013 a 2016, com os morcegos sendo os principais reservatórios atualmente envolvidos na transmissão (WHO, 2024). No Brasil, seguindo o mesmo padrão, casos de raiva humana transmitidos por animais do ciclo silvestre entram em destaque atualmente, sendo o último caso humano ocasionado pela variante canina registrado em 2015 (VARGAS; ROMANO; MERCHÁN-HAMANN, 2019; BRASIL, 2024b).

Fatores naturais, como os habitats dos animais reservatórios e a circulação viral, aliados aos impactos diretos das atividades antrópicas no meio ambiente, desempenham um papel crucial no estudo epidemiológico da raiva (ALVES et al., 2020). O estado do Tocantins possui uma grande biodiversidade, marcada pela vegetação da Floresta Amazônica e Cerrado, e, ações de fragmentação e perda de habitats decorrentes da agricultura, como a expansão urbana, mineração e construções de rodovias podem influenciar na transmissão dessa doença no estado, uma vez que o mesmo possui 48% da riqueza de morcegos conhecida no país (HAIDAR et al., 2013; SOUZA et al., 2021).

Entre 2010 e setembro de 2024, 48 casos de raiva humana foram notificados no Brasil, sendo 24 (50%) destes causados por morcegos (BRASIL, 2024b). Seguindo essa linha do tempo, ainda em outubro de 2024, um óbito por raiva humana foi registrado no estado do Tocantins, também proveniente da variante de morcegos (AgV3) (LOCATELI, 2024).

Devido à letalidade de aproximadamente 100% dos casos em humanos e a ausência de tratamento específico, evidencia-se a importância do correto desempenho e execução dos protocolos de profilaxia pré, pós e reexposição ao vírus rábico (FARIAS, 2021). A profilaxia deve ser adotada mediante a análise dos casos, anamnese completa dos pacientes e registro dos dados do agravo (BRASIL, 2022).

O protocolo profilático atualmente preconizado pelo Ministério da Saúde consiste na aplicação de vacina antirrábica com ou sem o uso do soro antirrábico (SAR) ou da imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR), a depender da situação observada. Todos os casos de agressão por morcegos e demais animais silvestres devem ser considerados acidentes graves, com o acompanhamento e monitoração desses pacientes sendo de extrema importância, para que casos de abandono de tratamento e de administração profilática insuficiente sejam evitados (BRASIL, 2024c).

Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as prescrições profiláticas em situações de agressões por morcegos a humanos e a dinâmica espacial desses casos, associado ao monitoramento dos morcegos realizado pelo sistema de vigilância no município de Palmas, Tocantins, de 2013 a 2023.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho é do tipo transversal descritivo retrospectivo, sobre as medidas profiláticas prescritas para pacientes notificados por agressões de morcegos, associado ao georreferenciamento de suas respectivas residências e da localização de captura de morcegos em Palmas -TO, de janeiro de 2013 a dezembro de 2023.

O município possui 302.692 habitantes, distribuídos pela área territorial de 2.227,329 km², com a densidade demográfica de 135,90 hab/Km² (IBGE, 2022) e planejamento inicial preconizado pelas regiões administrativas Sul, Sudoeste, Sudeste, Noroeste e Nordeste (GEOPALMAS, 2025).

Foram coletados dados a partir da exportação das Fichas de Atendimento Antirrábico Humano notificadas a nível municipal, especificamente para agressões de morcegos, no Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN). Para o acréscimo de informações pertinentes ao atendimento dos pacientes foram utilizadas informações contidas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e-SUS, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Atendimentos registrados entre 2013 e 2015 foram analisados conforme

informações e observações das fichas de notificação, a partir de 2016 foram utilizados dados do prontuário eletrônico.

Os dados referentes à localização de capturas de morcegos registrados pela vigilância animal da SEMUS e testagem para o vírus rábico, do período de 2015 a 2023, foram obtidos junto à Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (UVCZ) de Palmas.

No que se refere a avaliação da condução dos atendimentos profiláticos, os dados foram exportados com auxílio do software TabWin, e, posteriormente, organizados em planilhas e submetidos à análise descritiva. Prontuários com preenchimento incorreto e impeditivo para avaliação do atendimento, bem como a ausência de endereço completo que impossibilitava o georreferenciamento foram utilizados como critério de exclusão.

Para análise das condutas profiláticas prescritas, foram analisadas as variáveis: sexo e idade do paciente, tipo de exposição, localização e caracterização do ferimento, antecedentes de tratamento antirrábico, tratamento prescrito de acordo com o protocolo vigente, indicação do soro antirrábico e interrupção do tratamento.

Para georreferenciamento, foram utilizadas informações quanto ao bairro, logradouro, número, complemento e zona dos pacientes notificados e latitude e longitude dos morcegos capturados. As localidades foram organizadas em planilhas e exportados para o software QGis, o qual possibilitou a elaboração de mapas de calor utilizando o estimador de densidade Kernel.

Os resultados de positividade de amostras para o vírus rábico foram submetidos à análise descritiva.

O presente trabalho foi aprovado sob o parecer de registro nº 6.901.095 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3. RESULTADOS

No período analisado, foram notificados 136 casos de atendimento antirrábico humano relacionados a agressões por quirópteros no município de Palmas, totalizando a média anual de 12,36 casos. A partir da análise da série histórica, observou-se que o ano de 2021 registrou o maior número de agressões com 16,18% (22/136). No que se refere à zona de residência dos pacientes, 94,85% foi proveniente de zona urbana (129/136). Pacientes do sexo masculino foram os mais acometidos, representando 58,82% (80/136) dos casos, com destaque de 35,29% para a faixa etária entre 20 e 34 anos (48/136).

Ao se analisar as características dos acidentes, verificou-se que o tipo de exposição ao vírus rábico mais comum foi por mordedura, representando 81,62% (111/136) dos casos, ocorrendo principalmente na região de mãos e pés em 66,91% (91/136). Os ferimentos foram descritos, em sua maioria, como únicos em 74,26% (101/136) e profundos em 52,94% dos casos (72/136).

A análise dos atendimentos iniciais registrados mostrou que 68,38% (93/136) dos casos seguiram adequadamente o protocolo de profilaxia vigente, e 31,61% (43/136) dos atendimentos apresentaram prescrições insatisfatórias no primeiro atendimento, a saber: ausência da prescrição de soro antirrábico em 44,18% (19/43), adoção de protocolo obsoleto em 27,90% (12/43), prescrição de doses insuficientes da vacina antirrábica em 9,30% (4/43), protocolo de reexposição inadequado em 6,98% (3/43), ausência de informações de prescrição em 6,98% (3/43), observação do animal em 2,33% (1/43), e dispensa de tratamento em 2,33% (1/43) (Tabela 1).

Vale ressaltar que 100% das prescrições classificadas como insatisfatórias sofreram intervenção da vigilância epidemiológica municipal, por meio da Área Técnica de Atendimento Antirrábico Humano da Secretaria de Saúde, para adequação ao protocolo vigente.

Do total de pacientes notificados, 10,29% (14/136) abandonaram o tratamento prescrito e 1,47% (2/136) foram encerrados como abandono de tratamento na ficha de notificação, porém, terminaram o esquema. A busca ativa dos pacientes classificados como abandono de tratamento foi realizada em 100% dos casos (16/16).

Tabela 1. Número de atendimentos antirrábicos que apresentaram condutas insatisfatórias no momento do primeiro atendimento, Palmas, TO, de 2013 a 2023.

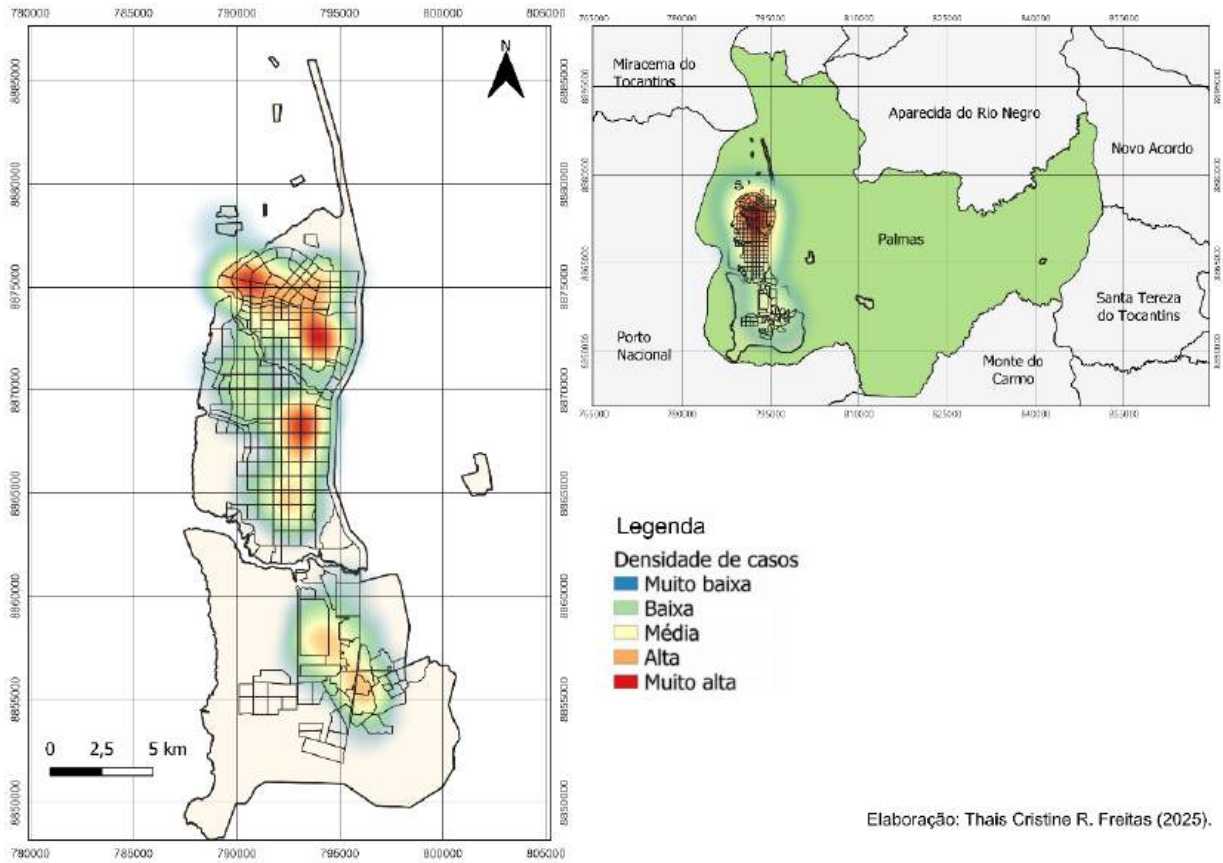
Base de dados	N	%
Ausência da prescrição de soro antirrábico	19	44,18
Adoção de protocolo obsoleto	12	27,90
Prescrição de doses insuficientes da vacina antirrábica	4	9,30
Protocolo de reexposição inadequado	3	6,98
Ausência de informações de prescrição	3	6,98
Observação do animal	1	2,33
Dispensa de tratamento	1	2,33
Total	43	100

Fonte: SEMUS (2024).

Quanto à análise territorial, 93 endereços foram localizados e interpretados conforme o estimador de densidade Kernel (Figura 1). A partir da construção do mapa de calor, observou-se que a Região Administrativa Sudeste apresentou maior concentração de residentes notificados (30/93), seguida das regiões Sul (22/93), Noroeste (18/93), Nordeste (12/93) e Sudoeste (11/93).

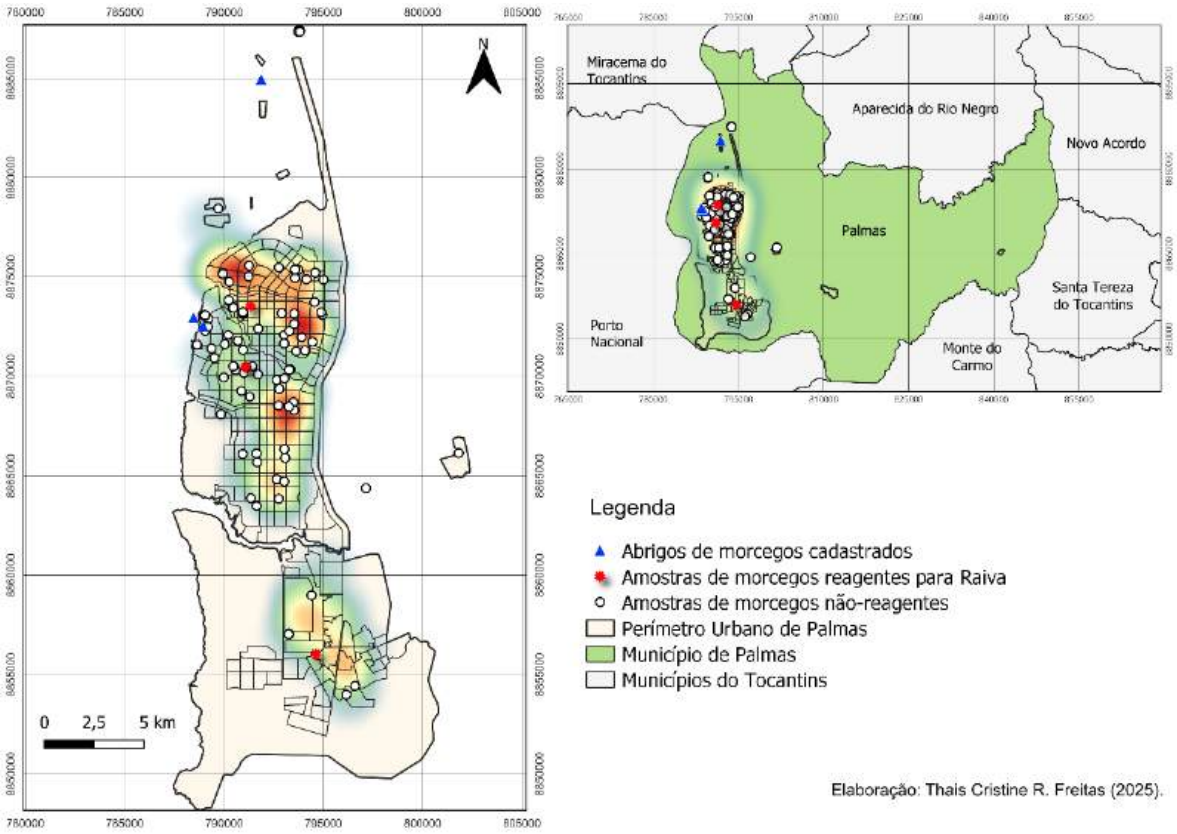
Entre 2015 e 2023, 108 morcegos foram coletados em residências do município e analisados quanto à presença do vírus rábico, de modo que 2,78% (3/108) apresentaram laudos reagentes, sendo estes encontrados nas regiões Noroeste, Sudoeste e Sul, especificamente durante os anos de 2018 e 2019. Com relação aos abrigos de morcegos registrados no perímetro urbano da capital, 2 foram georreferenciados, ambos pertencentes à região Sudoeste (Figura 2).

Figura 1. Distribuição espacial das estimativas de densidade Kernel dos endereços de pacientes agredidos por quirópteros, em Palmas, Tocantins, de 2013 a 2023.



Fonte: SEMUS; UVCZ (2024).

Figura 2. Distribuição espacial das estimativas de densidade Kernel dos endereços de pacientes agredidos por quirópteros, correlacionada às amostras laboratoriais desses animais coletados em residências e abrigos cadastrados em Palmas, Tocantins, de 2013 a 2023.



Fonte: SEMUS; UVCZ (2024).

4. DISCUSSÃO

Ao se analisar o padrão das variáveis sociodemográficas obtidas no município, como sexo, faixa etária e zona de residência, as mesmas corroboram com o estudo realizado por Silva e Rocha (2021), o qual traz o perfil de atendimento antirrábico humano das capitais brasileiras com predominância de pacientes do sexo masculino, faixa etária a partir dos 20 anos e residentes da zona urbana, em sua maioria.

Os resultados das análises de prontuários eletrônicos correspondentes ao atendimento inicial dos pacientes na rede municipal demonstraram uma porcentagem considerável de prescrições equivocadas (31,61%), uma vez que, todos os casos de agressão por morcegos e demais animais silvestres devem ser considerados acidentes graves (BRASIL, 2024c).

Conforme Manrique-Rocha (2014), entre 2002 e 2012, em 80,5% dos óbitos de raiva humana ocasionados por mamíferos silvestres no país não houve nenhum tipo de profilaxia

antirrábica ou esta foi administrada inadequadamente, o que evidencia a necessidade da capacitação contínua de profissionais de saúde para a correta prescrição e administração da profilaxia antirrábica, alertando sobre fatores como as prescrições insuficientes e/ou desnecessárias, os quais podem provocar danos à saúde de pacientes e, consequentemente, ocasionar o desperdício de recursos públicos (FILGUEIRA; CARDOSO; FERREIRA, 2011; FIGUEIREDO et al., 2024) e reforça a importância da vigilância de casos de atendimento antirrábico humano, assegurando a proteção da população.

Para Vargas, Romano e Merchan-Hamann (2019), devido às mudanças no perfil epidemiológico da raiva humana, urge a necessidade de estratégias de vigilância aprimoradas para prevenção deste agravo, principalmente em áreas com maior risco de exposição a morcegos.

Conforme Melo et al. (2021), das 182 espécies de quirópteros registradas no Brasil, 46% foram encontrados em ambientes urbanos. Recursos favoráveis nesse ambiente para a manutenção de colônias, como a facilidade de encontro de abrigos artificiais e a disponibilidade de alimento, demonstram a predisposição para a formação de colônias nessas localidades (VARGAS et al., 2019; MOUTINHO et al., 2020).

As espécies de quirópteros insetívoros são atraídas pela iluminação das cidades, por concentrarem insetos em seus arredores, além das espécies frugívoras, fitófagas e nectarívoras, as quais são atraídas pela arborização (MOUTINHO et al., 2020). Diante desse cenário, Souza et al. (2021) relatam a presença de uma grande colônia de morcegos insetívoros da família *Molossidae* na área urbana de Palmas, em um abrigo localizado na Ponte Fernando Henrique Cardoso, o mesmo abrigo foi georreferenciado no presente trabalho (Figura 2), o que gera um alerta para a existência desses animais no meio urbano, sua sustentabilidade populacional, a necessidade do monitoramento constante desses animais e a sua provável interação com a população.

A positividade dos 3 morcegos não-hematófagos coletados no município de Palmas durante a série histórica converge com os dados apontados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019). Para Massote (2021), a positividade do vírus rábico em morcegos não-hematófagos os torna atores importantes no estudo da epidemiologia da raiva urbana, sendo as medidas de profilaxia e manejo correto de quirópteros ações importantes para a prevenção dessa doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou a importância das ações de vigilância dos casos de agressões por animais potencialmente transmissores do vírus da raiva e do monitoramento dos protocolos profiláticos prescritos no atendimento inicial, visto a quantidade de inconsistências identificadas durante o primeiro atendimento. Além disso, destaca-se a necessidade da capacitação contínua de profissionais de saúde para a correta administração da profilaxia antirrábica.

A presença de resultados positivos nas amostras de morcegos capturados pela vigilância animal da UVCZ comprova a circulação do vírus na área urbana, gera um alerta para o potencial de acidentes envolvendo esses animais e demonstra a necessidade de ações integradas entre as instituições competentes.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. L.; BORGES, A. V. F.; REIS, K. B.; SOUZA E SILVA, L. C.; RIBEIRO, L. J. L. F.; PEREIRA, M. A. R.; JACÓ, R. B.; SILVA, W. F.; SOUZA, A. L.; COSTA, C.; RIBEIRO, L. J. L. F.; REIS, K. B.; SOUZA, L. C.; RIBEIRO, L. J. L. F.; PEREIRA, M. A. R.; JACÓ, R. B.; SILVA, W. F.; SOUZA, A. L.; COSTA, C. Raiva bovina: Revisão. **PUBVET**, Minas Gerais, n.14(7), jul. 2020, p 1–3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raiva humana – Tabela 12.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/arquivos/tabela-12.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raiva humana – Tabela 13.** Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/arquivos/tabela-13.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raiva.** Brasília, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva>. Acesso em: 21 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raiva humana.** Brasília, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/raiva-humana>. Acesso em: 28 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 3 [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 6. ed., 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/view >. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 8/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS.** Informa sobre atualizações no Protocolo de Profilaxia pré, pós e reexposição da raiva humana no Brasil. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/raiva/notas-tecnicas-e-informativas/nota-tecnica-n-8_2022-cgzv_deidt_svs_ms.pdf/view >. Acesso em: 11 jan. 2025.

FARIAS, V.A.M. **Raiva humana no Brasil: análise histórica e cenários futuros segundo os níveis de aquecimento global.** Monografia (Bacharel em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/15510/1/VAMFarias.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

FIGUEIREDO, M.G.; LACERDA, L.M.; SILVA, R.M.B.F.; DIAS, A.P.R.; ROSÁRIO, C.J.R.M. Educação em saúde na prevenção da raiva humana em Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Luís, Maranhão. **Editora Científica Digital**, São Paulo, n. 8, 30 set. 2024, p. 86-95.

FILGUEIRA, A. C.; CARDOSO, M. D.; FERREIRA, L. O. C. Profilaxia antirrábica humana: uma análise exploratória dos atendimentos ocorridos em Salgueiro-PE, no ano de 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, jun. 2011, p. 233-244.

GEOPALMAS. Sistema de Informações Geográficas de Palmas. Palmas, 2025. Disponível em: <http://geo.palmas.to.gov.br>. Acesso em: 3 jan. 2025.

GOMES, A. P.; ESPERIDIÃO-ANTÔNIO, V.; MENDONÇA, B. G.; BENEDITO, H. P. L.; VITORINO, R. R.; PRADO, M.; PRADO JUNIOR, P. P.; HENRIQUES, B. D.; SANTANA, L. A. Raiva humana. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, n.10(4), jul-ago 2012, p. 334–340.

HAIDAR, R. F.; FAGG, J. M. F.; PINTO, J.R.R.; DIAS, R. R.; DAMASCO, G.; SILVA, L. C. R.; FAGG, C. W.. Florestas estacionais e áreas de ecótono no estado do Tocantins, Brasil: parâmetros estruturais, classificação das fitofisionomias florestais e subsídios para conservação. **Acta Azonica**, Manaus, n. 43, set. 2013, p.261-290.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2022 – Palmas**. IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>. Acesso em: 11 jan. 2025.

LOCATELI, V. **Homem é diagnosticado com raiva humana no Tocantins.** CNN Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/homem-e-diagnosticado-com-raiva-humana-no-tocantins/>. Acesso em: 8 jan. 2025.

MANRIQUE-ROCHA, S. **Raiva silvestre: o perfil epidemiológico no Brasil (2002 a 2012).** Dissertação (Mestrado em Saúde Animal) - Faculdade de Agronomia e Veterinária, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: < http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/18365/3/2014_SileneManriqueRocha.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2025.

MASSOTE, V. P. **A importância dos morcegos urbanos na epidemiologia da raiva. Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas.** Monografia (Bacharel em Medicina Veterinária) - CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS, Varginha, Minas Gerais, 2021. Disponível em: < http://repositorio.unis.edu.br/bitstream/prefix/2429/1/Vitoria%20Pereira%20vet.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2025.

MELO, M.A.; BRAGA, D.A.; MANSHO, W.; CARVALHO, R.R.; OLIVEIRA, D.C.; ROSA, A.R. Morcegos urbanos de Guarulhos: alta riqueza de espécies e dominância de espécies ecologicamente flexíveis reveladas a partir de dados de monitoramento da raiva. **Iheringia, Série Zoologia**, Porto Alegre, n. 111., 31 mai. 2021. p 1-10.

MOUTINHO, F.F.B.; NUNES, V.M.A.; FERNANDES, P.M.; BORGES, F.V.B.; NETO, F.F. Surto de raiva em morcegos frugívoros no município de Niterói, RJ, 2018. **Medicina Veterinária (UFRPE)**, Recife, v.14, n.4, out-dez 2020, p. 307-314.

PICARD-MEYER, E.; GARAM, C.P.; SCHEREFFER, J.L.; ROBARDET, E.; CLIQUET, F. Evaluation of six TaqMan RT-rtPCR kits on two thermocyclers for the reliable detection of rabies virus RNA. **Journal of Veterinary Diagnostic Investigation**, França, n. 31(1), jan. 2019, p. 47–57.

SILVA, N. W. F.; ROCHA, S. M. **Perfil dos atendimentos antirrábicos humanos nas capitais brasileiras e distrito federal. 2007 a 2020.** In: Internacional Saúde Única (Interface Mundial). Ebook. Recife(PE) CIDSU, 2021. Disponível em:<https://www.even3.com.br/ebook/icidsuim2021/396739-PERFIL-DOS-ATENDIMENTOS-ANTIRRABICOS-HUMANOS-NAS-CAPITAIS-BRASILEIRAS-E-DISTRITO-FEDERAL-2007-A-2020>. Acesso em: 9 jan. 2025.

ŠIMIĆ, I.; LOJKIĆ, I.; KREŠIĆ, N.; CLIQUET, F.; PICARD-MEYER, E.; WASNIEWSKI, M.; ĆUKUŠIĆ, A.; ZRNČIĆ, V.; BEDEKOVIĆ, T. (2018). Molecular and serological survey of lyssaviruses in Croatian bat populations**. BMC Veterinary Research,** Croácia, n. 14(1), 274, 6 set. 2018, p.1-8.

SOUSA, J. B.; BERNARD, E.; FERREIRA, R. .L. An exceptionally high bat species richness in a cave conservation hotspot in Central Brazil. **Acta Chiropterologica**, v.23, n.1, 9 jul. 2021, p.233-245.

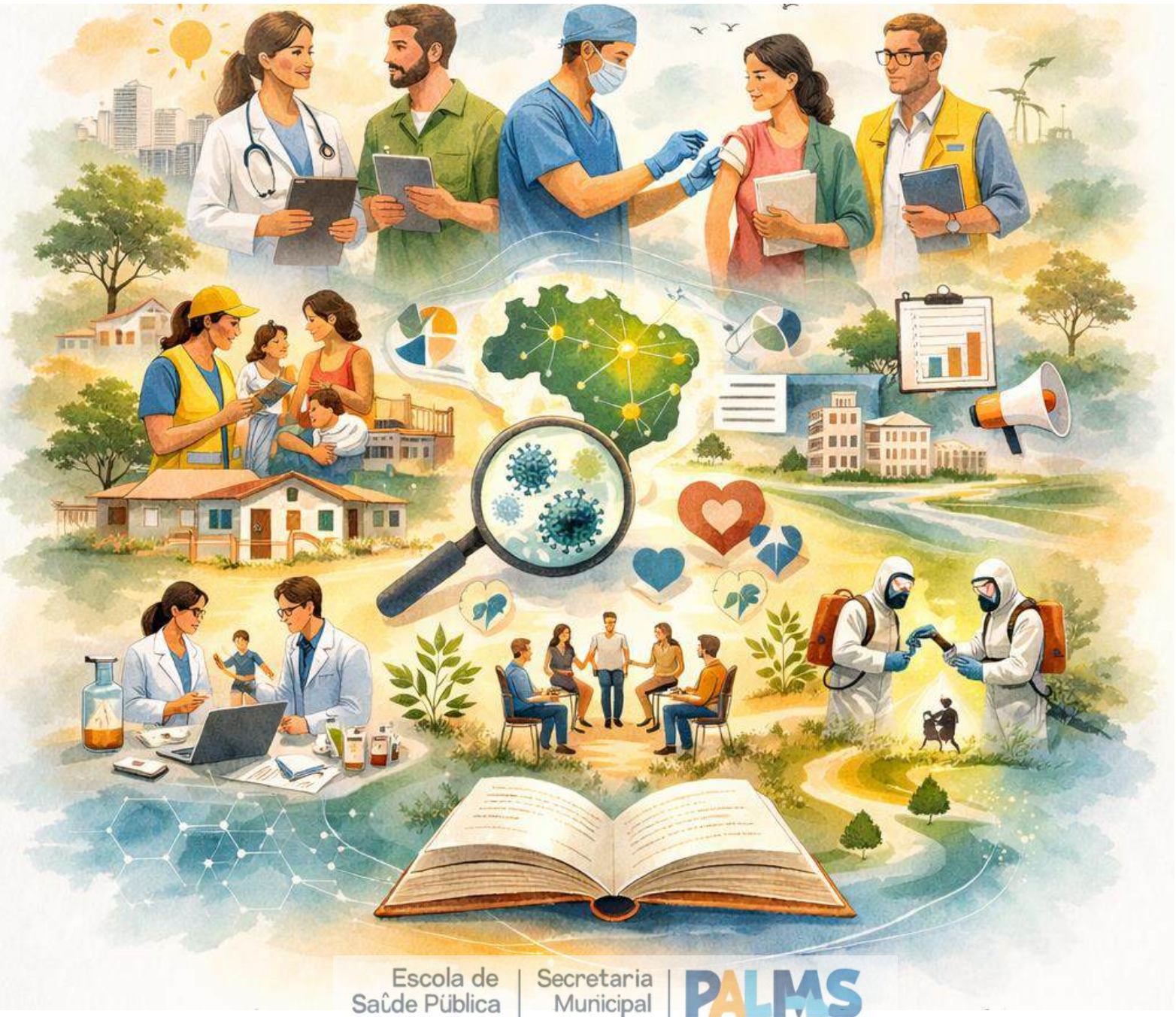
VARGAS, A.; ROMANO, A.P.M.; MERCHÁN-HAMANN, E. Raiva humana no Brasil: estudo descritivo, 2000–2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n. 28(2), 27 jun. 2019, p 1–9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global burden of dog-transmitted human rabies.** Geneva**,** 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical- diseases/rabies/epidemiology-and-burden>. Acesso em: 16 jul. 2024.

Secretaria Municipal de Saúde

PALMAS PREFEITURA

ISBN: 978-6-50196-361-7



Escola de Saúde Pública de Palmas | Secretaria Municipal de Saude | PALMS PREFETEURA