

Organizadora:
Fabiana Richard

Reflexões e Desafios Sobre a Saúde Pública



FABIANA RICHARD

Organizadora

REFLEXÕES E DESAFIOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA

Maringá – Paraná

2021

2021 Uniedusul Editora

Copyright da Uniedusul Editora
Editor Chefe: Prof. Me. Wellington Junior Jorge
Diagramação e Edição de Arte: André Oliveira Vaz
Revisão: O/s autor/es

Conselho Editorial

Adilson Tadeu Basquerote Silva Adriana Gava	Jessica da Silva Campos Jéssica Rabito Chaves
Alexandre Azenha Alves de Rezende Alexandre Matiello	John Edward Neira Villena Jonas Bertholdi
Ana Júlia Lemos Alves Pedreira Ana Paula Romero Bacri Andre Contin	Karine Rezende de Oliveira Leonice Aparecida de Fatima Alves Pereira Mourad
Andrea Boari Caraciola Antonio Luiz Miranda	Luciana Karen Calábria Luciano Messina Pereira da Silva
Campos Antônio Valmor de Carlos Augusto de Assis	Luiz Carlos Santos Luiz F. do Vale de Almeida Guilherme
Christine da Silva Schröder Cíntia Beatriz Müller	Marcelo de Macedo Brigido Maurício José Siewerdt
Claudia Madruga Cunha Claudia Padovesi Fonseca	Michelle Asato Junqueira Nedilso Lauro Brugnera
Daniela de Melo e Silva Daniela Franco Carvalho	Ng Haig They Normandes Matos da Silva
Dhonatan Diego Pessi Domingos Savio Barbosa	Odair Neitzel Olga Maria Coutinho Pépece
Fabiano Augusto Petean Fabrício Meller da Silva	Pablo Cristini Guedes Rafael Ademir Oliveira de Andrade
Fernanda Paulini Francielle Amâncio Pereira	Regina Célia de Oliveira Reinaldo Moreira Bruno
Graciela Cristine Oyamada Hélcio de Abreu Dallari Júnior	Renilda Vicenzi Rita de Cassia Pereira Carvalho
Helena Maura Torezan Silingardi Izaque Pereira de Souza	Rivael Mateus Fabricio Sarah Christina Caldas Oliveira
Jaisson Teixeira Lino Jaqueline Marcela Villafuerte Bittencourt	Saulo Cerqueira de Aguiar Soares Viviane Rodrigues Alves de Moraes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

R332 Reflexões e desafios sobre a saúde pública [livro eletrônico] /
Organizadora Fabiana Richard. – Maringá, PR: Uniedusul, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86010-68-8

1. Políticas de saúde. 2. Saúde pública. I. Richard, Fabiana.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Permitido fazer download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.uniedusul.com.br

SUMÁRIO

Capítulo 1	6
Caminhando e Cantando: As Estratégias Individuais de Enfrentamento dos Agentes Comunitários de Saúde	
Tiago Pereira de Souza	
Victor Jablonski Soares	
Paulo Antônio Barros Oliveira	
DOI 10.51324/86010688.1	
Capítulo 2	15
Análise Epidemiológica dos Casos Confirmados de Raiva Notificados no Brasil no Período de 2010 a 2019	
Aleixa Nogueira de Freitas	
Grace Kelly dos Santos Guimarães	
Graziele Santos Guimarães	
Jaqueline da Rocha Calvo	
Layze Carvalho Borges	
Marcos Daniel Borges Melo	
Vitor Teixeira Oliveira	
Antônia Regiane Pereira Duarte Valente	
DOI 10.51324/86010688.2	
Capítulo 3	24
Sífilis Congênita no Território Brasileiro	
Aleixa Nogueira de Freitas	
Bruna Gabrielle Rego Pereira	
Cintia Aniele Soares Sabino	
Cleizimara Cavalcante Nunes	
Gabriel Ribas Nascimento de Melo	
Layze Carvalho Borges	
Ramon Moreira Gomes de Sousa	
Nádia Vicência do Nascimento Martins	
DOI 10.51324/86010688.3	
Capítulo 4	38
Motivo de Procura para Testagem Sorológica no Centro de Testagem e Aconselhamento de Santarém - Pará	
Tiago Sousa da Costa	
Matheus Sallys Oliveira Silva	
Adjanny Estela Santos de Souza	
Maria Beatriz Cardoso Magalhães Damasceno	
Lorena Maria Souza da Silva	
Carlos Eduardo Amaral Paiva	
Fabiane Corrêa do Nascimento	
Karen Tavares dos Santos	
DOI 10.51324/86010688.4	
Capítulo 5	46
Atenção Primária à Saúde em Tempos de Covid-19: Desafios e Estratégias	
Aline Alves da Silva	
Franklin Nunes Aragão	
Gabriel Bernardo de Jesus	
Myllena Vieira Lemos	
Prof. Me. Gabriela Jacarandá Alves	
Prof. Dr. Suderlan Sabino Leandro	
DOI 10.51324/86010688.5	

Capítulo 6	55
A Subnutrição Infantil nas Periferias do Brasil: Fatores de Risco Associados	
Beatriz Veloso Cardoso	
Maria Laura Beatriz Nascimento Cardoso	
Fabricia Beatriz da Silva Santos	
Dayse Jheneffer Moraes dos Santos	
Layanne Nayara Silva	
Thainá Soares dos Santos	
Luana Ruthiele Chagas Lucena	
Grayce Lacerda Sales	
DOI 10.51324/86010688.6	
Capítulo 7	61
Uma Análise sobre a Vacinação contra a Covid no Estado do Maranhão	
Marcelo Augusto Pereira Leite	
Francisca de Jesus Pereira da Silva	
Ananias Mamédio de Araújo	
Benedita Amélia Pereira da Silva	
Patrícia Régia Pereira da Silva	
Paula Tereza Pereira Paiva	
DOI 10.51324/86010688.7	
Capítulo 8	68
Geografia e Saúde Coletiva e a sua Relação com os Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde	
Alexander Gonçalves Ferreira Guimarães	
Marina Atanaka	
DOI 10.51324/86010688.8	
Capítulo 9	83
Implantação do Procedimento Operacional Padrão nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Porto Nacional-Tocantins	
Cheilane de Bonfim Oliveira Gomes	
Flávia Luanna Gomes Ribeiro	
Marco Antonio Lima Gomes	
Luís Otávio Jonas	
Nelzir Martins Costa	
Sara Janai Corado Lopes	
DOI 10.51324/86010688.9	

CAMINHANDO E CANTANDO: AS ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS DE ENFRENTAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

TIAGO PEREIRA DE SOUZA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VICTOR JABLONSKI SOARES

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PAULO ANTÔNIO BARROS OLIVEIRA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO: Os Agentes Comunitários de Saúde, exercem articulação entre equipes e usuários trazendo um outro modo de olhar e pensar sobre a atenção à saúde. São trabalhadores com diretrizes preestabelecidas sob o ponto de vista legal e também estão suscetíveis ao processo saúde-doença de origem laboral. Os esforços cognitivos e comportamentais de controle de demandas dos sujeitos, proporciona excesso de recursos pessoais e leva o nome de Modelo Interativo do Estresse de “enfrentamento” buscando tornar mais ameno o efeito dos agentes estressores do trabalho. As medidas de enfrentamento emergem, de forma mais comum, a nível individual, o que acaba por favorecer o esgotamento quando comparadas aquelas relacionadas a mudanças organizacionais, que produzem resultados positivos por meio de soluções coletivas. Este estudo objetivou descrever as estratégias individuais de enfrentamento (coping) de um grupo de 62 agentes comunitários de saúde. Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório e de abordagem quali-quantitativa. O tratamento dos dados de natureza qualitativa foi feito por meio da construção do Discurso do

Sujeito Coletivo. Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram quatro Ideias Centrais e quatro discursos, que são a base do material de análise, são eles: Ideia Central – A “Atividades que envolvem a família e o contato social”; Ideia Central – B “Exercícios e atividades físicas”; Ideia Central -C “Atividades culturais, espirituais e acadêmicas” e Ideia Central – D “Descanso”. A pesquisa identificou que estes Agentes Comunitários de Saúde frente à fragilização dos coletivos de trabalho, buscam estratégias individuais e emocionais, frente as demandas físicas e mentais oriundas do processo de trabalho, que acabam por potencializar o estresse e diminuir as experiências de gerenciamento das situações-problema de forma proativa e coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégias de Defesa. Estratégia Saúde da Família. Agente Comunitário de Saúde. Qualidade de Vida.

ABSTRACT: Community Health Agents, exercise articulation between teams and users bringing another way of looking and thinking about health care. They are workers with pre-established guidelines from the legal point of view and are also susceptible to the health-illness process of work origin. The cognitive and behavioral efforts to control subjects' demands, provide an excess of personal resources and take the name Interactive Stress Model of “coping” seeking to make the effect of the stressors of work easier. Coping measures emerge, more commonly, at the individual level, which ends up favoring exhaustion when compared to

those related to organizational changes, which produce positive results through collective solutions. This study aimed to describe the individual coping strategies of a group of 62 community health agents. This is a descriptive exploratory study with a qualitative and quantitative approach. The treatment of qualitative data was done through the construction of the Collective Subject Discourse. In this study, the interviews conducted provided four Central Ideas and four speeches, which are the basis of the analysis material, they are: Central Idea - The “Activities that involve the family and social contact”; Central Idea - B “Exercises and physical activities”; Central Idea - C “Cultural, spiritual and academic activities” and Central Idea - D “Descanso”. The research identified that these Community Health Agents, facing the fragility of work groups, seek individual and emotional strategies, in view of the physical and mental demands arising from the work process, which end up potentiating stress and reducing the experiences of managing situations- proactively and collectively.

KEYWORDS: Defense Strategy. Family Health Strategy. Community Health Agent. Quality of Life.

1. INTRODUÇÃO

Dentre as características dos ACSs, sua atitude intercessora se destaca como a mais relevante, já que eles detêm grande experiência cotidiana de trabalho e são capazes de promover a ressignificação da linguagem na atenção dos usuários. Além disso, eles atuam como potenciais articuladores dos diferentes exercícios da saúde e trazem um outro modo de olhar e pensar sobre o ensino em saúde, a despeito do sentido cartesiano e mecanicista típico dado à conformação atual dessa área. Esse se torna um processo natural, pois os ACSs estão inseridos e experenciam todos os dias os movimentos comunitários, dispondo, portanto, de uma miríade de conhecimento no que tange à estrutura na qual se estabelecem as relações sociais, econômicas, ambientais e culturais da área de atuação da atenção primária (NUNES et al., 2002).

Ainda, deve-se destacar a compreensão de que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são detentores de diretrizes de trabalho preestabelecidas sob o ponto de vista legal e estão suscetíveis ao processo saúde-doença originado do processo laboral (SOUZA; OLIVEIRA, 2019a). Assim, a psicodinâmica do trabalho contribui na compreensão dessa relação, além de possibilitar alternativas de intervenção. Esse é um mecanismo de ações transformadoras, que objetiva a observação e entendimento da dimensão humana do trabalho através de uma perspectiva diferenciada e que se permite entender o desenredo do curso trabalho de cada indivíduo (MENDES; DIAS, 1991).

Considerando que cada indivíduo se constitui como um sujeito de trabalho dotado de idealizações e diferentes horizontes, o choque com o desenvolvimento de uma atividade que abandona tal subjetividade pode ser responsável por gerar sofrimento, fazendo com que os grupos de trabalhadores elaborem novos meios de superar essa degradação (BOUYER, 2010; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008). Quando eles encontram composições não conexas, com excessiva burocratização, rotineiras e demasiadamente exigentes, isso

vai de encontro à realidade externa além da sua atividade remunerada e é responsável por causar esse sofrimento (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2012; VENSON et al., 2013).

Cada pessoa é um ser ímpar e tem demandas individuais características que antecedem a entrada no mundo do trabalho, não as perdendo no momento de entrada no mercado. Ainda, a personalidade é dependente de diferentes formas de expressão do indivíduo na sociedade (religião, família, entidades de classe etc), não podendo-se afirmar, desse modo, que a personalidade individual é totalmente integrada à atividade de trabalho. Tais formas se mostram como origem de subjetividade em detrimento da atividade laboral (o qual é mecanicista e econômico), tornando difícil a expressão da totalidade do indivíduo enquanto pessoa (SAMPAIO, 2012). Essa concepção humanística aplicada interdisciplinarmente traz modificações reais e objetivas para as atividades laborais, visando tornar possível ambientes de trabalho que tragam satisfação ao indivíduo. O homem, assim, se torna o foco de suas preocupações, objetivando a melhora do rendimento das organizações e conceituando o que seria a qualidade de vida no trabalho (QVT) (KUROGI, 2015; PEREIRA et al., 2018).

Os esforços cognitivos e comportamentais voltados para controle de demandas internas e externas dos sujeitos, proporcionando excesso de recursos pessoais é denominado pelo Modelo Interativo do Estresse de “enfrentamento” e tem por objetivo tornar mais amenos os efeitos dos agentes estressores ao qual o indivíduo é submetido (FOLKMAN et al., 1986; TELLES; PIMENTA, 2009), podendo ser tanto focado na emoção, quanto focado no problema (ANTONIOLLI et al., 2018).

Tais medidas de enfrentamento emergem mais frequentemente a nível individual que acaba por favorecer o esgotamento, do que aquelas relacionadas a mudanças organizacionais que produzem resultados positivos por meio de soluções coletivas (CAMELO; ANGERAMI, 2008; TRINDADE; LAUTERT; BECK, 2009). Assim, o artigo teve como objetivo descrever as estratégias de enfrentamento individual de 62 ACSs de um município do Rio Grande do Sul.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. MÉTODOS

A pesquisa foi coletada num município brasileiro localizado no estado do Rio Grande do Sul, pertencente à Região Metropolitana de Porto Alegre e ao chamado Vale do Rio dos Sinos. Possui 60 km² de área, 63.767 habitantes e 98,13% de cobertura da ESF.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório e de abordagem quali-quantitativa. Participaram deste estudo todos os trabalhadores ACSs (62 sujeitos) que exerciam suas atividades nas Unidades de Estratégia Saúde da Família. Os critérios de exclusão

foram: servidores em férias, afastados do trabalho no período da coleta dos dados ou que se negaram a participar da pesquisa.

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade vinculada e recebeu a aprovação sob o número 1.541.369. Os ACSs que concordaram em participar, preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a realização das entrevistas individuais, com o objetivo de levantar dados quali-qualitativos relacionados ao processo de trabalho, utilizando um questionário semiestruturado, seguindo um roteiro de questões norteadoras, respeitando a disponibilidade e a singularidade dos participantes.

O tratamento dos dados de natureza qualitativa foi feito por meio da construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos desenvolvida no fim da década de 90 e que tem como fundamento a teoria da Representação Social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados (LEFÈVRE et al., 2002).

A construção de um DSC foi realizada em três fases distintas de sistematização das ideias. Inicialmente buscamos estabelecer as Expressões-chave (ECs) por meio das transcrições literais de parte dos depoimentos (contínuos ou não), visando o resgate de sua essência. Posteriormente configuramos a Ideia Central (IC), realizando a síntese do conteúdo do discurso explicitado pelos participantes.

Por último, construímos o DSC somando os discursos na tentativa de aglutinar as ideias, considerando os posicionamentos individuais e as diferentes possibilidades de categorização necessárias para representar o pensamento desse grupo de indivíduos em relação às suas estratégias de enfrentamento fora do ambiente de trabalho. Os depoimentos coletivos foram escritos na primeira pessoa do singular, para produzir o efeito de uma opinião coletiva, caracterizando as representações sociais (LEFÈVRE et al., 2002).

2.2. RESULTADOS E ANÁLISE

Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com idade entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) homens. Quanto à escolaridade, 1 deles (1,6%) tem o ensino fundamental incompleto, 3 deles (4,8%) têm o ensino fundamental completo, 14 deles (22,6%) indicam ensino médio incompleto, 34 (54,8%) citam ensino médio completo, 9 (14,5%) têm ensino superior incompleto e 1 deles (1,6%) indica ensino superior completo. A maioria dos trabalhadores, mais especificamente 50 deles (80,6%), era casado ou morava junto com um parceiro, sendo que 51 (82,3%) residiam em domicílios próprios, 5 (8,1%) em domicílios alugados e 6 (9,7%) em domicílios cedidos.

A renda familiar média era de R\$ 2.949,34. O tempo médio do exercício do trabalho remunerado durante a vida foi de 15,5 anos e o tempo médio do exercício da função de

ACS foi de 5 anos. O grupo totaliza 11.581 famílias cadastradas, com distribuição individual entre 130 e 280, correspondendo a uma média de 186 famílias por ACS.

Neste estudo as entrevistas realizadas forneceram quatro ideias centrais e quatro discursos, que são a base do material de análise. Passamos a discutir os Discursos dos Sujeitos Coletivos, objeto deste trabalho, a partir da questão disparadora “O que você gosta de fazer, quando não está trabalhando?”. A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados quantitativos, a partir da síntese das ideias centrais e suas respectivas frequências de manifestações.

Tabela 1. Síntese das ideias centrais e respectiva frequência de manifestações para a questão: “O que você gosta de fazer, quando não está trabalhando?” (DSC, maio 2016)

Ideias Centrais	n	%
A Atividades que envolvem a família e o contato social;	29	46,47
B Exercícios e atividades físicas	9	14,51
C Atividades culturais, espirituais e acadêmicas	35	56,45
D Descanso	4	6,45

Obs.: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100% porque um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

A Ideia Central A (IC-A) “Atividades que envolvem a família e o contato social” representa 46,47% dos entrevistados, sendo expressa pelo discurso do sujeito coletivo:

Estar com minha família, visitar familiares e amigos. Ter um espaço fora do trabalho onde posso ouvir e ser ouvido. Amo demais ficar com meu filhinho se pudesse todo meu tempo seria dele. Conversar com amigos, fazer serviço de voluntariado e ajudar minha mãe. Estar com minha filha e minha família e amigos de verdade. Aproveitar a vida ao máximo, pois, diga-se de passagem, ela é curta. Gosto de aproveitar no máximo minha família. Gosto de ficar em casa com os filhos e neta colocando os assuntos e tarefas em dia e ficar por conta. Ir almoçar fora, passear, ficar com meu filho e meu esposo. Passear com a família e aproveitar o tempo com meu filho, cuidar das minhas coisas, ser vó, inventar comidinhas diferentes. Passear com meu marido e minhas filhas, cuidar da casa e da minha família, curtir meus filhos e tomar um chimarrão. Eu amo minha família, toco violão na escola de meus filhos, em alguma casa de usuário. Adoro tudo isso! ficar com minha família gosto do que faço dentro e fora da minha casa, sair com minhas filha e marido ou ficar em casa.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

O discurso apontado pela IC-A, reforça a posição da família como um lugar de cuidados, capaz de oferecer a proteção básica e a construção da identidade dos sujeitos. Sendo assim, a família pode ser caracterizada como um importante espaço social, também suscetível aos impasses e sofrimentos que emergem da prática laboral, participando ativamente das implicações e transformações nas quais os trabalhadores estão expostos (RODRIGUES; BELLINI, 2010; TORRES et al., 2011). É possível observar no discurso a explícita necessidade de “ser ouvido”, possivelmente oriunda da falta de escuta, acolhimento

e valorização, características já apontadas pelos ACSs em outros estudos (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016; SOUZA; OLIVEIRA, 2020) a fim de proporcionar reflexões sobre a prática cotidiana de 62 Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Campo Bom, no Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados obtidos foram coletados através de entrevistas individuais e questionários autoperenchidos, e a análise dos conteúdos foi feita a partir da construção do Discurso do Sujeito Coletivo. A maioria dos trabalhadores relata que haveria algo a ser modificado no seu processo de trabalho. Dentre os aspectos a serem modificados e/ou melhorados estão: burocratização do trabalho, reorganização das marcações de consulta, respeito, união das equipes, maior participação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Outra característica importante desta IC está na configuração do perfil epidemiológico da população estudada (93,5% de mulheres), que tende a utilizar mais o suporte social como enfrentamento (DE MELO et al., 2016; TELLES; PIMENTA, 2009).

Os sujeitos que expressaram a ideia central B (IC-B) “Exercícios e atividades físicas”, trazem 14,51% do total das respostas, caracterizando o discurso do sujeito coletivo a seguir exposto: *“Gosto de praticar exercícios, ir na academia, correr na ciclovia, fazer dança, caminhar, passear, andar de bicicleta e ginástica” (DSC, 2016).*

As atividades físicas explicitadas na IC-B, podem ser consideradas como importantes estratégias de enfrentamento ao desgaste advindo do processo de trabalho, inclusive utilizadas por outras categorias profissionais da ESF, inclusive de gestores de saúde (CAMELO; ANGERAMI, 2008; SOUSA; BARROS, 2018; WAI; CARVALHO, 2009). A prática de exercícios regulares proporciona uma diminuição na corrente sanguínea de várias substâncias associadas ao estresse, além de potencializar a interação social e comunicação interpessoal (SOUSA; BARROS, 2018).

Atividades culturais, espirituais e acadêmicas expressas na Ideia Central C (IC-C), representam 54,45% do total de entrevistados, destacadas pelo discurso abaixo.

Estudar, pois estou cursando faculdade de pedagogia e me alimentar espiritualmente, na igreja que frequento. Quando não estou trabalhando gosto de ler, cantar, participar de reuniões da igreja que frequento. Eu gosto de sair de casa, gosto de ler um bom livro. E de ir ao cinema. Gosto de ficar em casa ouvir música, ficar na internet, tenho animais de estimação e adoro passar meus dias de folga rodeada por eles. Arrumar a casa, revisar FAAS fazer o trabalho doméstico, estou voltando a estudar para me preparar em cursar um curso superior. Gosto de passear e ir a chácara e jantar fora. Sair para longe, conhecer lugares quando isso é possível. Amo cantar, dormir, pular, enfim viver intensamente. Olhar televisão, crochê, caça palavras e ir à praia. Gosto de ler sobre vários livros, sempre aprendendo, muito pouco consigo “desligar” se encontro algum problema em alguma residência. Escutar música e assistir novelas. Entrar google e procurar o que não sei, as vezes alguma doença que ouço não sei o que é, algo que ouço e não sei, vou lá e aprendo. Amo cantar, toco violão, cavaquinho, não sei viver sem eles, toco aos domingos na missa. Toco violão na escola de meus filhos, em alguma casa de usuário. Adoro tudo isso! Ouvir e conversar com as pessoas e sentir fazer parte de alguma forma de suas vidas. Rezar e ficar quietinha as vezes.

Fonte: DSC, maio 2016, entrevista com autor.

O aparato sociocultural apresentado pela IC-C, produz ressignificações importantes através do contato com o outro. A fragilização dos coletivos de trabalho faz com que os sujeitos, cada vez mais, busquem formas de alienação para negar ou racionalizar os sofrimentos, de modo a valerem-se de reuniões, cinema, “ir para longe”, etc, como uma forma de fuga (DOS ANJOS et al., 2012). Cabe destacar que o discurso também traz o apontamento de uma “falha” nesta tentativa de abstração, quando nos diz “muito pouco consigo desligar” ou “revisar as FAAs (Fichas de Atendimento)”, que proporciona o entendimento de que, mesmo fora do trabalho existem interferências em sua qualidade de vida, corroborando com outro estudo com a mesma população (SOUZA; OLIVEIRA, 2019b).

A religiosidade também está presente no discurso apresentado pela IC-C. Recorrer à religião como apoio para lidar com o sofrimento causado pelo trabalho, também pode ser considerado como uma estratégia de enfrentamento individual, assim como a música, cinema e a leitura (CAMELO; ANGERAMI, 2008; LIMA; CAVALCANTE, 2015; TELLES; PIMENTA, 2009). A religião representa para o trabalhador uma fonte de alívio e consolo, frente às problemáticas vivenciadas no cotidiano (COSTA et al., 2019), além de interferir significativamente na qualidade de vida da população estudada (SOUZA; OLIVEIRA, 2019b).

Nem todas as ideias centrais demonstraram a necessidade da execução de atividades na companhia de alguém. A Ideia Centra D (IC-D) “Descanso”, com 6,45% do total de entrevistados, traz consigo o seguinte discurso: “*Quando estou em casa não gosto de fazer nada, só quero dormir e descansar*” (DSC, 2016).

A tentativa de bloqueio expressa na IC-D, visa o controle das emoções. Essa estratégia configura-se como um esforço para evitar pensar ou lembrar do trabalho, visando criar uma barreira que não permita a interferência em sua vida particular e/ou social (SOUZA; BARROS, 2018).

Outros estudos concluem que este comportamento pode indicar uma forte carga psíquica, potencializando o isolamento, dificuldades nas relações familiares e sociais, além de transtornos causados por altos níveis de esgotamento emocional relacionado ao trabalho (DE MELO et al., 2016; GLANZNER; OLSCHOWSKY, 2018), sobretudo por ser uma estratégia que retroalimenta o estresse, uma vez que, os trabalhadores não estão buscando ativamente a resolução dos problemas (BARROS; HONÓRIO, 2015; VIEIRA; MINTO, 2018).

3. CONCLUSÕES

O estudo indicou que as principais estratégias de enfrentamento às condições adversas, utilizadas pelos ACSs, foram as atividades culturais, espirituais e acadêmicas, seguidas do convívio social, atividades físicas e o descanso. Foi possível estabelecer correlação com outros estudos, possibilitando a conclusão de que o posicionamento frente as demandas físicas e mentais oriundas do processo de trabalho, dá-se de forma estritamente

individual e emocional, que acaba por potencializar o estresse e diminuir as experiências de gerenciamento das situações-problema de forma proativa e coletiva.

4. REFERÊNCIAS

ANTONIOLLI, L. et al. Estratégias de coping da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

BARROS, N. M. G. C.; HONÓRIO, L. C. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **REGE-Revista de Gestão**, v. 22, n. 1, p. 21–39, 2015.

BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 249–259, dez. 2010.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família1. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 2008.

COSTA, M. S. et al. Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 350–358, 1 jul. 2019.

DE MELO, L. P. et al. Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 3, n. 68, p. 125–144, 2016.

DOS ANJOS, F. B. et al. Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. **Sistemas & Gestão**, v. 6, n. 4, p. 562–582, 2012.

FOLKMAN, S. et al. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. **Journal of personality and social psychology**, v. 50, n. 3, p. 571, 1986.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A. ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA AO SOFRIMENTO NO TRABALHO. p. 8, 2018.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 8, p. 2537–46, ago. 2016.

KUROGI, M. S. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 12, n. 16, p. 63–76, 17 jul. 2015.

LEFÈVRE, A. M. C. et al. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 35–47, dez. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**, 2003.

LIMA, M. J. V.; CAVALCANTE, C. M. As estratégias de enfrentamento/autocuidado utilizadas pelos trabalhadores de limpeza em um centro oncológico pediátrico. **Revista da SBPH**, v. 18, n. 1, p. 152–172, jun. 2015.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 341–349, out. 1991.

NUNES, M. DE O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1639–1646, dez. 2002.

- PEREIRA, A. M. et al. A QUALIDADE DE VIDA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 784–796, 2018.
- RODRIGUES, P. F. V.; BELLINI, M. I. B. A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família. v. 9, n. 2, p. 13, 2010.
- SAMPAIO, J. DOS R. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 121–136, abr. 2012.
- SANT’ANNA, A.; KILIMNIK, Z. **Qualidade de Vida no Trabalho**. [s.l.] Elsevier Brasil, 2012.
- SOUSA, K. O. DE; BARROS, L. DE M. Estresse e Estratégias de Enfrentamento de Gestores de Saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 496–515, 31 dez. 2018.
- SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. **Espaço para Saúde**, v. 20, n. 1, 15 jul. 2019a.
- SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do agente Comunitário de Saúde. **Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. [55-66], dez. 2019b.
- SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. EU MUDO, NÓS MUDAMOS? PERSPECTIVAS SOBRE O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Espaço para Saúde**, v. 21, n. 1, 1 jul. 2020.
- TELLES, H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 467–478, set. 2009.
- TORRES, A. R. A. et al. O ADOECIMENTO NO TRABALHO: REPERCUSSÕES NA VIDA DO TRABALHADOR E DE SUA FAMÍLIA. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, 2011.
- TRINDADE, L. DE L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, p. 607–612, 2009.
- VASCONCELLOS, N. DE P. C.; COSTA-VAL, R. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE LAGOA SANTA - MG. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, 28 jun. 2008.
- VENSON, A. B. S. et al. O recurso mais importante para as organizações são mesmo as pessoas? Uma análise da produção científica sobre qualidade de vida no trabalho (QVT). **Revista de Administração da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 139–156, 12 abr. 2013.
- VIEIRA, F. A. M.; MINTO, E. C. Aspectos de estresse relacionados ao trabalho em agentes comunitários de saúde no município de Ribeirão Preto/SP. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 9, n. 1/2/3, p. 146–155, 2018.
- WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**, p. 563–568, 2009.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS CONFIRMADOS DE RAIVA NOTIFICADOS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2019

ALEIXA NOGUEIRA DE FREITAS

Discente; Universidade do Estado do Pará - Campus XII, Acadêmica do curso de Medicina

GRACE KELLY DOS SANTOS GUIMARÃES

Discente; Universidade do Estado do Pará - Campus XII, Acadêmica do curso de Medicina

GRAZIELE SANTOS GUIMARÃES

Discente; Universidade do Estado do Pará - Campus XII, Acadêmica do curso de Medicina

JAQUELINE DA ROCHA CALVO

Discente; Universidade do Estado do Pará - Campus XII, Acadêmica do curso de Medicina

LAYZE CARVALHO BORGES

Discente; Universidade do Estado do Pará - Campus XII, Acadêmica do curso de Medicina

MARCOS DANIEL BORGES MELO

Discente; Universidade do Estado do Pará - Campus XII, Acadêmica do curso de Medicina

VITOR TEIXEIRA OLIVEIRA

Discente; Universidade Federal do Amazonas – Campus Médio Solimões; Acadêmico do curso de Medicina

ANTÔNIA REGIANE PEREIRA DUARTE VALENTE

Enfermeira
Mestrado em Ciências de Saúde – Universidad San Lorenzo
Docente do curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará - Campus XII

RESUMO: A Raiva é transmitida aos humanos através do vírus presente na saliva de animais infectados. Os cães são fonte importante de infecção, sendo o contágio feito sobretudo através de mordidas. A doença apresenta letalidade de quase 100%, persistindo como um importante problema de saúde pública. Assim, objetiva-se realizar uma análise epidemiológica acerca da notificação de casos confirmados de Raiva no Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado através da coleta de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), contidos no DATASUS. Coletou-se o número de casos confirmados por região de notificação, entre 2010 e 2019, avaliando-se o ano do primeiro sintoma da doença, a zona de residência e vacinação dos animais. Durante o período analisado, foram notificados 37 casos de Raiva no Brasil, dos quais 46% foram notificados na região Nordeste e 40,5% na região Norte. O ano de maior incidência dos casos de Raiva no país foi 2018, com 30% das notificações. Nesse mesmo ano, a Região Norte concentrou quase a totalidade dos casos, com 90,9%. Ademais, 65% das contaminações ocorreram na zona rural e 70,3% dos casos envolviam animais não vacinados e a região Nordeste onde a questão da vacinação dos animais foi mais ignorada no ato de notificação. Assim, percebe-se a necessidade de ampliação da profilaxia pré-exposição, especialmente nas regiões com maior número de casos no país, pois não há tratamento completamente eficaz contra a raiva. Muitos pacientes morrem em decorrência da doença e aqueles que sobrevivem, geralmente, apresentam graves sequelas. A

raiva também é uma zoonose de caráter zoonótico, o que expõe uma grande parcela da população ao risco de contrair a doença. Portanto, é necessário manter e ampliar, principalmente nas regiões mais afetadas, as medidas profiláticas pré e pós-exposição, bem as campanhas de vacinação antirrábica, evitando proliferação da doença.

Palavras-chave: Raiva; Epidemiologia; Incidência.

ABSTRACT: Rabies is a disease transmitted to humans through the virus in the saliva of infected animals. Dogs are an important source of infection. The disease presents lethality of almost 100%, remaining an important public health problem. So, it aims to accomplish an epidemiological analysis about the notification of confirmed rabies cases in Brazil. It is a quantitative, descriptive and retrospective study, made through the data collection of the information system for notifiable diseases, contained on DATASUS. It was collected the number of confirmed cases by region of notification, between 2010 and 2019, evaluating the year of the first symptom of the disease, the zone of residence and the vaccination of animals. During the analyzed period, 37 cases of rabies were notified in Brazil, in which 46% were notified on the northeast region and 40,5% on the north region. The year of major incidence of rabies cases in the country was 2018, with 30% of notifications. In this same year, the north region concentrated almost the totality of cases, with 90,9%. furthermore, 65% of contaminations occurred on the rural zone and 70,3% of cases involved unvaccinated animals. In the northeast, the subject of the animal vaccination was more ignored in the act of notification. Thus, it is perceived the necessity of ampliation of prophylaxis pre-exposure, especially in the regions with major number of cases in the country, because there is no treatment completely effective against rabies. Many patients die because of the disease, and the ones that survive presents great sequels. The rabies is too a zoonotic character disease, what expose a great part of the population to the risk of contract the disease. Therefore, it is necessary to maintain and amply, the prophylactic measures pre and post-exposure, so as the campaigns of anti-rabies vaccination, avoiding the spread of the disease.

Key-words: rabies; epidemiology; incidence

INTRODUÇÃO

A raiva é uma zoonose transmitida ao ser humano por meio do vírus presente na saliva dos animais infectados. Trata-se de uma encefalite aguda, progressiva, causada por um vírus de RNA da família Rhabdoviridae, gênero Lyssavirus, que possui, atualmente, 7 genótipos. Em alguns municípios, os cães permanecem como fonte importante de infecção, sendo o contágio feito sobretudo através de mordidas. A doença apresenta letalidade de quase 100%, fazendo com que ainda permaneça um importante problema de saúde pública. Outras vias de transmissão da raiva são raras, embora tenham de ser consideradas em situações de investigação epidemiológica de caso ou surto. A exposição oral, por exemplo, pode resultar em infecção, porém com baixa eficiência (KOTAIT et al., 2007).

Segundo Charles (2002), o vírus possui um período de incubação no qual ele pode permanecer no ponto de inoculação, podendo ainda se replicar nas fibras musculares, antes de atingir as células nervosas e os nervos periféricos. Primeiramente o vírus segue um

trajeto centrípeto, em fluxo axoplasmático retrógrado, célula a célula, através das junções sinápticas, até alcançar o sistema nervoso central e, depois, segue a direção centrífuga, disseminando-se por diferentes órgãos, inclusive as glândulas salivares, sendo então eliminados pela saliva.

Em 2015, os dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstraram mais de 50.000 óbitos humanos, anualmente, no mundo, sendo 99% deles na Ásia e África, e em menor escala, na América Latina. A cada 15 minutos morria uma pessoa infectada pelo vírus da raiva, nessa época, e cerca de 40% eram crianças com idade inferior a 15 anos. Em 2019, foram confirmadas 13 mortes no Brasil devido à doença, principalmente no Pará (BETTY; CHARLES; KOTAIT, 2008).

De todas as zoonoses, a raiva é a mais temida delas, sendo o cão ainda o principal transmissor para o homem. O Programa de Profilaxia da Raiva, criado em 1973 pelo Ministério da Saúde (MS), prevê como principal medida de controle da doença, a vacinação em massa de cães e gatos com o objetivo de se deter o ciclo de transmissão do vírus. Concomitante à vacinação animal, observa-se a descentralização do tratamento humano. Isso porque sabe-se que os fatores sociais funcionam como facilitadores ou empecilhos para a dispersão do vírus em uma determinada área. Quanto menor a situação de desenvolvimento local, maior é a promiscuidade observada na relação homem/animal e menores também os cuidados sanitários tomados (VARGAS et al., 2019; BRASIL, 2011).

Em vista das várias realidades observadas no país, este estudo pretende analisar epidemiológica acerca da notificação de casos confirmados de raiva no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, onde a coleta de informações foram obtidas através de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), contidos no DATASUS. Coletou-se informações epidemiológicas sobre Raiva durante o período de 2010 a 2019. Incluiu-se as seguintes variáveis: número de casos confirmados por região de notificação, ano do primeiro sintoma da doença, zona de residência dos pacientes afetados e vacinação dos animais envolvidos nos casos notificados da doença. Os dados obtidos foram analisados e dispostos em forma de tabelas com auxílio do software Microsoft Excel 2016®. Por se tratar de uma pesquisa cujos banco de dados é domínio público, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

RESULTADOS

No período analisado, conforme os dados geridos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, foram notificados 37 casos de Raiva no Brasil. A região Nordeste, por sua vez, concentrava a maior parte dos casos confirmados, com 45,54% do total de notificações, seguida pela região Norte, com 40,54%. Em relação a ocorrência da doença, o ano de maior incidência de Raiva no país foi 2018, quando 29,73% dos casos foram notificados. Nesse mesmo ano, a Região Norte concentrou quase a totalidade dos casos, atingindo um percentual de 90,91%. Por fim, uma breve análise das ocorrências registradas revela que houve em média 3,7 casos registrados anualmente durante o período avaliado.

Quanto ao perfil do paciente, avaliou-se: escolaridade, faixa etária e zona de residência. O estudo da primeira variável verificou que 32,43% dos indivíduos notificados não finalizaram o Ensino Fundamental I, período que corresponde da primeira à quarta série. Além disso, 25% dos pacientes que cursaram o fundamental não conseguiram concluir o Ensino Fundamental II, período que corresponde da quinta à oitava série. Também vale inferir que um percentual significativo de 16,22% dos casos notificados ignorou, isto é, não preencheu a variável escolaridade (**Tabela 1**).

Tabela 1. Casos confirmados de raiva conforme a escolaridade do paciente

Escolaridade	Casos Notificados de Raiva	
	n	%
Analfabeto	1	2,70%
1ª a 4ª Série Incompleta do Ensino Fundamental	12	32,43%
4ª Série Completa do Ensino Fundamental	2	5,41%
5ª a 8ª Série Incompleta do Ensino Fundamental	5	13,51%
Ensino Fundamental Completo	1	2,70%
Ensino Médio Incompleto	2	5,41%
Ensino Médio Completo	1	2,70%
Educação Superior Completa	1	2,70%
Não se aplica	6	16,22%
Ignorado	6	16,22%
Total	37	100,00%

Fonte: Autores a partir de informações do Banco de Dados do SINAN

A análise da segunda variável que corresponde ao perfil do paciente, por sua vez, evidencia que a faixa etária mais acometida corresponde ao período dos 20 aos 39 anos

de idade, totalizando 37,84% dos casos (**Tabela 2**). Ademais, ainda conforme a faixa etária mais afetada, observou-se que 64,29% das notificações ocorreram na região Nordeste.

Tabela 2. Casos confirmados de raiva conforme faixa etária

Faixa Etária	Casos Notificados de Raiva	
	n	%
01 – 04 anos	5	13,51%
05 – 09 anos	6	16,22%
10 – 14 anos	6	16,22%
15 – 19 anos	1	2,70%
20 – 39 anos	14	37,84%
40 – 59 anos	4	10,81%
60 – 64 anos	1	2,70%
Total	37	100,00%

Fonte: Autores a partir de informações do Banco de Dados do SINAN

No que diz respeito a zona de residência do paciente notificado, evidenciou-se que 64,86% (n = 24) das contaminações ocorreram na zona rural e 35,14% (n = 13) ocorreram na zona urbana. Quando avaliada a ocorrência de casos na zona rural e urbana de forma individualizada, observou-se que 58,33% das contaminações em zona rural ocorreram na Região Norte e 76,92% das notificações em zona urbana aconteceram na Região Nordeste (**Tabela 3**).

Tabela 3. Casos confirmados de raiva conforme zona de residência e região de notificação

Região de Notificação	Zona Rural	Zona Urbana
Norte	58,33%	7,69%
Nordeste	29,17%	76,92%
Sudeste	4,17%	0,00%
Sul	4,17%	7,69%
Centro-Oeste	4,17%	7,69%
Total	100,00%	100,00%

Fonte: Autores a partir de informações do Banco de Dados do SINAN

Por fim, no que corresponde as variáveis não relacionadas ao perfil do paciente, avaliou-se a vacinação, contra o vírus da raiva, do animal envolvido na contaminação. Assim, pôde-se observar que 70,27% dos casos envolviam animais não vacinados, com liderança da Região Norte, representando 53,85% desse total seguida pela Região Nordeste com 30,77% das notificações (**Tabela 4**). Ainda sobre o Nordeste, a região foi o local onde a questão da vacinação dos animais foi mais ignorada no ato de notificação, sendo esta informação ausente em 47,06% das notificações ocorridas na região.

Tabela 4. Casos confirmados de raiva conforme contaminação por animal não vacinado e região de notificação

Região de Notificação	Animal Não Vacinado	
	n	%
Norte	14	53,85%
Nordeste	8	30,77%
Sudeste	1	3,85%
Sul	2	7,69%
Centro-Oeste	1	3,85%
Total	26	100,00%

Fonte: Autores a partir de informações do Banco de Dados do SINAN

DISCUSSÃO

De acordo com Araújo (2017), autora de um estudo sobre a profilaxia inicial pós-exposição da Raiva humana, pode-se relacionar o nível de escolaridade como fator influente para definir o nível de conhecimento sobre a Raiva, bem como para o nível de instrução a respeito da profilaxia antirrábica humana. Dessa forma, entende-se que a contaminação por Raiva pode apresentar maior incidência quanto menor o nível de conhecimento sobre o assunto, sendo condizente com os resultados desta pesquisa que demonstrou o baixo nível de escolaridade como possível fator de risco para contaminação, com 32,43% dos indivíduos notificados sem Ensino Fundamental I completo e 25% dos pacientes sem concluir o Ensino Fundamental II. Além disso, Lovadini et al (2019), Ameh, Dzikwi & Umoh (2014), Cavalcante e Alencar (2018) e Cavalcante, Florêncio e Alencar (2017) demonstraram em seus estudos, também, que quanto maior a escolaridade, maiores os conhecimentos sobre a doença, reafirmando os resultados da pesquisa de Araújo (2017).

No entanto, Ntampaka et al (2019) demonstrou que o nível educacional não foi um fator de influência quando se tratava de nível de conhecimentos, atitudes e práticas sobre Raiva. Nesse viés, apesar de Calvalcante e Alencar (2018) apresentarem dados que reforçavam os resultados deste estudo, houve uma incompletude nas fichas de notificação de 32,9% na opção escolaridade o que coloca em dúvida essa dicotomia entre os resultados.

Com relação a variável faixa etária, pode-se observar que a maioria dos acometidos tinham entre 20 e 39 anos, faixa de idade semelhante a de Ntampaka et al (2019) que demonstrou que a faixa etária de 20 a 30 anos tinha maior probabilidade de ter pouco conhecimento da doença – menor do que àqueles mais velhos. Além disso, Lovadini et al (2019) demonstrou em seu estudo um resultado de uma população com um conhecimento acentuado sobre assuntos relacionados à raiva, sendo que a maior quantidade desse público tinha de 30 a 50 anos. Apesar dos estudos demonstrarem uma faixa etária divergente da demonstrada nos resultados desta pesquisa, a idade mais avançada obteve um grau de maior conhecimento em todos os estudos comparativos.

No que tange à zona geográfica, a região Norte prevalece com maior número de casos na zona rural, com cerca de 59% dos casos, seguido pela região Nordeste com quase 30% do total. De acordo com Caramori (2003), a Raiva, dentre todas as zoonoses, obteve destaque por sua ampla abrangência geográfica. Assim, em virtude da maior quantidade de espécies presentes na zona rural, como morcegos hematófagos, responsáveis pela infecção de animais e, eventualmente, de humanos, essa região torna-se mais facilmente endêmica (TADEI, 1991).

A Região Amazônica é um exemplo de localização endêmica de raiva na zona rural. De acordo com Vargas (2019) os surtos de raiva tinham preferência pela zona rural, podendo ser exemplificado através do surto na região ribeirinha Tapira, às margens do rio Unini, no município de Barcelos, Amazonas. Além dela, tem-se outras regiões de fronteira que também merecem destaque pela característica endêmica, com potencial para surto, como os municípios Assis Brasil – AC, com surto de raiva em 2000; São Francisco do Guaporé – RO, em 2001; Xapuri – AC, em 2004; e Corumbá – MS, em 2015, com infecções por meio de cães e morcego hematófagos.

Por outro lado, na zona urbana, a região Nordeste prevalece com cerca de 78% do total de casos. As regiões Norte, Sul e Centro-Oeste não apresentam diferenças notáveis, tendo menos de 10% do total de infecções. A Região Sudeste não apresenta casos notificados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, no ciclo urbano, o cão é responsável por 99% dos casos de Raiva humana e por 92% dos tratamentos pós-exposição que ocorrem em todo o mundo (CARAMORI, 2003). Para Rolim (2003), a Raiva, quando no ciclo urbano, é uma doença passível de eliminação, pois apresenta altas chances de ser prevenida, permitindo medidas eficientes de intervenção, tanto junto ao ser humano, quanto à fonte de infecção animal.

Em contrapartida com a zona rural, a zona urbana, apesar de não ter as mesmas condições fornecidas naturalmente, também é uma região endêmica, sendo sede para os mesmos vetores que ao invés de se abrigarem em árvores e outros esconderijos, abrigam-se em tubulações sob rodovias, tubulações, ferrovias e forro de casas habitadas. Diante disso, torna-se necessária a atividade contínua de vigilância epidemiológica para se controlar as colônias de morcegos, aliando-se ainda a um programa efetivo de Educação Sanitária, vacinação antirrábica dos animais e a notificação de casos da doença às autoridades sanitárias (SCHNEIDER et al., 1996).

Sobre a variável que englobava a influência dos animais contaminados com a ocorrência de casos, verificou-se que 70,27% dos casos envolviam animais não vacinados, sendo a Região Norte representante de 53,85% desse total seguida pela Região Nordeste com 30,77% dos casos, enfatizando uma relação entre a incidência dos casos com a imunização dos animais vetores da doença. Assim, essa relação esteve de acordo com Vargas et al. (2019) que, em seu estudo, demonstrou a vacinação como medida determinante para diminuição dos casos de Raiva. Nesse mesmo estudo, foi levantado que a profilaxia pós exposição é um importante combatente da morbimortalidade, mas não substitui a imunização

dos animais, o ideal é que sejam usados métodos concomitantes para uma maior eficácia na diminuição de casos da doença, além da adequação de outros parâmetros técnicos como, técnica adequada de vacinação e a consideração do tempo de imunogenicidade.

Mary et al. (2018), em seu estudo, demonstrou que nos últimos 30 anos, a contaminação de cães e humanos diminuiu de maneira importante, nos países da América Latina e Caribe, devido aos esforços de cooperação entre esses países por meio do Programa Regional para a Eliminação da Raiva. Para que a relevante queda na ocorrência da Raiva acontecesse, foram colocados em prática planos de vacinação em massa de cães, além de profilaxia pós-exposição e constante vigilância. Nesse sentido, Grisi-Filho et al. (2008) também demonstrou fatores relevantes acerca do impacto da vacinação, como por exemplo, coberturas vacinais em cães, variando de 60 a 80%, poderiam evitar a transmissão da Raiva entre esses animais, evitando com isso a transmissão zoonótica desta doença. Consoante aos fatos, percebe-se o impacto que o processo de imunização tem para a ocorrência ou não de casos de Raiva, sendo que a ocorrência está fortemente relacionada com o processo de falha da imunização como foi demonstrado nesta pesquisa.

CONCLUSÃO

Percebe-se, portanto, que durante o período avaliado, foram notificados 37 casos no país. Tal número representa o êxito de políticas públicas para eliminação da raiva. Entretanto, o aumento dos casos em 2018, alertam para a necessidade de ampliação das campanhas de vacinação, bem como de medidas profiláticas pré e pós exposição. Isso se torna ainda mais importante nas regiões Norte e Nordeste, referidas no presente estudo com as regiões com maior concentração do número de notificações da doença, sobretudo nas áreas rurais. Além disso, ressalta-se a possibilidade de haver subnotificações dos casos de Raiva no país, o que pode ter interferido nos resultados do presente estudo. Por fim, nota-se a necessidade de estudos epidemiológicos futuros que visem a analisar os motivos da prevalência das regiões Norte e Nordeste nos casos de Raiva no país e a avaliar.

REFERÊNCIAS

AMEH, V. O.; DZIKWI, A. A.; UMOH, J. U. Assessment of knowledge, attitude and practice of dog owners to canine rabies in Wukari Metropolis, Taraba State Nigeria. **Global journal of health science**, v. 6, n. 5, p. 226, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARAMORI JUNIOR, J. G. et al. Inquérito epidemiológico sobre características da população canina e felina de um bairro próximo à zona rural em Cuiabá-MT, visando o controle da raiva animal. *Rev*

da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 36, n. 3, p. 419-420, 2003.

CAVALCANTE, K. K. S; ALENCAR, C. H. Raiva humana: avaliação da prevalência das condutas profiláticas pós-exposição no Ceará, Brasil, 2007-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017547, 2018.

CAVALCANTE K.K; FLORÊNCIO C.M.; ALENCAR, C.H. Profilaxia antirrábica humana pós-exposição: características dos atendimentos no estado do Ceará, 2007-2015. **J Health Biol Sci**, v. 5, n. 4, p. 337-345, 2017.

DE LOURDES ARAUJO, I. 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. (Dissertação). 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/SMOC-ATHNM7/1/isabela_de_lourdes_ara_jo.pdf.

DODET, B. et al. Fighting rabies in Africa: The Africa Rabies Expert Bureau (AfroREB). **Vaccine**, v. 26, Issue 50, p. 6295-6298, 2008. ISSN 0264-410X.

FREIRE DE CARVALHO, M. et al. Rabies in the Americas: 1998-2014. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 12, n. 3, 2018.

GRISI-FILHO, J. H. H. et al. Uso de sistemas de informação geográfica em campanhas de vacinação contra a raiva. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1005-1011, 2008.

KOTAIT, I. et al. Reservatórios silvestres do vírus da raiva: um desafio para a saúde pública. **BEPA: Boletim Epidemiológico Paulista (Online)**, v. 4, n. 40, 2007.

LOVADINI, V. L. et al. Percepção e práticas sobre a Raiva da população atendida nos serviços primários de saúde. **Rev Enferm Atual**, v. 90, n. 28 2019.

NTAMPAKA, P. et al. Knowledge, attitudes and practices regarding rabies and its control among dog owners in Kigali city, Rwanda. **PloS one**, v. 14, n. 8, p. e0210044, 2019.

RUPPRECHT, C. E., HANLON, C. A; HEMACHUDHA, T. Rabies re-examined, **The Lancet Infectious Diseases**, v. 2, Issue 6, 2002, p. 327-343, ISSN 1473-3099.

ROLIM, R.L.P; LOPES, F.M.R; NAVARRO, I.T. Aspectos da vigilância epidemiológica da raiva no município de Jacarezinho, Paraná, Brasil, 2003. **Semina: Ciências Agrárias**, v. 27, n. 2, p. 271-279, 2006.

SCHNEIDER, M. C. et al. Controle da raiva no Brasil de 1980 a 1990. **Rev de Saúde Pública**, v. 30, p. 196-203, 1996.

SOUZA, L. C. et al. Vigilância epidemiológica da raiva na região de Botucatu-SP: importância dos quirópteros na manutenção do vírus na natureza. **Ars Vet**, v. 21, n. 1, p. 62-8, 2005.

TADEI, V. A. Distribuição do morcego vampiro, *Desmodus rotundus* (Chiroptera, Phyllostomidae) no estado de São Paulo e a raiva dos animais domésticos. **Impresso Especial CATI**, 1991.

VARGAS, A.; ROMANO, A. P. M.; MERCHAN-HAMANN, E. Raiva humana no Brasil: estudo descritivo, 2000-2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, 2019.

SÍFILIS CONGÊNITA NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

ALEIXA NOGUEIRA DE FREITAS

Acadêmica do curso de Medicina; Universidade do Estado do Pará - Campus XII

BRUNA GABRIELLE REGO PEREIRA

Acadêmica do curso de Medicina; Universidade do Estado do Pará - Campus XII

CINTIA ANIELE SOARES SABINO

Acadêmica do curso de Medicina; Universidade do Estado do Pará - Campus XII

CLEIZIMARA CAVALCANTE NUNES

Acadêmica do curso de Medicina; Universidade do Estado do Pará - Campus XII

GABRIEL RIBAS NASCIMENTO DE MELO

Acadêmico do curso de Medicina; Universidade do Estado do Pará - Campus XII

LAYZE CARVALHO BORGES

Acadêmica do curso de Medicina; Universidade do Estado do Pará - Campus XII

RAMON MOREIRA GOMES DE SOUSA

Acadêmico do curso de Medicina; Universidade do Estado do Pará - Campus XII

NÁDIA VICÊNCIA DO NASCIMENTO MARTINS

Enfermeira
Mestrado em doenças tropicais – Universidade Federal do Pará
Doutora em Ciências - EEUSP
Docente do curso de Medicina na Universidade do Estado do Pará - Campus XII

RESUMO: **Introdução:** Considerada um problema de Saúde Pública, a Sífilis é uma doença infecciosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum* que pode ser transmitida por via transplacentária, caracterizando a sífilis congênita, podendo ocasionar danos irreversíveis ao recém-nascido. **Objetivo:** Analisar o número de casos notificados de sífilis congênita no território brasileiro entre os anos de 2014 e 2018. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo cujo dados foram coletados a partir de boletins epidemiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Analisou-se variáveis entre o período de 2014 a 2018, conforme as regiões brasileiras, faixa etária e escolaridade da mãe, realização do pré-natal e evolução dos casos de sífilis congênita. **Resultados:** Foram notificados 108.364 casos de sífilis congênita, sendo 43,0 % dos casos oriundos da região Sudeste brasileira. A taxa de incidência no Brasil foi de 5,5 casos/1.000 nascidos vivos em 2014 para 9,0 em 2018, um aumento de 60,7% no número de notificações. O diagnóstico, a adesão ao pré-natal e a queda das subnotificações podem justificar em parte esse aumento. Os desfechos desfavoráveis, como óbito, aborto e natimorto diminuíram de 14,3% para 11,4% dos casos. Destaca-se que a faixa etária com maior prevalência continua sendo a de 20 a 29 anos, passando de 51,7 % para 53,6% no período, o que pode estar associado à fase de vida sexual ativa. O acesso ao acompanhamento pré-natal aumentou de 77,5% para 81,8%. Quanto a escolaridade das mães, o ensino fundamental incompleto se mantém como mais expressivo, refletindo o contexto de vulnerabilidade individual

da doença. **Conclusão:** A oferta e o acompanhamento no programa de pré-natal refletem na diminuição dos desfechos desfavoráveis e ressaltam a importância da detecção e tratamento precoce da sífilis em gestantes, ainda no período pré-natal o que pode contribuir para a redução significativa de vulnerabilidade nas três dimensões: Individual, social e programática.

Palavras-chave: Transmissão vertical; Recém-nascido; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT: Introduction: Considered a Public Health issue, syphilis is an infection disease caused by the spirochete *Treponema pallidum* that can be transmitted transplacentally, characterizing the congenital syphilis. When improperly treated, it might cause irreversible damage to the infant. **Objective:** To analyse the number of reported congenital syphilis cases in Brazil from 2014 to 2018. **Methods:** This is a quantitative, descriptive and retrospective research, which data were collected from the Brazilian Ministry of Health epidemiological reports. The variables analysed were from 2014 to 2018 and were correspondent to the Brazilian geographical region of the patient's report, to the mothers' age range, scholarship and antenatal care, and to the evolution of the syphilis congenital cases. **Results:** 108,364 congenital syphilis cases were reported, in which 43.0% were from southeast. The national incidence rate was 5.5/1000 (5.5 cases for every 1,000 births) in 2014 and 9.0/1000 in 2018, an increase of 60.7% in the quantity of reports. The diagnosis, the mothers' adherence to the antenatal care and the decrease of unreported cases might partially explain that 60% increase. The poor outcomes, such as death, abortion and stillbirth, decreased from 14.3% to 11.4% of the cases. The mother's age range most prevalent remained 20-29 years old, increasing from 51.7% to 53.6% during the period, what can be associated to sexually active life stage. The adherence to antenatal care increased from 77.5% to 81.8%. About scholarship, most women had not finished elementary school, expressing the individual vulnerability context of the disease. **Conclusions:** The antenatal care is fundamental to decrease poor outcomes. Also, the early syphilis detection and treatment on pregnant women contribute to a significant reduction of vulnerability in all its three dimensions: individual, social and programmatical.

Key-words: Infectious Disease Transmissions, Vertical; Newborn; Health Vulnerability

INTRODUÇÃO

Considerada um problema de Saúde Pública, a Sífilis é uma doença infecciosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que dentre outras formas pode ser transmitida por via transplacentária, caracterizando a sífilis congênita, a qual tem apresentado crescimento na taxa de incidência dentre os nascidos vivos nos últimos anos (MASCHIO-LIMA, et al., 2019).

A sífilis congênita, assim como na grávida, é de notificação compulsória e ela pode culminar em complicações diversas para o recém-nascido, por isso a investigação e tratamento de gestantes durante a assistência pré-natal é imprescindível para a prevenção da infecção vertical, no entanto, ocorrem empecilhos que prejudicam essa prática como o não tratamento dos parceiros das gestantes e prosseguimento insuficiente do pré-natal, por exemplo (LAFETÁ; SILVEIRA; PARANÁIBA, 2016).

Iniciar o pré-natal precocemente e garantir um número de consultas adequado, com uso de ferramentas diagnósticas como o exame *venereal disease research laboratory (VDRL)*, dentre outras, reflete de forma positiva em condutas de controle de doenças sexuais de transmissão vertical, ressalta-se ainda a necessidade de boa comunicação entre os profissionais e as pacientes na orientação adequada sobre os procedimentos e sua importância (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

A persistência e o aumento dessa doença revelam um prosseguimento pré-natal falho, uma vez que diagnosticada e tratada com eficácia a transmissão é interrompida, tendo a atenção básica o papel de triagem dessas pacientes (FERREIRA, et al., 2017). Além disso, a subnotificação, o diagnóstico tardio, ou apenas durante o parto e/ou curetagem, o tratamento incompleto, em especial por não abordagem do parceiro, e o não prosseguimento do recém-nascido acometido por sífilis congênita ratificam uma assistência inadequada (LAFETÁ; SILVEIRA; PARANAÍBA, 2016).

A transmissão da sífilis durante a gravidez ocorre principalmente nas fases iniciais da doença, primárias e secundárias, diminuindo na fase tardia e suas consequências afetam diretamente o feto ocasionando malformações, bem como pode ser interrompido seu desenvolvimento, o que caracteriza um aborto espontâneo (CONCEIÇÃO; CÂMRA; PEREIRA, 2020). As manifestações clínicas apresentam-se diferentes em decorrência do tempo em que a gestante ficou com a doença, da carga bacteriana, se foi tratada, da capacidade infectante do treponema e da associação com outras doenças, o que poderá resultar além de mortalidade da criança quadros sintomáticos ou assintomáticos, sendo classificada em precoce ou tardia (BRASIL, 2017).

O seguimento da criança de mãe diagnosticada com sífilis é primordial na prevenção de manifestações que possam aparecer tardiamente, sendo necessário um acompanhamento mensal no primeiro trimestre de vida e posteriormente com consultas mais espaçadas até 2,5 anos, nesse cenário o exame utilizado é o VDRL, bem como análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), além de seguimento mais especializado, contudo, a adesão a essa rotina nem sempre se faz presente ou ainda não ocorre investigação efetiva, isso pode estar relacionado, além outros fatores, a um desconhecimento por parte dos profissionais de saúde, quando se trata da gravidade da problemática (CAVALCANTE, et al., 2019).

O tratamento é por meio da benzilpenicilina benzatina, a qual é utilizada para as manifestações diferentes da sífilis, sendo o esquema modificado a depender da necessidade do paciente, esse fármaco é a opção no tratamento durante o processo de gravidez, evidencia-se que a terapêutica deve ser iniciada mediante a um teste reagente e o estado de gravidez configura início urgente, ademais, a terapia da criança com sífilis congênita também é pela utilização da benzilpenicilina, seja ela potássica/cristalina, procaína ou mesmo benzatina, a escolha será mediante a uma boa avaliação dos fatores que irão indicar a melhor opção e a via de administração (BRASIL, 2020).

Diante as implicações atribuídas à transmissão da sífilis, este estudo objetivou analisar o número de casos notificados de sífilis congênita no território brasileiro entre os anos de 2014 e 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo e retrospectivo cujos dados foram coletados a partir do boletim epidemiológico de Sífilis de 2019, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. O boletim epidemiológico contém dados sobre casos de sífilis adquirida, casos de sífilis em gestantes e casos de sífilis congênita.

Para corroborar com o objetivo do presente estudo, considerou-se somente informações referentes à sífilis congênita durante o período de 2014 a 2018. A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2020. Incluiu-se as seguintes variáveis para análise: regiões brasileiras, faixa etária da mãe, escolaridade da mãe, realização do pré-natal e evolução dos casos de sífilis congênita.

Os dados foram averiguados e tabulados mediante utilização do software Microsoft Excel 2016®, possibilitando posterior elaboração de gráficos e tabelas. Por se tratar de um estudo cujas informações foram obtidas a partir de dados públicos, o presente projeto não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, seguindo as orientações da Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, que normatiza o acesso a informações públicas.

RESULTADOS

No período de 2014 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 108.364 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, assim distribuídos nas regiões brasileiras, 46.631 (43,0%) eram residentes na Região Sudeste, 31.841 (29,4%) no Nordeste, 14.911 (13,7%) no Sul, 8.790 (8,1%) no Norte e 6.172 (5,7%) no Centro-Oeste (Tabela 1). Durante esse período, houve aumento de 60,7% no número de notificações no Brasil, passando de 16.309 casos em 2014 para 26.219 em 2018. Nesse último ano, a maioria (42,5%) residiam na região sudeste, (30,0%) nordeste, (13,5%) sul, (8,4%) norte e (5,6%) centro-oeste.

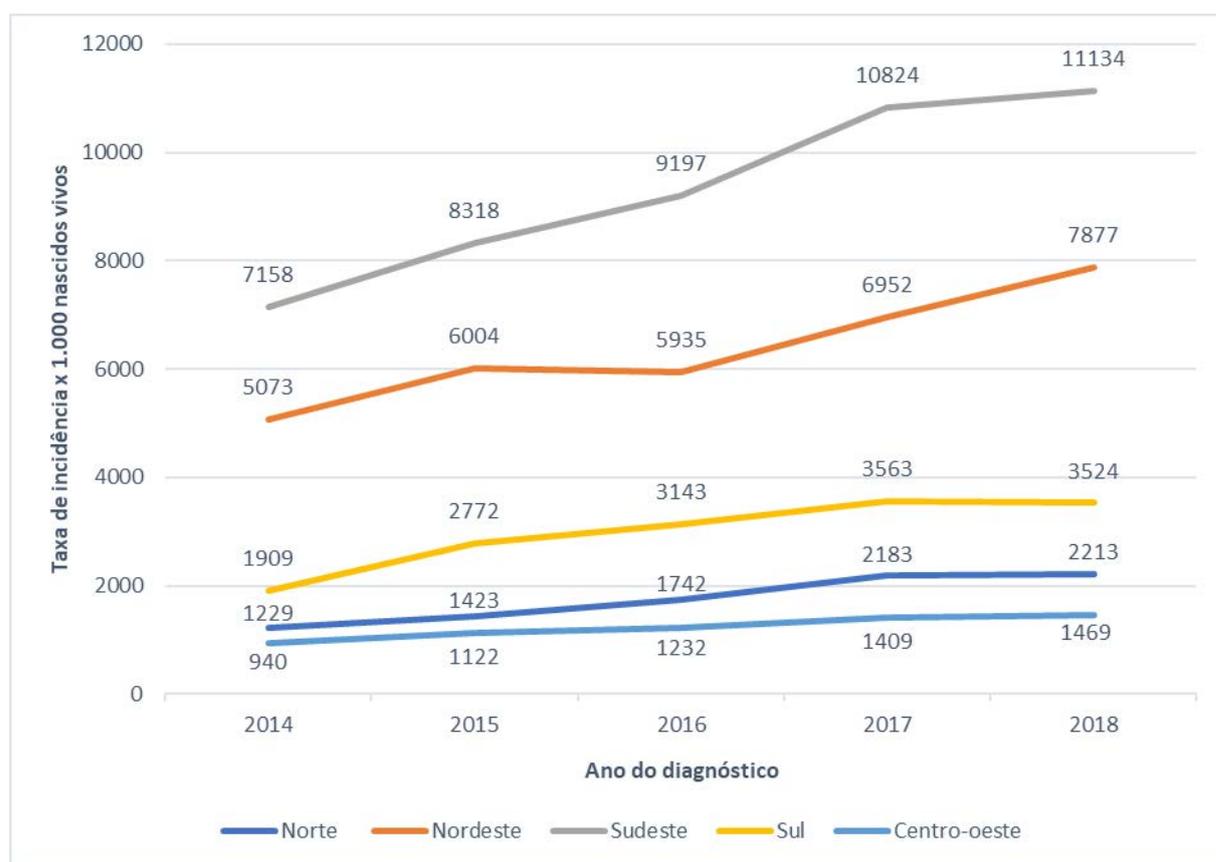
Com relação às regiões, o maior incremento anual ocorreu na região sul (84,6%), seguida das regiões norte (80%), centro-oeste (56,2%), sudeste (55,5%) e nordeste (55,3%).

Por outro lado, as únicas reduções no número de notificação foram na região nordeste, que registrou queda em 2016, e sul que houve redução em 2018 (Tabela 1 e Figura 1).

Tabela 1 - Casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano de idade (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2018. Adaptado de Brasil (2019, p. 35).

UF de residência	2014		2015		2016		2017		2018		Total
	Nº	Taxa									
Brasil	16311	5,5	19647	6,5	21254	7,4	24933	8,5	26219	9	108364
Norte	1229	3,8	1423	4,4	1742	5,7	2183	7	2213	7,1	8790
Nordeste	5073	6,1	6004	7,1	5935	7,5	6952	8,5	7877	9,6	31841
Sudeste	7158	6,1	8318	7	9197	8,2	10824	9,4	11134	9,7	46631
Sul	1909	4,8	2772	6,8	3143	8	3563	9	3524	8,9	14911
Centro-Oeste	940	3,8	1122	4,5	1232	5,2	1409	5,8	1469	6	6172

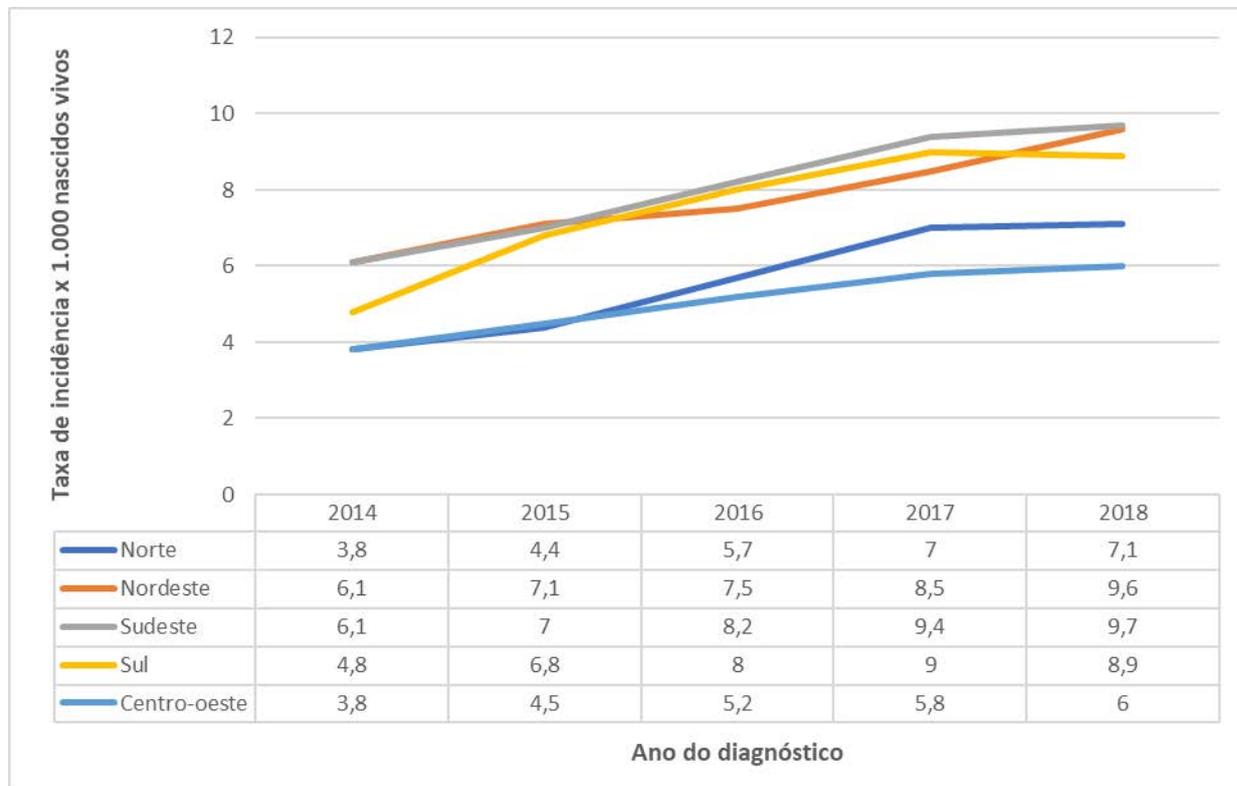
Figura 1. Casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano de idade (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico no Brasil entre o período de 2014 e 2018. Adaptado de Brasil (2019, p. 35).



Observa-se que a taxa de incidência no Brasil foi de 9,0 casos/1.000 nascidos vivos em 2018, contrastando com 5,5 do ano de 2014. Em ambos os períodos, as regiões sudeste (de 6,1 para 9,7 casos/1.000 nascidos vivos) e nordeste (de 6,1 para 9,6 casos/1.000 nascidos vivos) se mantiveram como as maiores taxas, permanecendo acima da taxa nacional. Quanto ao aumento percentual da taxa, a região norte foi a que mostrou maior cres-

cimento, que foi de 3,8 para 7,1 (aumento de 86,8%) e a nordeste o menor, indo de 6,1 para 9,6 (aumento de 57,3%) (figura 2).

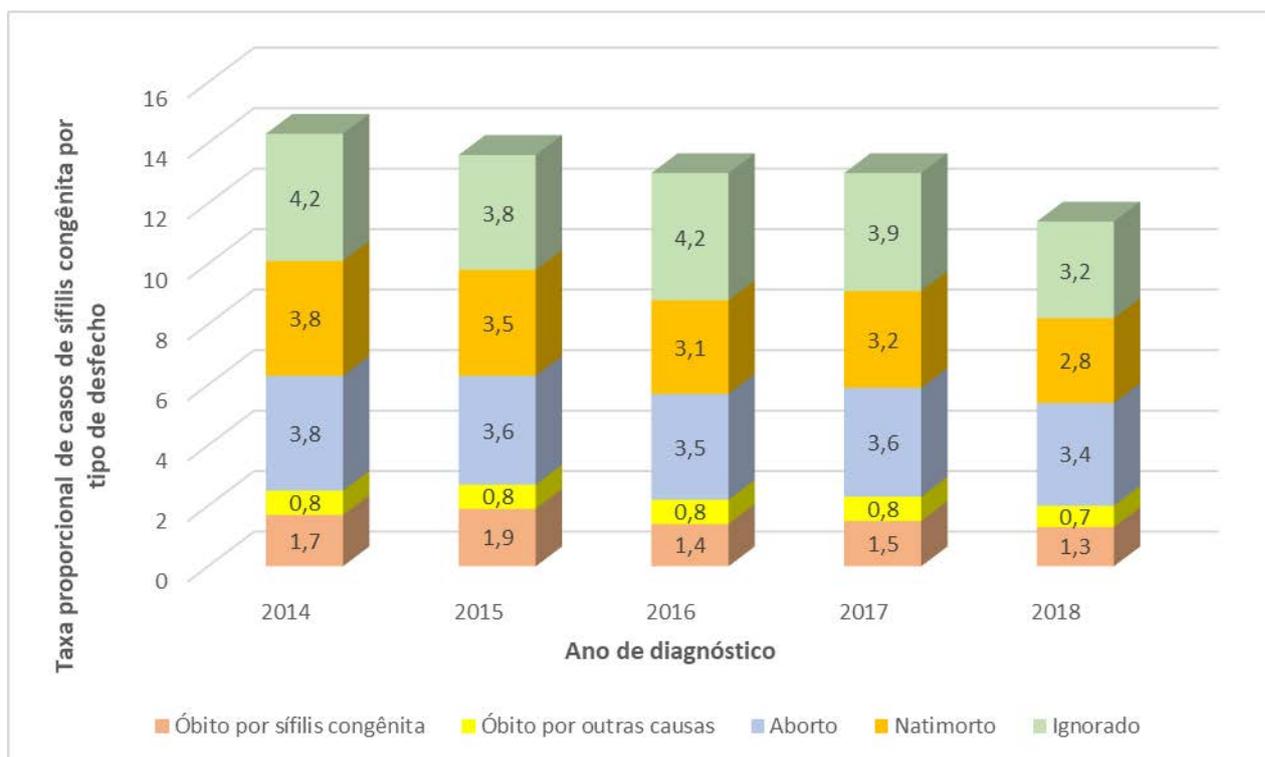
Figura 2 - Casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano de idade (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico no Brasil entre período entre 2014 e 2018. Adaptado de Brasil (2019, p. 24).



Entre os anos de 2014 e 2018, as Unidades Federativas (UF) que apresentaram aumento mais expressivo na taxa de incidência foram o Amazonas (395,0%) e Roraima (226,6%), embora que em números absolutos, Rio de Janeiro e São Paulo representem os maiores números de casos. Por outro lado, Sergipe foi a única UF que apresentou redução de 12,7% entre os extremos desse período. No Brasil, em geral, houve uma tendência de crescimento nas taxas de incidência no decorrer dos anos. O progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita passou de 5,5 caso/1.000 nascidos vivos, em 2014, para 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, em 2018. Apenas em casos pontuais que se observa redução, principalmente entre o ano de 2017 e 2018, quando Mato Grosso do Sul e Mato Grosso registraram queda de 23,3% e 20,6%, respectivamente, conforme a Tabela 1.

Quanto a evolução dos casos, uma gradual queda no percentual de desfechos desfavoráveis é notada. Enquanto em 2018, do total de 26.308 casos, 88,6% das crianças com sífilis congênita estavam vivas e 11,4% apresentaram algum desfecho desfavorável, entre óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas, aborto, natimorto e aqueles que tiveram evolução ignorada, em 2014, o percentual era 14,3% dos casos (Figura 3 e Tabela 2).

Figura 3. Distribuição proporcional de casos de sífilis congênita por tipo de desfecho desfavorável segundo ano de diagnóstico no Brasil entre o período de 2014 a 2018. Adaptado de Brasil (2019, p. 26).



Comparando os percentuais de casos, houve uma manutenção na faixa etária das mães com o diagnóstico de sífilis congênita, sendo maior no intervalo entre 20 e 29 anos de idade (com média de 52,7%), seguido daquelas na faixa etária de 15 a 19 anos (23,6%) e de 30 a 39 anos (18,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2018. Adaptado de Brasil (2019, p. 37).

Faixa etária da mãe	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	%								
10 a 14 anos	152	0,9	190	1	221	1	222	0,9	231	0,9
15 a 19 anos	3843	23,5	4675	23,7	5012	23,5	6011	24	6151	23,4
20 a 29 anos	8461	51,7	10205	51,8	11284	52,9	13372	53,5	14109	53,6
30 a 39 anos	3202	19,6	3720	18,9	3878	18,2	4411	17,6	4726	18
40 ou mais	309	1,9	387	2	418	2	461	1,8	484	1,8
Ignorado	387	2,4	542	2,7	518	2,4	532	2,1	607	2,3
Total	16354	100	19719	100	21331	100	25009	100	26308	100

Quanto à escolaridade materna, observou-se outra constância: a maior parte possuía da 5ª à 8ª série incompleta, correspondente ao ensino fundamental (em média 22,2%), seguida das que têm o ensino médio completo (14,6%) e que, em 27,8% dos casos, essa informação foi classificada como ignorada (Tabela 3).

Tabela 3. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2018. Adaptado de Brasil (2019, p. 37).

Escolaridade da mãe	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	%								
Analfabeto	155	0,9	160	0,8	145	0,7	131	0,5	144	0,5
1ª à 4ª série incompleta	1147	7	1077	5,5	997	4,7	1158	4,6	1102	4,2
4ª série completa	675	4,1	749	3,8	714	3,3	753	3	738	2,8
5ª à 8ª série incompleta	4138	25,3	4844	24,6	5220	24,5	5792	23,2	5836	22,2
Ensino fundamental completo	1337	8,2	2101	10,7	2133	10	2777	11,1	2830	10,8
Ensino médio incompleto	1750	10,7	2134	10,8	2547	11,9	3362	13,4	3429	13
Ensino médio completo	2002	12,2	2581	13,1	3151	14,8	3957	15,8	4487	17,1
Ensino superior incompleto	120	0,7	156	0,8	200	0,9	259	1	292	1,1
Ensino superior completo	103	0,6	131	0,7	159	0,7	228	0,9	244	0,9
Não se aplica	93	0,6	106	0,5	87	0,4	124	0,5	115	0,4
Ignorado	4834	29,6	5680	28,8	5978	28	6468	25,9	7091	27
Total	16354	100	19719	100	21331	100	25009	100	26308	100

Já no tocante ao acesso a assistência pré-natal, há uma melhora gradual no decorrer desses anos. Em 2014, 77,5% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, 16,8% não o fizeram, enquanto, no último ano, 81,8% tiveram acesso ao serviço. Mostra-se também a queda de 5,8% para 4,9% da parcela de casos que apresentaram essa informação ignorada (Tabela 4).

Tabela 4. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo realização de pré-natal por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2018. Adaptado de Brasil (2019, p. 37).

Realização de pré-natal	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	%								
Sim	12667	77,5	15484	78,5	17323	81,2	20438	81,7	21516	81,8
Não	2745	16,8	2933	14,9	2885	13,5	3284	13,1	3512	13,3
Ignorado	942	5,8	1302	6,6	1123	5,3	1287	5,1	1280	4,9
Total	16354	100	19719	100	21331	100	25009	100	26308	100

DISCUSSÃO

Em 2010, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita, definida como ocorrência de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos, sendo essa a meta de eliminação a ser alcançada. A incidência de sífilis congênita estimada por este estudo está, portanto, muito além da meta de eliminação proposta para o ano 2015 (OPAS, 2014; WHO, 2017).

Ressalta-se que o cenário epidemiológico da doença está associado à subnotificação de casos, levando o Ministério da Saúde a elaborar medidas de controle prioritárias (BRASIL, 2017). O aumento na incidência dos casos está diretamente relacionado ao desabastecimento de penicilina G benzatina, principal medicamento utilizado para o tratamento de pacientes infectados e para a prevenção da transmissão vertical, o desabastecimento da medicação ocorreu a nível mundial, sobretudo entre 2014 e 2016, devido a questões relacionadas à indústria farmacêutica, bem como o aumento no número de testes rápidos realizados e consequentemente o aumento no consumo da medicação (CRISTINE; DANTAS; COSTA, 2018).

Destacam-se as regiões sudeste e nordeste por permanecerem com as maiores taxas de incidência, corroborando com um estudo observacional ecológico acerca da análise dos riscos de sífilis congênita nos municípios brasileiros, o qual destacou a região nordeste quanto à presença de municípios com alto risco. Além disso, apesar da cobertura acima da média nacional, a efetividade da assistência pré-natal na região registra severas deficiências na assistência prestada (OLIVEIRA, et al., 2020).

As mesmas dificuldades são evidenciadas na região norte, com municípios apresentando risco relativo quando comparado ao restante do país. A região norte, que apresenta os piores indicadores de assistência pré-natal no país, enfrenta ainda o empecilho de ser reconhecida como a região de menor cobertura da assistência no Brasil, tendo como principal causa sobretudo as barreiras de acesso, o que reflete o maior aumento percentual da taxa de incidência nessa região (OLIVEIRA, et al., 2020; VIELLAS, et al., 2014).

Apesar de alguns progressos, no Brasil, a epidemia decorrente de sífilis congênita persiste sendo um problema de saúde pública associado à maior vulnerabilidade social e falhas na assistência pré-natal que resulta em mortalidade fetal e neonatal significativa (COOPER, et al., 2016; MARIA; MADEIRA, 2016).

Averiguou-se, no presente estudo, tendências crescentes nas taxas de incidência em quase todas as unidades da federação (com exceção de Sergipe). Isso contraria as tendências decrescentes observadas no cenário mundial; todavia, o padrão crescente encontrado no Brasil segue o observado para toda a região das Américas (KORENROMP, et

al., 2019). Esse fato provavelmente reflete a desordem socioeconômica na maioria dos países nessa região, resultado de dois dos mais importantes determinantes sociais da saúde: a falta de recursos e a desigualdade em sua distribuição. Tais determinantes associam-se frequentemente a comportamentos sexuais de risco, à falta de assistência médica e, por conseguinte, ao aumento das taxas de infecções sexualmente transmissíveis, entre elas, a sífilis (OLIVEIRA, et al., 2020).

No presente estudo, a avaliação da escolaridade é importante no sentido de definir o discernimento sobre a doença, métodos de prevenção e importância e à adesão ao tratamento. Dentro deste aspecto, prevaleceu no grupo “ignorado”, representando os que decidiram não responder à pergunta do questionário, seguido pelo grupo representado da 5ª à 8ª série e das mães que definiram como já cursado o ensino médio. Demonstrando a prevalência em escolaridades mais baixas, está sendo um fator de risco individual, juntamente com baixa faixa etária, raça/cor não branca, baixa escolaridade, história de infecções sexualmente transmissíveis (IST), história de sífilis em gestações anteriores, múltiplos parceiros e baixa renda (NONATO, 2015).

Além disso, dentre os resultados, observa-se um aumento, seguido de redução a partir do ano de 2016, nos grupos de analfabetas e o inverso com as de 1ª à 4ª série. O aumento de casos de transmissão/reinfecção, pode estar associado ao grau de escolaridade e falta de conhecimento acerca da doença e de suas consequências, podendo gerar conflitos, como em casos de parceiros associam a ocorrência à infidelidade da parceira, além do medo do local de administração do medicamento e se a unidade de saúde para administração do medicamento não está próximo, ou seja é de difícil acesso à residência da paciente (MARQUES, 2020).

Esta situação é uma realidade a qual pode ser observada em diferentes lugares do Brasil e dependendo dos lugares, pode modificar. Por exemplo, em um estudo no Centro-Oeste do país, em Anápolis/GO, com 59 gestantes, identificou perfil diferenciado dos casos de sífilis ao identificarem bom grau de escolaridade nas mulheres participantes do estudo. Por outro lado, em Olinda/PE, com 234 casos de sífilis congênita, anunciou que a maior parte das mulheres que tiveram seus filhos infectados não havia completado o ensino fundamental, trazendo conformidade com as porcentagens encontradas neste estudo, fortalecendo a relação do baixo nível de escolaridade a diferentes agravos à saúde.

No que tange a idade, as mais acometidas são mulheres jovens abaixo de 30 anos, com saltos alarmantes na incidência em mãe com idade entre 15-19 anos. Essa faixa etária de mulheres infectadas retrata a prática da atividade sexual precoce e negligente, trazendo reforço a ideia de que ainda é necessário melhorias nas estratégias de educação em saúde visando sensibilizar a prática sexual segura (COSTA, 2013). Neste contexto, destaca-se a importância da realização de ações de educação em saúde voltadas para incentivo da prática de relações sexuais mais seguras, incorporando o uso de preservativos para prevenção da ocorrência de IST (SIGNOR, 2018).

Este cenário pode se modificar dependendo da região a qual se observa. Em um estudo epidemiológico, feito em Fortaleza, no estado do Ceará, foi demonstrado a prevalência da Sífilis Congênita em mulheres mais velhas que referem parceiro fixo, sendo o marido e pai dos seus filhos. Nesses casos, a infecção é resultado de relações sexuais extraconjugais desprotegidas, ou ter como de infecção parceiros sexuais anteriores, pois é possível ocorrer infecção mesmo alguns anos após a lesão primária, o que teoricamente poderia justificar a presença de infecção entre parceiros monogâmicos (CAMPOS, 2010).

Observa-se que ocorre um aumento positivo na taxa de gestantes acompanhadas entre os anos 2014 e 2018. Isso reflete a indiscutível eficiência da busca ativa realizada por parte dos profissionais da saúde da atenção básica, que consequentemente facilita o acesso das grávidas para o início do pré-natal. Um estudo realizado no interior do Ceará, reflete a importância de o pré-natal ser iniciado o mais rápido possível, para que assim ocorra o diagnóstico precoce, ao mesmo tempo que aumenta a chance de realização do tratamento correto para as gestantes com sífilis, evitando o risco de transmissão vertical (FERREIRA, et al., 2017).

No entanto, é importante observar que ainda existe um grupo de mulheres que não foram assistidas pelo pré-natal, cerca de 17% do total pesquisado. Ainda que os investimentos na atenção à saúde das mulheres venham crescendo na última década, é notório a continuação de barreiras na assistência pré-natal que promovem inadequação no cuidado (VIELLAS, et al., 2014). Essa não realização envolve uma série de questões que aumentam as desigualdades de acesso a saúde. Mulheres pretas, indígenas, com menor grau de escolaridade, várias gestações e que moram nas regiões nordeste e norte são as mais vulneráveis e devem ser cuidadas de acordo com a realidade que enfrentam (DE MACEDO, et al., 2020).

É inegável a relevância do acompanhamento pré-natal adequado para enfretamento e redução da incidência de agravos como prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções congênitas e óbito perinatal (MAGALHÃES, et al., 2011). Diante disso, o aumento no número de consultas de pré-natal por gestantes que realizam o parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), implementação do Programa “Rede Cegonha”, distribuição de testes rápidos para detecção de sífilis nas Unidades Básicas de Saúde (USB) geraram forte impacto na redução dos óbitos por sífilis nos neonatos (MASCHIO – LIMA, et al., 2019).

Apesar desse avanço, mostrou-se uma taxa relevante na quantidade de neonatos que tiveram desfechos indesejáveis, entre óbito e abortamento. Esse cenário é muito preocupante, especialmente quando se sabe que, segundo o Sistema Único de Saúde, a morte por sífilis congênita está classificada na lista de causas evitáveis por meio de intervenções para promoção e proteção da saúde. Ter conhecimento sobre o perfil da mortalidade infantil é indispensável a fim de que se elabore medidas que gerem controle e assistência adequada a mulher durante a gestação (XIMENES NETO, et al., 2008).

CONCLUSÃO

Nesse cenário, é notório que a sífilis congênita traz consigo um contexto de vulnerabilidade social, uma vez que afeta principalmente gestantes com baixo nível de escolaridade, o que se traduz em dificuldade de educação sexual. Além disso, o presente estudo reafirma a importância da oferta e do acompanhamento na assistência pré-natal, fundamentais para a detecção precoce e tratamento adequado da sífilis em gestantes, resultando, assim, na diminuição dos desfechos desfavoráveis desse agravo. Portanto, o cuidado à saúde da gestante pode contribuir para a redução significativa de vulnerabilidade nas três dimensões: Individual, social e programática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. C.; LINDOLFO, L. C.; ALCÂNTARA, K. C. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Rev. Bras. Anal. Clin.**, p. 181-184, 2009.

BRASIL. Guia de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, n. 2, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 1. ed. atual. Brasília, 2017.

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 Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2020.

BRITO, E. S. V.; JESUS, S. B.; SILVA, M. R. F. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. **Rev. APS**, 2009.

CAMPOS, A. L. A. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

CAVALCANTE, A. N. M., ARAÚJO, M. A. L., NOBRE, M. A., & ALMEIDA, R. L. F. D. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. **Rev. de Saúde Pública**, v. 53, n. 95, 2019.

CONCEIÇÃO, H. N. D., CÂMARA, J. T., & PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em debate**, v. 43, p. 1145-1158, 2020.

COSTA, C. C. et al. Congenital syphilis in Ceará: epidemiological analysis of one decade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

COOPER, J. M. et al. In time : the persistence of congenital syphilis in Brazil - needed! **Rev Paulista de Pediatria (English Edition)**, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.

CRISTINE, F.; DANTAS, S.; COSTA, C. M. Syphilis: an epidemiological overview of Brazil and the municipality of Volta Redonda / RJ. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 1, n. 1, p. 128-147, 2018.

- DA SILVA, P. G. et al. Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento. *Rev. Iberoamericana de Educación em Enfermería*, v. 10, n. 1, p. 38-46, 2020.
- DE MACEDO, V. et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad. Saúde Colet.*, 2020.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. D. A.; LEAL, M. D. C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater, Infant.*, v. 12, n. 3, p. 269-280. 2012.
- FERREIRA, V. E. S. et al. Avaliação de indicadores da assistência pré-natal com ênfase na prevenção e controle da sífilis congênita. *SANARE – Rev de Políticas Públicas*, v. 16, 2017.
- KORENROMP, E. L. et al. Correction: Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes — Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS ONE*, v. 14, n. 2, p. 219613, 2019.
- LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras. de Epidem.*, v. 19, p. 63-74, 2016.
- MAGALHÃES, Daniela; KAWAGUSHI, Inês; DIAS, Adriana; CALDERON, Iracema. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde*, v. 22, n. splot 1, p. 43 - 54, 2011.
- MARIA, R.; MADEIRA, S. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis : dados do estudo Nascer no Brasil Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission : data from the Birth in Brazil study Incidencia d. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 6, p. 1–12, 2016.
- MARQUES, C. A. B.; LUZ, H. C.; JÚNIOR, R. N. C. M. Perfil epidemiológico de sífilis gestacional e congênita no Estado do Piauí no período de 2017 a 2020. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p., 2020.
- MASCHIO-LIMA, T. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestantes no município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 19, n. 4, Recife, 2019.
- MASCHIO-LIMA, T. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bra. Saude Mater. Infant.*, 2019.
- MOREIRA, E. G. A. Sífilis durante a gestação e sífilis congênita em Betim e na unidade básica de campos Elíseos: uma proposta de intervenção para diagnóstico precoce e tratamento adequado. (Trabalho de Conclusão de Curso) Apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/EDUARDO-GUIMARAES-ARAUJO-MOREIRA.pdf>. Acesso em: 18 de Ago, 2019.
- NONATO, S. M.; MELO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, p. 681-694, 2015.
- OLIVEIRA, V. S. et al. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, 2020. Disponível em: [v44e752020.pdf](https://www.paho.org/v44e752020.pdf) (paho.org).
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Field Guide for Implementation of the Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas. Pan American Health Organization, 2014. Disponível em: [index.pdf](https://www.paho.org/index.pdf) (paho.org).
- SIGNOR, Mariane; SPAGNOLO, Lilian Moura de Lima; TOMERG, Jéssica Oliveira; GOPATTO, Mariangela; STOFEL, Natália Sevilha. Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 398-406, 2018.

VIELLAS, E. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Card. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014.

XIMENES NETO, Francisco; LEITE, Joséte; FULY, Patrícia; CUNHA, Isabel; CLEMENTE, Adriana; DIAS, Maria Socorro; PONTES, Maria Alzenir. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 61, n. 5, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of. 2. ed. Geneva, 2017

MOTIVO DE PROCURA PARA TESTAGEM SOROLÓGICA NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE SANTARÉM - PARÁ

TIAGO SOUSA DA COSTA
Universidade do Estado do Pará

MATHEUS SALLYS OLIVEIRA SILVA
Universidade do Estado do Pará

ADJANNY ESTELA SANTOS DE SOUZA
Universidade do Estado do Pará

MARIA BEATRIZ CARDOSO MAGALHÃES DAMASCENO
Universidade do Estado do Pará

LORENA MARIA SOUZA DA SILVA
Universidade do Estado do Pará

CARLOS EDUARDO AMARAL PAIVA
Universidade do Estado do Pará

FABIANE CORRÊA DO NASCIMENTO
Universidade do Estado do Pará

KAREN TAVARES DOS SANTOS
Universidade do Estado do Pará

RESUMO: Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são atualmente definidos como serviços de saúde que atuam no diagnóstico e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), desse modo constituem uma importante fonte de dados epidemiológicos, permitindo investigar e descrever o perfil epidemiológico dos usuários, orientando medidas específicas de prevenção das ISTs, que são imprescindíveis, haja visto que as ISTs são importantes cau-

sas de doença aguda e crônica infertilidade, incapacidade e morte. **Objetivo:** Verificar quais são os principais motivos que levam os indivíduos a buscar atendimento no CTA.

Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo, com delineamento transversal, feito através dos registros dos usuários do CTA – URE's, Santarém-Pará, que foram atendidos entre janeiro de 2015 e dezembro de 2018. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme parecer: 3.648.154 CAAE 20368919.7.0000.5168.

Resultados: Foram realizados 5.166 atendimentos 70,4% eram pacientes do sexo feminino. Foi feita a classificação dos principais motivos de procura, 46,7% foram por "Encaminhamento por serviço de saúde", sendo esse o principal motivo, vale ressaltar que esse fato evidencia o compromisso dos órgãos de saúde locais com a prevenção das ISTs. O segundo motivo de procura foi a "Prevenção" com 28,3%, torna-se notório a preocupação dos indivíduos com as ISTs. O "conhecimento do status sorológico" correu em 12,02%, "Exame pré-natal" com 7,7%, "Conferir resultado anterior" com 2,67%, "Exposição à situação de risco" com 0,98%, Suspeita de IST com 0,63% e Outros (1%).

Conclusão: Foi possível constatar que os três principais motivos que levaram os indivíduos a buscar atendimento no CTA foram devido ao "Encaminhamento por serviço de saúde" seguido pela "Prevenção" e "Conhecimento do status sorológico". Tais motivos demonstram a preocupação dos usuários com a sua saúde. Além disso, podemos concluir que o CTA da UREs de Santarém constitui um importante recurso para saúde, uma vez que oferece assistência integral aos seus usuários.

PALAVRA-CHAVE: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Doenças sexualmente transmissíveis; Perfil de saúde; Aconselhamento.

ABSTRACT: The Testing and Counseling Centers (CTA) are currently defined as health services that work in the diagnosis and prevention of sexually transmitted infections (STIs), thus constituting an important source of epidemiological data, allowing to investigate and describe the epidemiological profile of users, guiding specific STI prevention measures, which are essential, given that STIs are important causes of acute illness and chronic infertility, disability and death. **Objective:** To verify what are the main reasons that lead individuals to seek care at the CTA. **Methodology:** This is a retrospective study, with a cross-sectional design, carried out through the records of CTA users - URE's, Santarém-Pará, which were attended between January 2015 and December 2018. The project was approved by the Ethics Committee in Research (CEP) as opinion: 3,648,154 CAAE 20368919.7.0000.5168. **Results:** 5,166 visits were made, 70.4% were female patients. The main reasons for searching were classified, 46.7% were for "referral by health service", which is the main reason, it is worth mentioning that this fact shows the commitment of local health agencies to the prevention of STIs. The second reason for searching was "Prevention" with 28.3%, the concern of individuals with STIs is notorious. The "knowledge of the serological status" ran in 12.02%, "Prenatal examination" with 7.7%, "Check previous result" with 2.67%, "Exposure to risky situation" with 0.98%, Suspected STI with 0.63% and Others (1%). **Conclusion:** It was found that the three main reasons that led individuals to seek care at the CTA were due to "Referral by health service" followed by "Prevention" and "Knowledge of HIV status". Such reasons demonstrate the users' concern with their health. In addition, we can conclude that the CTA of UREs de Santarém is an important resource for health, since it offers comprehensive assistance to its users.

KEYWORDS: Acquired immunodeficiency syndrome; Sexually transmitted diseases; Health profile; Counseling.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), por dia há aproximadamente mais de 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis ISTs, destacando-se a gonorreia, sífilis, hepatite e HIV, caso não ocorra o diagnóstico e tratamento adequado, essas ISTs podem trazer várias complicações ao indivíduo, como a infertilidade, gravidez ectópica, doenças neurológicas e cardiovasculares (NEWMAN et al, 2015).

As ISTs podem ser causadas por bactérias, vírus ou outros microrganismos e são transmitidas por contato sexual com um infectado sem o uso de preservativos, a transmissão também pode ocorrer da mãe infectada para a criança, pelo parto ou amamentação, nesse caso denominada de transmissão vertical (SILVA et al, 2017).

O diagnóstico das ISTs pode ser feito de dois modos, o diagnóstico etiológico, que necessita de exames para identificar o agente causador e o diagnóstico clínico, em que são identificados sinais e sintomas que possam ser característicos de uma determinada IST, sendo que o diagnóstico etiológico é o mais recomendado devido à precisão em indicar o agente causador, fazendo com que o tratamento seja realizado de maneira adequada

(SILVA et al, 2017; MS, 2008). É possível realizar o exame sorológico de maneira gratuita nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) disponível em várias cidades do Brasil (MS, 2008).

Inicialmente chamados de Centro de Apoio e Orientação Sorológico (COAS), os Centros de Testagem e Aconselhamento foram implantados na década de 80, como uma estratégia de enfrentamento das ISTs, principalmente a AIDS, tendo em vista o crescimento dos casos bem como o preconceito que cercava a doença. Atualmente o CTA realiza testes rápidos para diagnóstico de HIV, Hepatites Virais (B e C) e Sífilis, seu serviço é caracterizado como gratuito e anônimo e contempla atividades de educação sexual, distribuição de insumos de prevenção assim como encaminhamentos para o tratamento das ISTs, corroborando para uma continuidade no acompanhamento do paciente (DA COSTA et al, 2020; LIRA, 2017).

Além disso, os centros de testagens dispõem de equipes multidisciplinares que desempenham papel fundamental no suporte ao paciente que procura o serviço, atuando com aconselhamentos pré e pós teste dos usuários, por meio de uma escuta especializada e individualizada que busca dar apoio educativo e emocional ao paciente bem como informá-los e esclarecer suas dúvidas, estabelecendo assim, um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário (LIRA, 2017; SOBREIRA, VASCONCELLOS, PORTELA, 2012).

Dessa forma, estudos como este podem contribuir significativamente na identificação e no estabelecimento do perfil epidemiológico dos usuários, nessa perspectiva os órgãos de saúde, mais especificamente os CTAs, podem aprimorar suas estratégias de prevenção tendo uma maior eficácia no combate as ISTs (MACÊDO et al, 2018).

O presente trabalho tem como objetivo analisar quais são os principais motivos que levam os indivíduos a buscar atendimento no CTA.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, com delineamento transversal, realizado em um CTA, localizado na cidade de Santarém, estado do Pará. A amostra do estudo foi constituída pelas fichas de admissão dos usuários que buscaram atendimento no CTA, no período de 2015 a 2018, para realizarem o exame de testagem sorológica.

Os dados coletados correspondem a um banco de informações com cadastro nacional de IST/AIDS padronizado pelo Ministério da Saúde, arquivados no computador do CTA. Esses dados são obtidos através de um questionário de admissão composto por várias perguntas fechadas, que é aplicado pelos profissionais do CTA sendo uma das etapas do atendimento ao usuário, esses dados posteriormente ficam arquivados na forma de prontuário.

A variável analisada no questionário de admissão foi o item “motivo da procura” que é designada para identificar o motivo que levou o usuário a buscar atendimento no CTA. Esses dados foram transferidos pelos pesquisadores para uma planilha do *Microsoft Excel* versão 2020 e posteriormente foi extraído o quantitativo (n) e porcentagem (%) sendo demonstrado em tabelas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme parecer: 3.648.154 CAAE 20368919.7.0000.5168.

3 RESULTADOS

Após a coleta de dados, foi possível verificar um total de 5.166 usuários realizaram testagem sorológica no CTA, entre os anos de 2015 a 2018, média de 1.291 por ano. Desse total houve a prevalência do sexo feminino correspondendo a 70,4% (n=3.637).

A tabela 1 apresenta as principais causas que levaram os indivíduos a buscar atendimento no CTA. É possível observar que o principal motivo que levou os usuários a buscarem atendimento no CTA foi “Encaminhamento por serviço de saúde”, correspondendo a 46,7% (n=2.412) dos casos.

Tabela 1 – motivo da procura para testagem sorológica, 2015 a 2018

MOTIVO	2015	2016	2017	2018	Percentual (%)	TOTAL
Encaminhamento por serviço de saúde	1.133	926	246	107	46,7	2.412
Prevenção	77	74	564	746	28,3	1.461
Conhecimento do status sorológico	64	42	191	324	12,02	621
Exame pré-natal	151	76	107	64	7,70	398
Conferir resultado anterior	29	12	29	68	2,67	138
Exposição à situação de risco	5	17	15	14	0,98	51
Suspeita de IST	9	7	9	8	0,63	33
Outros	15	20	11	6	1	52
TOTAL	1.483	1.174	1.172	1.337		5.166

Fonte: CTA-URES.

Em segundo lugar ficou a “Prevenção” com 28,3% (n=1.461), no entanto, nos últimos dois anos (2017 e 2018) houve uma tendência crescente nesse motivo, chegando a ultrapassar em seis vezes a média de casos dos dois primeiros anos (2015 e 2016). Dessa forma, a “Prevenção” foi o principal motivo que levou os usuários a buscarem atendimento no CTA nos últimos dois anos (2017 e 2018).

Em terceiro lugar ficou o “conhecimento do status sorológico” correspondendo a 12,02% (n=621) dos casos. Esse é outro motivo quem vem aumentando nos últimos anos. Em quarto lugar ficou o “Exame pré-natal” responsável por 7,7% (n=398) dos motivos, no entanto, esse fator demonstrou um decréscimo de aproximadamente 21% ao ano.

Posteriormente, os motivos “Conferir resultado anterior” com 2,67% (n=138), “Exposição à situação de risco” com 0,98% (n=51), “Suspeita de IST” com apenas 0,63% (n=33) e “Outros” correspondendo a 1% (n=52).

4 DISCUSSÃO

Por meio de análise dos dados descritos consta-se que há diferenças nos índices de realização da testagem rápida entre indivíduos do sexo masculino e feminino, corroborando para achados de outros autores nos quais observam que os papéis desempenhados pelos indivíduos em nossa sociedade atual, corrobora para a criação de um modelo de denominação de gêneros no qual a visão de masculinidade e feminilidade incapacitam o avanço de programas de promoção a saúde que deveriam assistir todos estes indivíduos sem diferença de gênero e acabam por em sua maioria abrangendo mais as mulheres (TAQUETTE et al, 2004).

O motivo mais recorrente dentre os citados foi o de “Encaminhamento por serviço de saúde”, considerado de fundamental, uma vez que, o conceito de promoção à saúde e prevenção é um desafio dentro do SUS, quando ainda coexistem visões e práticas que reforçam uma ideia fragmentada da saúde, em detrimento de uma visão integral da mesma, e, por consequência, isso se reflete em suas ações e em seus serviços. O encaminhamento nos mostra que a articulação dentro atenção primária de saúde é fundamental para a promoção de uma qualidade de vida para os cidadãos. (BRASIL, 1999).

Além disso, o motivo do “Encaminhamento por serviço de saúde” pode ser em decorrência de testagens rápidas feitas nas unidades básicas de saúde deram inconclusivas dessa forma havendo a necessidade de um reteste (FERREIRA, 2018). É importante mencionar que os usuários encaminhados por serviço de saúde podem advir de qualquer setor da saúde, seja público ou privado, contudo, existe uma rede de atenção que possui um fluxo devendo ser respeitado.

As ISTs constituem um dos principais problemas dentro da saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos. Isso deve-se a fatores que implicam na mistificação da doença, como a baixa procura nas unidades de saúde. Nesse contexto, ações de saúde sobre a temática da prevenção das ISTs, são de fundamental importância para a redução de novos casos além de ser capaz tornar o sujeito um indivíduo disseminador de informações, fazendo com que mais pessoas tenham a ideia de buscar a prevenção e como buscá-la, como exposto nos resultados a “prevenção” é fator comum para a busca de saber seu status sorológico (DE SOUZA et al, 2020).

Nesse cenário, é crucial o papel do CTA na realização de campanhas educativas sobre as ISTs, o acesso a informação é uma ferramenta de grande utilidade no combate as ISTs, pois um indivíduo bem informado vai adotar um comportamento preventivo reduzindo determinados comportamentos de risco e, conseqüentemente, reduzindo a chance de vir a ser acometido por alguma dessas enfermidades (PEDROSA et al, 2008).

Um público quem vem necessitando dessa abordagem são os idosos e os adolescentes, nesse grupo ainda há o predomínio de “tabu” e pseudo-pensamento de invulnerabilidade quanto às infecções, tornando-os “alvos” fáceis para propagação dessas doenças (SILVA et al, 2020).

As atividades em saúde desenvolvidas no acompanhamento do pré-natal objetivam promover informações geral sobre a gestação, parto e puerpério, sendo também fato indispensável, pois oferece às gestantes subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, possibilitando o autocuidado, os cuidados com o recém-nascido, além de detectar os sinais de perigo, como as infecções sexualmente transmissíveis, no entanto, os dados da pesquisa mostram que com o decorrer dos anos essa assistência durante o pré-natal para com as ISTs decresceu aproximadamente 21%, evidenciando que de haver uma atualização nas políticas de prevenção durante essa fase da mulher sobre as ISTs (DIAS et al, 2015).

Deste modo, a adoção de práticas eficazes de disseminação de informações sobre as ISTs é o principal meio de disseminação de informação que pode instigar os indivíduos a se prevenir, fazendo com que haja mais procuras nas testagens sorológicas, para que então seja possível minimizar a ocorrência de novas infecções e a mudança do cenário atual.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nos mostra o quanto é relevante e necessário o desenvolvimento de programas de saúde pública que abordem a temática das ISTs. Especificamente, com as medidas de prevenção é possível viabilizar um direcionamento quanto à propagação de informações preventivas frente às infecções na sociedade, viabilizando aos CTAs a promoção de atividades que propiciem à população a testagem rápida para o conhecimento do

estado sorológico atual, permitindo um tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão, diminuindo a ocorrência dessas infecções.

É possível observar a existência de lacunas nos programas de diagnóstico das ISTs. É dever dos órgãos de saúde proporcionar uma revisão desses programas e possível atualização das principais políticas de prevenção, bem como, dar apoio às unidades de saúde e aos profissionais na execução de ações de prevenção e controle dessas doenças.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

DA COSTA PEREIRA, Samantha Souza et al. **Caracterização de usuários dos Centro de Testagem e Aconselhamento no Brasil: uma revisão integrativa**. Revista Pró-UniverSUS, v. 11, n. 2, p. 38-46, 2020.

DE SOUZA, Adjanny Estela Santos et al. **CONHECIMENTO SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE DISCENTES DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SANTARÉM, PARÁ, BRASIL**. Atena Editora, p. 1-388–416. 2020.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. **Percepção das gestantes quanto à importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde**. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 3, p. 2695-2710, 2015

FERREIRA, Danielle Rios de Souza. **Motivos da procura de usuários ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)**. 2018.

LIRA, Vânia de Souza. **Importância das ações de aconselhamento do Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/aids (CTA), na cidade de João Pessoa, Paraíba**. 2017.

MACÊDO, Maria Rita de Cassia et al. **Educação entre pares: prevenção das ISTS-HIV/AIDS em espaços coletivos e criativos na escola**. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MS . **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil Desafios para a Equidade e o Acesso**. Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

NEWMAN, Lori et al. **Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting**. PloS one, v. 10, n. 12, p. e0143304, 2015.

PEDROSA, Michele Lopes; MATTOS, Inês Echenique; KOIFMAN, Rosalina Jorge. **Lesões intra-epiteliais cervicais em adolescentes: estudo dos achados citológicos entre 1999 e 2005, no Município do Rio de Janeiro, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 12, p. 2881-2890, 2008.

SILVA, Claudinei Mesquita et al. **Prevalência de HIV em crianças/adolescentes em um centro de referência no sul do Brasil**. Revista Prevenção de Infecção e Saúde, v. 3, n. 3, 2017

SILVA, Matheus Sallys Oliveira et al. **Dificuldades em se realizar ações de prevenção e diagnóstico sobre a percepção de infecções sexualmente transmissíveis (IST'S): Relato de experiência**. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 5, p. 13589-13595, 2020.

SOBREIRA, Paula Guidone Pereira; VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de; PORTELA, Margaret Crisóstomo. **Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 3099-3113, 2012.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de; PAULA, Mariana Campos de. **Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 282-290, 2004.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

ALINE ALVES DA SILVA

Centro Universitário do Distrito Federal

FRANKLIN NUNES ARAGÃO

Centro Universitário do Distrito Federal

GABRIEL BERNARDO DE JESUS

Centro Universitário do Distrito Federal

MYLLENA VIEIRA LEMOS

Centro Universitário do Distrito Federal

**PROF. ME. GABRIELA JACARANDÁ
ALVES**

Centro Universitário do Distrito Federal

**PROF. DR. SUDERLAN SABINO
LEANDRO**

Centro Universitário do Distrito Federal

RESUMO: A pandemia pelo novo coronavírus exigiu dos países a reorganização das ações e serviços de saúde ofertados à população. No Brasil, o Sistema Único de Saúde precisou adaptar-se a serviços e fluxos de atendimento aos usuários em todos os níveis de atenção, principalmente na atenção primária à saúde, principal porta de entrada do sistema e primeiro contato do usuário na rede de atenção. Este estudo objetivou identificar os principais desafios e as estratégias adotadas pela atenção primária à saúde na assistência a indivíduos, famílias e comunidades em tempos de COVID-19. Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, foi utilizado o método de pesquisa

bibliográfica narrativa para seleção e análise dos textos sobre a temática. O levantamento foi realizado em diferentes bases de dados da literatura, publicados em língua portuguesa, no período de 2005 a 2020. No Brasil, para garantir o atendimento da população e o controle da pandemia, foi primordial investir em estratégias de atuação na atenção primária, entendendo a responsabilidade desta com a complexidade e as especificidades dos territórios. Dentre as estratégias adotadas, destaca-se a telemedicina e o TeleSus viabilizando consultas remotas que contemplam atendimento pré-clínico, suporte assistencial, monitoramento e diagnóstico, pelos meios de comunicação no âmbito do Sistema Único de Saúde. A implementação da telemedicina proporcionou interação à distância entre o profissional e o paciente, a fim de evitar a desistência de tratamentos já iniciados pré-pandêmicos e o esclarecimento de dúvidas a respeito da doença, destacando o momento ideal para buscar atendimento presencial, favorecendo o isolamento social. A pesquisa identificou que após observação dos aspectos analisados, percebe-se que as estratégias inovadoras agregadas ao trabalho desenvolvido pelas equipes de atenção primária à saúde contribuíram significativamente para o enfrentamento à pandemia e continuidade da assistência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Coronavírus; Estratégias; Telemedicina; Brasil.

ABSTRACT: The pandemic caused by the new coronavirus demanded the countries to

reorganize the actions and health services offered to the population. In Brazil, the Brazilian Unified Health System needed to adapt to services and flows of care to users at all levels of care, especially in primary health care, the main gateway to the system and the user's first contact in the care network. This study aimed to identify the main challenges and strategies adopted by primary health care in the care of individuals, families and communities in times of COVID-19. This study is a narrative literature review, using the narrative literature search method for the selection and analysis of texts on the subject. The survey was conducted in different literature databases, published in Portuguese language, in the period from 2005 to 2020. In Brazil, to ensure the care of the population and the control of the pandemic, it was essential to invest in strategies for primary care, understanding its responsibility with the complexity and specificities of the territories. Among the strategies adopted, telemedicine stands out, enabling remote consultations that include pre-clinical care, assistance support, monitoring, and diagnosis, by means of communication within the Unified Health System. The implementation of telemedicine and TeleSUS provided interaction at a distance between the professional and the patient, in order to avoid the withdrawal of treatments already started pre-pandemic and the clarification of doubts about the disease, highlighting the ideal time to seek face-to-face care, favoring social isolation. The research identified that after observing the aspects analyzed, it is perceived that the innovative strategies added to the work developed by primary health care teams contributed significantly to the pandemic confrontation and continuity of care.

Keywords: Primary Health Care; Coronavirus; Strategies; Telemedicine; Brazil.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), decretou uma pandemia devido ao crescimento exponencial da COVID-19, em todo o globo, recomendando o distanciamento social, seguido de quarentena para reduzir a propagação do vírus, que desde o final de 2019, causa uma crise sanitária que se originou em Wuhan, na China e propagou-se por toda população, espalhando um surto de doença respiratória provocada por um novo coronavírus (SHEREEN, 2020).

O agravamento da COVID-19 tem como fator de risco os grupos que possuem comorbidades existentes e/ou idade avançada, embora a doença grave não esteja limitada a esses grupos. É uma doença que tem uma variedade de sintomas, incluindo tosse, febre, dispneia e mialgia, na maioria dos casos (HUANG,2020).

Os serviços assistenciais de pacientes acometido com a COVID-19 estão focados na atenção hospitalar tendo em vista a gravidade patológica, sem deixar a importância dos serviços hospitalares, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem apresentando modelo de equipe mais adequado para a atuação e alcance de toda a população, a Estratégia de Saúde da Família tem como responsabilidade a orientação comunitária (MEDINA,2020).

Através do aumento no número de casos de covid 19 notou se o despreparo do sistema de saúde, demonstrando quão necessário seria a realização de ações governamentais urgentes e de maneira ágil, para reduzir os danos equivalentes do colapso sanitário, desse

modo se apresenta a importância da APS, haja vista que essa se faz a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (XIMENES NETO *et al.* 2020).

A APS atua como porta de entrada do usuário, sendo seu primeiro contato com a rede de atenção, funciona como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo fundamental por atuar com equipe multidisciplinar, promove o rastreamento da população adscrita de seu espaço geográfico, além de ser capaz de identificar as peculiaridades de seus usuários. Ademais, nesse momento precisou investir em atualizações do cuidado (XIMENES NETO *et al.* 2020; BRASIL, 2017).

A partir da elaboração de novos métodos de comunicação para melhorias de saúde, o sistema de monitoramento remoto tornou-se muito útil pois os profissionais de saúde além de avaliar os sintomas em tempo real, também podem fornecer informações/conselhos de saúde fazendo com que o paciente possa permanecer em casa e não precisar ir a hospitais que estejam superlotados e permitindo que eles tenham comunicação 24h com um profissional (FAGHERAZZI, 2020).

Para ocorrer uma ação efetiva de combate ao vírus, faz-se essencial o reforço dos princípios básicos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde a integralidade em assistir o paciente em suas necessidades, a acessibilidade em fornecer facilidade no acesso do usuário, a humanização das ações, principalmente no momento vivenciado, no qual os infectados devem permanecer em isolamento e conviver com incertezas relacionadas a patologia e seus tratamentos (XIMENES NETO *et al.* 2020).

MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo trata de uma revisão narrativa, método de pesquisa que promove uma análise da literatura científica na interpretação crítica dos autores, podendo contribuir no debate de determinadas temáticas. De acordo com (ROTHER, 2007 p.01) “*os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual*”.

Para realização do estudo foi identificada a seguinte questão de pesquisa: Identificar os desafios e as estratégias enfrentadas pela APS em tempos de COVID-19.

No período de novembro de 2020 a março de 2021, foi realizada a coleta de dados em diferentes bases eletrônicas: *Medical Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Como critérios de inclusão utilizou-se de artigos publicados entre os anos de 2005 a 2020, em língua portuguesa, inglesa para o levantamento e análise do que já foi produzido

sobre a temática de atenção primária à saúde em tempos de COVID-19 desafios e estratégias.

Os termos chaves da pesquisa, padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde, foram: Atenção Primária à Saúde, Coronavírus, Estratégias, Telemedicina, Brasil. Para seleção dos artigos foram utilizadas os operadores *booleanos AND e OR* de diferentes formas, buscando atingir o melhor resultado, por meio das seguintes combinações: (Atenção Primária à Saúde *AND* Coronavírus) *AND* (Brasil *AND* Estratégias *AND* Atenção Primária à Saúde) *OR* (telemedicina *OR* teleatendimento).

Após a pesquisa foram encontrados artigos na base de dados *MEDLINE* 40, selecionados 20, *LILACS* 30, selecionados 10, *BVS* 50, selecionados 30. Foram selecionadas 52 combinações a partir dos descritores e realizada uma leitura transversal, foram removidos 37 artigos, as principais razões para a exclusão foram: textos duplicados, textos sem relação direta com o tema, textos não disponíveis na íntegra, e textos publicados fora do período de recorte.

A partir da leitura exploratória e seletiva, foram selecionados 15 artigos, correlacionados aos objetivos do estudo, contribuindo para o entendimento dos atuais modelos de comunicação que a atenção primária à saúde está utilizando, os desafios enfrentados e as estratégias utilizadas para enfrentamento da pandemia.

RESULTADOS

Dos 15 artigos analisados, 13 dos estudos abordam os riscos da COVID-19 para a população e o desenvolvimento de uma crise sanitária global, 9 estudos apresentam as estratégias desenvolvidas para que a atenção primária à saúde possa desenvolver sua função de forma eficaz e sem comprometer a saúde pública, 4 abordam os desafios apresentados devido ao acesso e utilização de tecnologias para prosseguir com o método planejado.

Com base na análise de dados, e considerando o novo cenário que a pandemia nos trouxe, o grande foco na maioria dos países tem sido centralizado na atenção hospitalar. No Brasil, além destes investimentos, para garantir o atendimento da população e o controle da pandemia, foi primordial investir em estratégias de atuação na atenção primária à saúde (APS). O Brasil apresenta hoje um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo (LAVRAS,2011).

Apoiado e ordenado pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), e desse modo, a APS deve ser considerada como um importante pilar frente de situações emergenciais como a pandemia causada pelo novo coronavírus, uma vez que a mesma é uma grande aliada em diversas epidemias como: dengue, Zika, febre amarela, Chikungunya e, também agora, a Covid-19 (LAVRAS, 2011).

O enfrentamento do atual quadro de saúde no Brasil, evidencia um problema crônico que vem sendo vivenciado a muito tempo pelos brasileiros, problemas como financiamento que teve mudanças em 2016 com aprovação da emenda constitucional congelando por 20 anos os gastos, comprometendo drasticamente no funcionamento e propagação da ESF (MASSUDA, 2020).

Além da gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços que deixam a desejar e torna a APS menos procurada pela comunidade. Mesmo com as suas limitações, a APS vem demonstrando a sua importância no combate à COVID-19, uma vez que 80% dos casos são leves e podem estar sendo assistidos, desafogando os centros hospitalares (DUNLOP, *et al.* 2020).

Devido à ausência de vacinas e medicamentos específicos para a infecção, no dia 20 de março de 2020 o Congresso Nacional decretou estado de calamidade pública exigindo assim uma forte organização da APS. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde juntamente com a Secretaria de Vigilância em Saúde, implementaram estratégias para coordenação e organização ao enfrentar a COVID-19. (HARZHEIM, *et al.* 2020).

A maioria dos cuidados realizados na APS são de responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) representada por enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem, etc. A ação estratégica proposta para poder driblar esta situação foi a busca ativa de tecnologias de informação para a sociedade (HARZHEIM, *et al.* 2020).

A prestação de serviços para os pacientes com covid 19 tem ocorrido a partir de fluxos distintos para sintomáticos, assintomáticos e outras doenças que necessitam de atendimento presencial, ademais no cenário atual a APS tem priorizado e difundido o cuidado e orientação por meio on-line, a fim de reduzir filas nos estabelecimentos de saúde, desse modo o atendimento requer estender o uso de telefonia celular, internet, entre outros recursos tecnológicos (MEDINA,2020).

Dentre as estratégias adotadas, destaca-se a telemedicina viabilizando consultas remotas que contemplam atendimento pré-clínico, suporte assistencial, monitoramento e diagnóstico, pelos meios de comunicação no âmbito do SUS. A implementação desse sistema proporcionou interação à distância entre o profissional e o paciente, a fim de evitar a desistência de tratamentos iniciados pré-pandêmicos (HOLLANDER, 2020).

Esse suporte se baseia em protocolos clínicos, que possuem respaldo científico, devem transmitir mensagens de forma clara e objetiva, evitando assim equívocos e com preferência para ligações de vídeo permitindo averiguar melhor os sinais e sintomas. Para garantir a qualidade no atendimento deve se utilizar as ferramentas adequadas para assegurar a privacidade e segurança do usuário (MEDINA,2020).

Além da interação remota, foi criado o aplicativo TeleSUS voltado ao esclarecimento de dúvidas a respeito da doença, destacando o momento ideal para buscar atendimento presencial, favorecendo o isolamento social. Destaca-se também, o desenvolvimento de

ações articuladas com as equipes de vigilância epidemiológica, consideradas estratégicas na redução de riscos e implementação de medidas de controle na propagação do vírus (HOLLANDER, 2020).

As estratégias desenvolvidas pela APS são um forte aliado no fator protetor, evitando assim a contaminação em massa, haja vista que essa tem papel preventivo espalhando medidas de controle, higiene e distanciamento social, promovendo saúde e resguardando a vida de sujeitos portadores de comorbidades que constituem o grupo de risco (XIMENES NETO *et al.* 2020).

A pandemia trouxe reflexos acerca das fragilidades existentes, além disso por ser algo repentino e que não estava no planejamento, foi necessário reorganizar a assistência de forma a atender as necessidades populacionais. Diante disso é preciso refletir sobre essa situação para diminuir a taxa de transmissão, bem como a necessidade de atendimento hospitalar em casos graves, desse modo permitindo desafogar o sistema de saúde (NUNCIARONI *et al.* 2020).

No Brasil, o atendimento aos pacientes está sendo realizado por ações que dividem em grupos distintos, os portadores de doenças crônicas não transmissíveis, transmissíveis, condições agudas e atuação preventiva nas patologias e agravos. Nesse cenário as equipes são protagonistas, pelo fato de atender os sujeitos em suas vulnerabilidades, contextos e em diversas localidades, por vezes remotas (NUNCIARONI *et al.* 2020).

As equipes da atenção primária à saúde remodelaram seu processo de trabalho, assim como reinventaram as estratégias para o atendimento das demandas de saúde nos territórios, a partir dos planos de contingência, foram estabelecidos novos fluxos para atendimento considerando a sintomatologia, avaliando e diagnosticando-as, isolando seus contatos, promovendo ações de prevenção contra a infecção e fazendo encaminhamentos para atenção terciária (XIMENES NETO *et al.* 2020).

Algumas unidades, anteciparam a campanha de vacinação da gripe, por apresentação de sintomatologia semelhante, podendo dificultar o diagnóstico clínico, além de sobrecarregar o sistema, todas as medidas foram tomadas a fim de abranger de forma ampla a população para suprir suas necessidades de saúde. Ademais, para o funcionamento dessas técnicas é preciso ter uma boa interação da equipe, comunicação e troca de saberes profissionais e científicos. (XIMENES NETO *et al.* 2020).

Apesar da APS dispor de baixa densidade tecnológica para o combate da morbimortalidade relacionada com a infecção, a organização, qualificação de suas equipes e em números suficientes torna essa base forte, reduzindo o contágio, investigando e acompanhando casos leves, apoiando as comunidades durante o distanciamento social, identificando e conduzindo situações de vulnerabilidade e garantindo o acesso aos serviços ofertados (DAUMAS, *et al.* 2020).

Entretanto, existem inúmeros obstáculos dos quais as equipes da APS e de ESF enfrentam e que se intensificaram durante a pandemia, como a falta de insumos, recursos tecnológicos, endemias, epidemias locais e regionais como tuberculose, dengue, sarampo, que causam preocupação aos gestores e trabalhadores (NUNCIARONI *et al.* 2020).

Para o gerenciamento de uma unidade de APS é necessário autonomia por parte da gestão para se obter sucesso nas medidas de contenção da propagação viral em nível local. Ademais, o gestor pode adotar métodos no funcionamento presencial a partir dos melhores horários disponíveis, priorizando os grupos de risco e reafirmando a importância de cada membro da equipe (NUNCIARONI *et al.* 2020; RIOS *et al.* 2020).

As recomendações da OMS não estão apenas relacionadas à Atenção Hospitalar com o aumento no número de leitos, mas também em reorganizar as funções e os setores e aumentar os pontos de acesso aos níveis de atenção, principalmente com a implantação de consulta por via on-line. Dessa forma as modalidades do teleatendimento têm papel central nesse momento de distanciamento social (DAUMAS *et al.* 2020).

Pacientes com quadros clínicos graves após avaliação na APS devem ser encaminhados a centros especializados de COVID 19 e a partir disso serem levados até os mesmos, por meio de ambulâncias destinadas exclusivamente para essa finalidade com insumos em quantitativo suficientes, profissionais qualificados e utilizando equipamentos de proteção individual para manter a segurança, possibilitando que o trabalhador permaneça ativo em meio laboral (DAUMAS *et al.* 2020).

A educação permanente garantiu que os trabalhadores estivessem habilitados para enfrentar situações de dificuldade, adequar-se à atualização dos protocolos. Ademais a empatia, empoderamento da equipe, cuidado entre si e o apoio, são fatores essenciais para obter êxito no conjunto de ações, mantendo o ambiente laboral harmônico. Ressalta-se a relevância de habilidades técnicas, treinamentos ativos sobre o uso das tecnologias para esse funcionamento adequado (RIOS *et al.* 2020).

CONCLUSÃO

A pandemia e as medidas de enfrentamento ao COVID-19 criam fatores que exigem o máximo da APS, tornando um importante pilar na assistência, auxiliando diretamente na linha de frente em prol da redução da curva epidemiológica e propagação do vírus no Brasil. Dando continuidade assim a assistência, mesmo em isolamento, o paciente permanece com os cuidados, evitando assim aglomerações e maior disseminação do vírus.

É possível compreender o quão relevante se faz a adesão de novos recursos tecnológicos, bem como a adaptação de protocolos a partir de situações vivenciadas, assim

como o treinamento dos profissionais para se manter a assistência com qualidade excelente e valorizando os profissionais reduzindo a exaustão e fortificando a equipe.

Pode-se demonstrar a importância da atenção primária para o SUS, compreendendo que apesar dos desafios que são enfrentados diariamente, as estratégias adotadas fizeram com que a assistência obtivesse êxito nas ações em saúde. Além das necessidades de investimentos em insumos de qualidade para que não ocorra a paralisação dos cuidados, é indispensável realizar a promoção e prevenção da saúde, com elevada magnitude, enaltecendo os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, n. 204, 2011.

DAUMAS, Regina Paiva 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**, v. 36, p. e00104120, 2020.

DUNLOP, Catherine et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP open**, v. 4, n. 1, 2020.

FAGHERAZZI, Guy et al. Digital health strategies to fight COVID-19 worldwide: challenges, recommendations, and a call for papers. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 6, p. e19284, 2020.

HARZHEIM, Erno et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2493-2497, 2020.

HOLLANDER, Judd E.; CARR, Brendan G. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 18, p. 1679-1681, 2020.

HUANG, Chaolin et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

MASSUDA, Adriano. Primary health care financing changes in the Brazilian Health System: advance ou setback? **Ciência & Saúde Coletiva** 2020 Mar;25(4):1181-1188. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232020254.01022020. PMID: 32321001.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00149720, 2020.

NUNCIARONI, Andressa Teoli et al. New Coronavirus:(Re) thinking the care process in Primary Health and Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

RIOS, Amora Ferreira Menezes *et al.* Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 1.ESP, ago. 2020. ISSN 2357-707X.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SHEREEN, Muhammad Adnan *et al.* COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of advanced research*, v. 24, p. 91-98, 2020.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco** (Brasília), p. 239-245, 2020.

A SUBNUTRIÇÃO INFANTIL NAS PERIFERIAS DO BRASIL: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

BEATRIZ VELOSO CARDOSO¹

**MARIA LAURA BEATRIZ NASCIMENTO
CARDOSO²**

**FABRICIA BEATRIZ DA SILVA
SANTOS³**

**DAYSE JHENEFFER MORAES DOS
SANTOS⁴**

LAYANNE NAYARA SILVA⁵

THAINÁ SOARES DOS SANTOS⁶

LUANA RUTHIELE CHAGAS LUCENA⁷

GRAYCE LACERDA SALES⁸
Centro Universitário Vale do Ipojuca

cílio e do ambiente. Em áreas de pobreza onde é predominante uma população com baixa renda e baixa escolaridade ocorrem casos de desnutrição devido a ingestão de alimentos pouco nutritivos. Objetivou-se na pesquisa reconhecer a relação entre os fatores sociodemográficos de regiões menos favorecidas no Brasil com o estado nutricional de crianças que fazem parte desse conjunto habitacional. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, cuja pesquisa foi realizada através de consulta de artigos científicos, veiculados na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período entre 2015 e 2020. Foram encontrados 35 artigos, onde 05 foram selecionados por se enquadrarem nos critérios de inclusão do presente estudo. **Resultados e Discussão:** Condições sociais, educacionais, econômicas e barreiras nos serviços de saúde são determinantes que podem contribuir para um déficit nutricional infantil, repercutindo em um crescimento e desenvolvimento inadequado. **Conclusões:** A desnutrição infantil está atrelada com a difícil condição em que vivem as famílias de baixa renda, atinge principalmente as periferias marcada pelas iniquidades sociais. É preciso que sejam in-

RESUMO: Introdução: O consumo alimentar e o estado de saúde infantil refletem no seu desenvolvimento e crescimento de modo que para isso ocorra de maneira adequada depende do cuidado destinado a criança, dos alimentos presentes no domi-

1 Discente, Centro Universitário Vale do Ipojuca e bia_cardoso12@hotmail.com

2 Discente, Centro Universitário Vale do Ipojuca e mlb.hp8@gmail.com

3 Discente, Centro Universitário Vale do Ipojuca e fabriciabeatriz12@hotmail.com

4 Discente, Centro Universitário Vale do Ipojuca e daysedasney@hotmail.com

5 Discente, Centro Universitário Vale do Ipojuca e Layanne@live.com.pt

6 Discente, Centro Universitário Vale do Ipojuca e thainasoares1999@hotmail.com

7 Discente, Centro Universitário Vale do Ipojuca e uanachagascar1818@gmail.com

8 Enfermeira, Centro Universitário Vale do Ipojuca e grayce.lacerda@hotmail.com

vestigadas políticas específicas com propostas que visam atenuar esses impactos a saúde no Brasil. É essencial que as equipes de saúde reúnam estratégias de incentivo ao aleitamento materno e prestem o cuidado continuado com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Áreas de pobreza. Saúde da criança. Desmame.

INTRODUÇÃO

O estado nutricional da população é um dos principais indicadores do avanço da qualidade de vida e é durante a infância que se deve dar uma maior atenção a alimentação, pois ela irá determinar a continuidade do seu bem-estar ao longo de sua vida, além de influenciar nas taxas de morbimortalidade infantil. O aleitamento materno exclusivo (AME) está rigorosamente relacionado à saúde da criança sendo recomendando pelo ministério da saúde (MS) até os 6 meses de idade e após esse período complementado com outros alimentos até os dois anos ou mais. É importante na criação de vínculo afetivo entre mãe e filho, na prevenção do câncer de mama, na redução da morbidade e mortalidade infantil, colabora no desenvolvimento e crescimento saudável da criança, diminui gastos com produtos industrializados e hospitalização (LIMA *et al.*, 2019).

Uma nutrição adequada é um privilégio que não está disponível para todos, sendo as características sociodemográficas fatores de risco para sua manutenção. Em regiões com maiores áreas de pobreza onde é constituída por uma população na maior proporção de baixa renda estudos demonstram uma acentuada desnutrição presente devido a ingestão de alimentos pouco nutritivos. O alto consumo de alimentos não saudáveis ocorre devido serem mais práticos e de fácil acesso, além do baixo custo que oferecem. Segundo pesquisas as crianças desnutridas ou com suspeita de desnutrição ingeriam salgadinho e refrigerantes de maneira inadequada (MEZZARI *et al.*, 2019).

Em um estudo na zona urbana de Parnaíba-PI com 241 crianças, com até 2 anos de idade, recebidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a prevalência de desmame antes do tempo indicado foi de 58,5%, mais da metade das mães tinham entre 20 e 25 anos e escolaridade com menos de 11 anos de ensino (SANTOS *et al.*, 2018). A probabilidade de uma criança filha de mãe com tempo de escolaridade inferior a 4 anos ser desnutrida é maior que em filhos de mães com escolaridade superior. O desmame precoce resulta em problemas nutricionais futuros, baixa resistência imunológica para diversas infecções e em aumento de internamentos devido a problemas respiratórios em crianças menores de 5 anos.

Foi identificado em um estudo com crianças e adolescentes internadas e que tiveram tempo menor de AME: 25% desnutridos e risco para desnutrição e 31% obesos/sobrepeso com imunidade prejudicada conseqüentemente (BREIGEIRON *et al.*, 2015). Entre os motivos para que a mãe não alcance o tempo indicado de 6 meses para o AME é o trabalho,

dentre as que trabalhavam 62,3% realizaram desmame precoce. Em uma análise durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a poliomielite em Serrana – SP foi identificado que mulheres sem licença maternidade que trabalhavam fora de casa, em trabalho informal, tiveram cerca de três vezes mais chances de abandonar o aleitamento.

A licença maternidade é um direito da mulher e visa a garantia da prática do aleitamento materno e sua importância (SANTOS et al., 2018). Outra causa está vinculada orientações insuficientes por parte dos profissionais de saúde que é de extrema importância para que a mulher se sinta segura e motivada o suficiente para dar continuidade ao processo de aleitamento alcançando resultados positivos, ainda mais no primeiro mês após alta hospitalar, momento no qual ela está se adaptando a maternidade e necessita de um olhar mais individualizado da equipe de saúde.

Nas periferias existe a influência dos vizinhos, que é algo que vai além da família e está relacionado as causas que atingem a comunidade de maneira geral, como exemplo a privação de bens e isolamento, fenômeno que afeta a saúde de maneira integral dos indivíduos que aquele território pertence destacando-se nesse estudo a subnutrição infantil (consumo insuficiente de nutrientes), ou seja, são problemas que demandam ações de políticas públicas de forma mais abrangente. Esse efeito pode ser convertido de maneira positiva quando uma única intervenção contempla vários indivíduos ao mesmo tempo de uma área específica (SAWAYAL; A. ALBUQUERQUE, P.M; DOMENE, A. M. S, 2018).

Um dos principais desafios enfrentados pelas políticas públicas de saúde nas grandes favelas é o tráfico de drogas, este gera violência e dificulta o trabalho dos profissionais da Atenção Básica, impedindo que esses tenham o devido acesso a essas regiões para prestar o cuidado continuado as crianças que ali habitam (SAWAYAL; A. ALBUQUERQUE, P.M; DOMENE, A. M. S, 2018). Os profissionais, relatam que deixaram de notificar a suspeita de casos de abuso ou negligência infantil por receio de retaliação por parte de membros da família e/ou comunidade.

O presente estudo tem como objetivo reconhecer a relação entre os fatores socio-demográficos de regiões menos favorecidas no Brasil com o estado nutricional de crianças que fazem parte desse conjunto habitacional.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza em uma revisão de literatura, realizado por meio de pesquisa científica disponíveis no banco de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) com descritores em ciências da saúde foram utilizados: áreas de pobreza, saúde da criança e desmame. Foram utilizados como métodos de inclusão artigos ou teses publicadas entre 2015 a 2020, com textos disponíveis de forma completas na banca de dados acima mencionados. Foram

identificados 35 artigos, depois da leitura dos títulos de alguns trabalhos 05 foram selecionados. Como métodos de exclusão artigos que não se enquadravam no tema proposto, dissertações e que tivessem disponíveis apenas resumos simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura dos artigos encontrados aponta uma visão sistemática da relação entre pobreza e nutrição inadequada de crianças pertencentes a essa classe. Sobre nosso objeto de estudo SANTOS *et al.* (2018) observou alguns fatores de risco para o desmame precoce como exemplo orientações insuficientes por parte de profissionais assim como o acompanhamento ineficiente a estas mães e o retorno precoce delas ao trabalho. Além da ausência de uma figura paterna, já que a mesma colabora com o incentivo e motivação da continuidade do AME. A prevalência de desmame precoce foi de 58,51% em crianças com idade entre um e três meses. Fazer parte da classe econômica B/C e ter recebido instruções sobre amamentação no pré-natal influenciou nas taxas.

Como pode ser verificado no estudo conduzido por MEZZARI *et al.* (2019) a baixa escolaridade dos pais, na sua maioria jovens, pouca variedade de alimentos nutritivos, prevenção e proteção à saúde deficiente, condições de infraestrutura precária, número de filhos, atenção insuficiente a criança por falta de disponibilidade e renda familiar baixa são fatores socioeconômicos que influenciam na subnutrição infantil, alterando o desenvolvimento da criança gerando déficits no desenvolvimento neuropsicomotor, visto que a ingestão de alimentos pouco saudáveis influencia na saúde e na quantidade de energia para o aprendizado.

BREIGEIRON *et al.* (2015) destacaram no seu trabalho as consequências do desmame precoce no crescimento e desenvolvimento futuro da criança, associando a tempo de hospitalização. O conhecimento inadequado do estado nutricional das crianças por parte da equipe de saúde pode resultar no aumento do tempo de permanência hospitalar. O estado nutricional pode ser um prognóstico para uma evolução clínica indesejável de pacientes internados. É fator de proteção para o desenvolvimento seguro da criança pais com maior tempo de escolaridade. Sendo assim, condições sociais, educacionais e econômicas são determinantes que podem contribuir para o crescimento desfavorável na infância, repercutindo em déficit nutricional.

No estudo de LIMA *et al.* (2019), evidenciaram que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em prematuros na alta hospitalar foi de 85,2%, de 75% aos 15 dias e 46,3% aos 30 dias. O principal argumento para oferta de outros alimentos e/ou líquidos foi o leite insuficiente, algo que pode ser convertido com o cuidado continuado através das redes de atenção básica com estratégias de educação e incentivo para a continuidade da amamentação exclusiva. Dentre as contribuições do AME, no tempo indicado, para saúde

do recém-nascido prematuro está a redução da incidência e gravidade de enterocolite necrosante, sepse e retinopatia da prematuridade, melhora no desempenho neuropsicomotor, favorecimento do vínculo mãe-filho, reduz tempo de hospitalização e diminui incidência de reinternações.

Em um estudo realizado por SAWAYA *et al.* (2018) esclareceram as principais dificuldades dos serviços de saúde em acessar áreas periféricas onde predomina desigualdades sociais, vulnerabilidades e pobreza características agregadas ao efeito vizinhança no qual afeta o grupo populacional desses territórios como um todo. Apresentando os reais desafios das famílias que habitam nesses locais para dar continuidade a manutenção de sua saúde dando destaque nesse estudo ao cuidado com a criança. Entre as principais barreiras para acessar essas áreas está a violência consequência do tráfico de drogas, onde os funcionários de saúde sentem-se impedidos, muitas vezes, de realizarem suas tarefas com sucesso devido ao comportamento ameaçador dos traficantes. As medidas antropométricas é a maneira mais eficaz na identificação da subnutrição infantil, feitas durante a busca ativa que tem sido prejudicada como resultado da hostilidade.

CONCLUSÕES

O problema da subnutrição de crianças é extremamente complexo, porém é inevitável a relação da subnutrição com a pobreza. A desnutrição infantil está atrelada com a difícil condição em que vivem as famílias de baixa renda, e se origina de fatores muitas vezes negligenciados pelo poder público, atinge principalmente as favelas marcada pelas iniquidades sociais, sendo assim é preciso que sejam investigadas políticas específicas com propostas que visam atenuar os efeitos negativos de vizinhança nessas áreas.

É essencial que as equipes de saúde reúnam estratégias de incentivo ao aleitamento materno que demonstrem a sua importância e ofertem o apoio e informações necessárias para que a mãe e família se sintam motivadas a dar continuidade a esse processo e que essas ações tenham início desde o pré-natal e prossiga até o puerpério. Além disso, é necessário o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil para diagnosticar precocemente transtornos que podem afetar sua saúde, nutrição, capacidade intelectual e social, proporcionando uma visão integral da criança.

REFERÊNCIAS

BREIGEIRON, K.M. *et al.* **Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças.** Rev. Gaúcha Enferm. vol.36 no.spe Porto Alegre 2015

LIMA, A.P.E. *et al.* **Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar.** Rev Gaúcha Enferm. 2019

MEZZARI, S. S. *et al.* **Desenvolvimento neuropsicomotor e desnutrição de uma população de risco de um bairro de Porto Alegre.** Medicina (Ribeirão Preto), v. 52, n. 2, p. 80-90, 4 jul. 2019.

SANTOS, P.V. *et al.* **Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2018

SAWAYAL; A. ALBUQUERQUE, P.M; DOMENE, A. M. S. **Violência em favelas e saúde.** Estud. av ; 32(93): 243-250, maio/ago. 2018.

UMA ANÁLISE SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA A COVID NO ESTADO DO MARANHÃO

MARCELO AUGUSTO PEREIRA LEITE

FRANCISCA DE JESUS PEREIRA DA SILVA

ANANIAS MAMÉDIO DE ARAÚJO

BENEDITA AMÉLIA PEREIRA DA SILVA

PATRÍCIA RÉGIA PEREIRA DA SILVA

PAULA TEREZA PEREIRA PAIVA

RESUMO: Este artigo apresenta uma pesquisa bibliográfica que tem como objetivo analisar o desenvolvimento do processo de vacinação no Brasil, destacando o Maranhão por estar sendo um Estado que tem mostrado desempenho na área de vacinação contra a covid 19, durante o ano de 2021. A vacina ainda tem sido uma situação emblemática no país e caminha em passos lentos em relação aos outros países. Foram muitos entraves para se chegar à vacinação de fato, muitos fatores, principalmente políticos, atrapalharam o início da vacinação no Brasil. Agora já está seguindo de forma precisa. Muitos brasileiros já conseguiram tomar a segunda dose. Espera-se que até o final do ano toda a sociedade esteja imunizada para que se possa ter um controle da epidemia no país.

PALAVRAS-CHAVES: Vacinação no Maranhão, segunda dose, epidemia no país.

ABSTRACT: This article presents a bibliographical research that aims to analyze the development of the vaccination process in Brazil, highlighting Maranhão for being a state that has shown performance in the area of vaccination against covid 19, during the year 2021. The vaccine still it has been an emblematic situation in the country and is moving at a slower pace in relation to other countries. There were many obstacles to getting to the actual vaccination, many factors, mainly political, hindered the start of vaccination in Brazil. It is now following precisely. Many Brazilians have already managed to take the second dose. It is expected that by the end of the year the entire society will be immunized so that the country can control the epidemic.

KEYWORDS: Vaccination in Maranhão, second dose, epidemic in the country.

INTRODUÇÃO

Segundo a NANDA (2020), as doenças infecciosas contagiosas continuam sendo um desafio para a saúde e uma ameaça para os enfermeiros e outros profissionais de saúde em todos os lugares(...)em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, capital de Hubei, província na China, tornou-se o Centro de um surto de pneumonia de causa desconhecida.

Assim surgiu a covid e foi causando e transformando caos em todos os países e tornando o vírus uma pandemia mundial, matando mais que o H1N1, sarampo, ebola, AIDS, etc. O mundo contabilizou e ainda contabiliza inúmeras mortes. A covid é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e tem como principais sintomas, febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea, ou descoloração das unhas dos pés ou das mãos. Esses sintomas são leves e acontecem gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam os sintomas muito leves (OPAS,2020).

Segundo o Ministério da Saúde a pandemia da Covid 19 teve início no Brasil, após a confirmação que um homem de 61 anos de São Paulo que retornou da Itália testou positivo para a SAR-Cov-2, causador da Covid 19. Desde então, em 12 de junho de 2021, confirmaram-se 17.296.118 casos. Segundo o Ministério da Saúde causando 484.235 mortes. Durante a pandemia o então Secretário da Saúde Luiz Henrique Mandetta posicionou-se de acordo com a Organização das Nações Unidas (OMS) ao adotar o isolamento social para achatar a curva, embora em desacordo com o Presidente Jair Bolsonaro que defendeu o isolamento somente para o grupo de risco chamado de isolamento vertical.

A Pandemia afetou a economia e os trabalhadores dessas áreas sofreram com o impacto econômico sem poder gerar renda para suas famílias por causa do isolamento e pelo avanço da covid em 2020, a partir do nível de contaminação foi feito lockdown em quase todo o Brasil. Sem um remédio que contivesse a doença, sem uma vacina que a prevenisse, houve muitas perdas humanas no Brasil e no mundo. A crise provocada pela covid afetou vários setores principalmente: cultura, turismo, imprensa, esporte, educação, religião por causa da aglomeração. O Congresso Nacional Brasileiro teve que procurar meios de sanar as dificuldades financeiras extremas e aprovou o auxílio emergencial posteriormente sancionado pelo Presidente Jair Bolsonaro.

Conforme detalhamento da Wikipédia, Manaus foi um Estado bastante afetado em abril de 2020. O sistema de saúde e o funerário entraram em colapso e no mês seguinte os Estados do Maranhão, Pará e Ceará tiveram que aderir o lockdown em alguns dos seus municípios com medidas mais rígidas para impedir o avanço do coronavírus, podendo a população sair de casa somente para as atividades mais essenciais. Posteriormente entrou o Rio de Janeiro, e a cidade de Niterói e parcialmente a capital.

Segundo dados da Universidade Johns Hopkins, proporcionalmente levando em consideração o tamanho da população, até junho de 2020 o Brasil ocupou a 15ª posição no ranking de mortes, superando a Itália e ficando atrás dos Estados Unidos e Reino Unido.

A Pandemia tem revelado a fragilidade de sistemas de saúde ao redor do mundo- e o colapso em muitos deles- pela alta demanda por atendimento de alta complexidade e densidade tecnológica, mesmo em países ricos e com sistemas públicos de saúde bem estruturados, como o National Health Service inglês (Horton, 2020)

Com o objetivo de obter um conhecimento mais amplo sobre o processo de desenvolvimento da vacina e aceitação social resolvemos fazer uma análise da vacinação no Estado do Maranhão.

No Maranhão, a entrada do vírus ocorreu em 20 março de 2020 em uma sexta-feira. Através de Informação da Secretaria de Saúde, o primeiro paciente com covid foi um homem vindo da cidade de São Paulo. Após o crescimento da pandemia no estado morreram muitos maranhenses, o governo implantou o lockdown para conter o avanço do vírus. Suspendeu as aulas presenciais em todo o setor educacional durante o ano de 2020. Fechou diversas áreas de serviços.

Já em 2021, após a criação da vacina o governo do Estado não cruzou os braços em nenhum momento e já ultrapassa a marca de 100 mil doses aplicadas durante a força tarefa de imunização contra a Covid. No dia 09 de junho o governo do Estado do Maranhão resultou na ampliação da cobertura vacinal contra a Covid-19 em 11 municípios maranhenses. Através da parceria realizada com as prefeituras, a meta de aplicar 100 mil doses de vacinas contra o novo coronavírus foi ultrapassada. Do dia 1º de junho ao dia 6 de junho foram 109.103 doses aplicadas (SES,2021).

De acordo com o Secretário de Saúde, Joel Nunes, São Luís é a segunda capital que mais vacina no Brasil. Com a chegada dessas doses extras a previsão é de alcançar a capacidade de 15 mil doses aplicadas por dia. Segundo o g1 Globo (2021), o Maranhão é o primeiro Estado a ter uma cidade: Alcântara de apenas 22 mil habitantes com 100% da população acima de 18 anos imunizada contra a covid-19.

TIPOS DE VACINA E PÚBLICO ALVO

A história da imunização é antiga. Começa em 1796, com uma história bem conhecida: o médico britânico Edward Jenner percebeu que vacas infectadas com a versão bovina da varíola tinham pústulas nas tetas que infectaram os fazendeiros com a doença. Mas era uma versão branda da varíola. Nascia assim a primeira vacina - do latim *vaccinus*, "que vem da vaca". Um mundo sem vacinas, portanto, seria acima de tudo um mundo mais vazio. (MARTON, 2021).

Com doenças tipos: sarampo, caxumba, hepatite b, catapora, meningite. O crescimento populacional, anterior à revolução sanitária seria bem pequeno em relação ao crescimento demográfico de hoje. Fazendo essa observação vemos como a vacina é de fato importante na vida do ser humano e contribui para o seu desenvolvimento.

Nos dias atuais estamos enfrentando uma pandemia que necessita de uma vacina eficaz para combater o vírus SARS-CoV-2, no entanto as vacinas criadas não conseguirão um efeito eficaz enquanto toda população não estiver imunizada. Segundo pesquisa

do (PFIZER,2021) a vacina prepara o nosso corpo para combater uma infecção, vírus ou doença específica. As vacinas contêm fragmentos inativos ou enfraquecidos do organismo que causam uma doença(...)isso faz com que o sistema imunológico do corpo reconheça o invasor e produza anticorpos para combatê-lo(...)uma parcela de pessoas podem sentir efeitos colaterais(...)depois desenvolve imunidade contra essa doença. É o que ocorre também com as vacinas contra a Covid 19. As vacinas criadas são: Vacina Pfizer- BioNTech e Moderna, Vacina Oxford-AstraZeneca, CoronaVac, Sinovac, Cover Shield, Covaxin, Sputnik V.

Algumas pessoas expressam preocupações sobre a velocidade com que as vacinas covid foram criadas. Embora seja verdade que os cientistas normalmente passam anos projetando e testando vacinas, o interesse global para encontrar uma solução acelerou as coisas e a OMS (bbc.com, 2021) tem trabalhado em colaboração com cientistas, empresas e organizações de saúde para fazer exatamente isso. Resumindo, a vacinação de bilhões de pessoas evitará a transmissão da covid-19 e abrirá o caminho para a imunidade coletiva. Somente através da vacinação a humanidade poderá futuramente voltar à normalidade.

ANÁLISE DA VACINAÇÃO NO ESTADO DO MARANHÃO.

Segundo LEVI (2013) devemos ao inglês Edward Jenner o desenvolvimento do primeiro método seguro de vacinação. No entanto, foi a partir da segunda metade do século XX que a obtenção de novas e importantes vacinas ganhou impulso.

Após aprovação do uso emergencial pela Anvisa, a enfermeira Mônica Calazans foi a primeira pessoa a ser vacinada contra a covid-19 no Brasil. Ela recebeu os imunizantes CoronaVac, desenvolvido no Brasil pelo Instituto Butantan, no Hospital das Clínicas de São Paulo, no dia 17 de janeiro de 2021(CBN Brasil, 2021). A partir dessa primeira amostragem pela Anvisa de dois imunizantes: CoronaVac, do laboratório chinês Sinovac em colaboração com o Instituto Butantan, e o da AstraZeneca, Universidade de Oxford. Cerca de 55,5 milhões de pessoas foram vacinadas e 11, 2% da população recebeu a 2 dose.

O G1. Globo, afirma que desde o início da campanha de imunização contra o novo coronavírus, a capital maranhense recebeu 593.447 doses dos imunizantes. A prefeitura afirma que a taxa de vacinação na capital é de 90,14%.

Desde de maio, São Luís iniciou um mutirão de vacinação contra a Covid 19, por conta de complicações no estado de saúde de um dos tripulantes(indiano) de 54 anos de um navio que ancorou no Porto de São Luís, ele precisou ser internado em um hospital privado da capital. Os outros, seguirão em quarentena no navio. Segundo o governo do Maranhão, não houve transmissão local da variante no Estado.

O Ministério da saúde enviou 300 mil doses extras de vacinas. O governo espalhou no município nove locais de vacinação. São Luís se tornou a primeira capital a vacinar pessoas abaixo de 30 anos sem comorbidade. Todas as cidades do Maranhão seguem o ritmo de vacinação pelo calendário dos municípios com apoio do Estado.

Um dos municípios maranhenses, com uma população estimada em 109 mil habitantes, localizado na região do médio Mearim. Tem se destacado na campanha de vacinação contra o Coronavírus de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, trazendo a realidade local, obedecendo ao público alvo, conforme determina os planos: nacional, estadual e municipal, adequando-se ao nível de vacinação em tempo hábil. Bacabal trabalha na Campanha com 3 imunizantes: CoronaVac, AstraZeneca e Pfizer. A Vacinação tem decorrido de acordo com recebimento de imunobiológicos, através da instância estadual (REDE DE FRIO ESTADUAL DO MARANHÃO). O município já recebeu do PNI (Programa Nacional de Imunização):

ASTRAZENECA Dose 1	ASTRAZENECA Dose 2	CORONAVAC Dose 1
20.225	4.440	8.728

CORONAVAC Dose 2	PFIZER Dose 1	PFIZER Dose 2
8.728	300	

CORONAVAC Dose 1	CORONAVAC Dose 2	PFIZER Dose 1
18.825	1.871	235

PFIZER Dose 2		

Destes totais de doses recebidas, já foram administradas:

ASTRAZENECA Dose 1	ASTRAZENECA Dose 2	CORONAVAC Dose 2
18.825	1.871	7.981

PFIZER Dose 1	PFIZER Dose 2	
235		

O município com a vacinação em andamento, já atingiu um percentual de cobertura vacinal de acordo com doses recebidas e administradas (aplicadas):

DOSES RECEBIDAS	DOSES APLICADAS	COBERTURA
47.871	41.069	

Destacamos também no trabalho de vacinação contra a Covid 19 a cidade de Pio XII, que é um município brasileiro do estado do Maranhão que tem cerca de 26 mil habitantes e 180 km² e foi criado em 1959. Na realidade não tem sido fácil o acesso a vacinação nos interiores por causa do entrave político da vacinação no país, dificuldades de compras e receio da população desinformada. Mesmo assim, os governantes e os profissionais de saúde têm lutado com firmeza para que a vacinação avance contra a Covid 19.

No município está sendo feita a aquisição de testes rápidos. Recebeu 6.307. Tem 765 doses em estoque. Aplicou a primeira dose em 3.654 e a segunda dose 1.888. Na penúltima atualização do dia 04 de junho de 2021 foram vacinados: 523(trabalhadores de saúde),497(pessoas de 65 a 69 anos),493(pessoas com mais de 80 anos). Na última atualização do dia 17 de junho de 2021, foi constatado 2.895 (recuperados) e óbito (39).

A cidade de Pio XII, no dia 18 de junho realizou um grande arraial seguindo o exemplo da capital São Luís e conseguiu vacinar 500 pessoas. A luta ainda continua a favor da preservação das vidas e contra a pandemia que ainda está causando mortes em todo o Brasil e no mundo. O Estado do Maranhão está firme nesse bem social da vacinação para todos.

METODOLOGIA

Este artigo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, com dados prováveis sobre a pandemia que foram pesquisados na base de dados da capital São Luís-MA, Bacabal-MA e Pio XII-MA a respeito da vacinação da covid 19 e o processo de vacinação no Brasil. Tendo como base de pesquisa qualitativa e quantitativa o Estado do Maranhão por ser considerado um dos Estados com um grande envolvimento no controle epidemiológico no combate à covid 19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vacinar é preciso, morrer não é preciso, eis uma questão muito abrangente. Estamos no meio de um fogo cruzado, de uma guerra silenciosa gerada por um vírus SAR-Cov-2. A única arma que temos é a imunização da sociedade através da vacinação global. Essa epidemia não é única, muitas já fizeram devassas na humanidade desde a antiguidade histórica. No Brasil não foi diferente do mundo, já sofreu perdas com vírus e morte de muitos

brasileiros. Hoje com a proximidade da humanidade com o desenvolvimento global tudo se expande rapidamente. No Brasil e no mundo depois da criação de várias vacinas cresceu a esperança da imunização, de menos perdas, de salvar vidas. Assim é o significado dessa luta desigual contra a Covid 19, mas com força de vontade e união temos a chance de vencer mais uma pandemia que breve ficará apenas como mais uma das epidemias da história da humanidade.

REFERÊNCIAS:

NANDA- I : Diagnóstico de enfermagem: definições e classificação 2018- 2020(recurso eletrônico)/(NANDA International);tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros...(et al),-11. ex.- Porto Alegre: Artmed.

CBN BRASIL - AudioGlobo-CBN audioglobo .globo. com ^cbn^feed

Covid.pioxii.ma.gov.br.
DADOS.COVID
Covid.pioxii.ma.gov.br
<http://covid.pioxii.ma.gov.br/>

IBGE/Brasil em Síntese
cidade.ibge.gov.br
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pio-xii/histórico>.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY- Online Math Classes- bju.edu.Instituição de ensino superior em Baltimore Mary Land.

HORTON,R.Offline: covid-19 nas the WHS: “ a National scandal”. The Lancet, London, v. 395, n. 10229, p. 1022, 2020.

<https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2021/06/16/alcantara-vacina-100percent-da-populacao-acima-de-18-anos-contr-a-covid-19-diz-governador-gntml>

<https://painel-covid19.saude.ma.gov.br/vacinas>
<https://si-pni.saude.gov.br/>

<https://www.bbc.com/portuguese/geral-55749355>

LEVI,Guido Carlos- Recusa de vacinas: causas e consequências/Guido Carlos Levi-são Paulo: Segmento Farma, 2013

OMS- Organização mundial da saúde-eportuguese@who.int

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde-Pan American Health Organization.

MARTON,Fábio e Bruno Vaiano-Realidades Paralelas-Revista Superinteressante,fevereiro de 2021.

Ministério da Saúde-www.gov.br

Wikipédia - pt.m.wikipedia.org

www.gov.ma.br.agenciadenoticias

www.pfizer.com.br- Saiba Tudo Sobre Vacinas.

GEOGRAFIA E SAÚDE COLETIVA E A SUA RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES AMBIENTAIS E SOCIAIS DA SAÚDE

ALEXANDER GONÇALVES FERREIRA GUIMARÃES

Doutorando em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Cuiabá/MT

MARINA ATANAKA

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Cuiabá/MT

RESUMO: Atualmente a Geografia é a ciência que possui como objeto de estudo o espaço geográfico, espaço esse que é palco da dinâmica social, ou seja, das relações entre o homem e o meio. A geografia da saúde é considerada como uma área social científica interdisciplinar que tem por objetivo contribuir na investigação do processo saúde-doença no sentido de aproximar a questão da saúde e da doença ligada aos elementos que compõem a dinâmica do território, tais como: o político, econômico, cultural, ambiental e social. Associando as suas causas aos elementos geográficos encontrados no espaço e território facilitando a descoberta dos fatores que levam a ocorrência das doenças em uma determinada população de um território. A geografia e a epidemiologia sempre tiveram estreitas relações, fazendo parte do núcleo central de conhecimentos da saúde coletiva. Em sua origem, ambas tiveram forte influência positivista, postulando como critério de verdade a neutralidade científica e a busca da descrição dos fatos

em si. Para isso, tanto o método geográfico quanto o método epidemiológico preconizavam o distanciamento crítico do sujeito diante do objeto de estudo, visando a obtenção de resultados considerados claros e completamente corretos. Apesar de todo progresso tecnológico e da riqueza mundial ter aumentado no último século observamos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser atribuídos principalmente às condições sociais impostas a população que quanto mais tem problemas ao acesso aos recursos sanitários, emprego, renda e moradia, morrem e adoecem mais cedo, a todas essas condições denominamos “determinantes sociais de saúde” que influenciam diretamente no processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: Geografia da saúde; epidemiologia; processo saúde-doença.

ABSTRACT: Currently, Geography is the science that has geographic space as its object of study, a space that is the stage for social dynamics, that is, for the relationship between man and the environment. The geography of health is considered an interdisciplinary scientific social area that aims to contribute to the investigation of the health-disease process in order to bring the issue of health and disease closer together with the elements that make up the dynamics of the territory, such as: the political, economic, cultural, environmental and social. Associating its causes with geographic elements found in space and territory, facilitating the discovery of factors that lead to the occurrence of diseases in a given population

of a territory. Geography and epidemiology have always had close relationships, being part of the central core of collective health knowledge. In their origin, both had a strong positivist influence, postulating as a criterion of truth the scientific neutrality and the search for a description of the facts themselves. For this, both the geographical method and the epidemiological method advocated the subject's critical distance from the object of study, aiming to obtain results considered clear and completely correct. Despite all technological progress and world wealth having increased in the last century, we observe that most health problems can be attributed mainly to the social conditions imposed on the population that, the more they have problems with access to sanitary resources, employment, income and housing, die and fall ill earlier, all these conditions are called "social determinants of health" that directly influence the health-disease process.

KEYWORDS: Health geography; epidemiology; health-disease process.

GEOGRAFIA E SUA RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES AMBIENTAIS E SOCIAIS DA SAÚDE

1. A geografia médica.

A relação entre a geografia e a saúde é reconhecida desde a Antiguidade Clássica, tendo sido atribuída a Hipócrates (480 a. C) a primeira obra sobre a associação entre o local e o aparecimento de enfermidades⁽¹⁾.

O fato de a Grécia ter sido o lugar em que apareceram as tentativas pioneiras de se explicar racionalmente as doenças, vendo-as como resultado do desequilíbrio na natureza, não foi por acaso. Essa característica da medicina grega é compatível com o pensamento grego de se analisar o comportamento humano, além das atividades práticas (do dia-a-dia) ou religiosas, assumindo um comportamento propriamente filosófico e desenvolvendo uma autonomia acentuada da postura racional diante do mundo e dos fenômenos. Essa autonomia não negava o pensamento religioso, visto que a própria característica da religião, na Grécia, condicionava esse comportamento, pois os deuses gregos não eram entidades sobrenaturais, mas sim partes integrantes da natureza. A atividade racional afirmou-se com intensidade crescente na Grécia, tendo atingido, com a filosofia pré-socrática, um primeiro momento de maturidade⁽¹⁾.

A origem da medicina grega reside nessa concepção filosófica, oriunda das colônias gregas, nos séculos VI e V a.C. Baseada na ideia de *physis*¹, nasce a ideia da dinâmica de corpo e de doença da medicina hipocrática. Dela, provinha tudo o que era, o que é e o que será, ou seja, Sol, Terra, astros, árvores, homens, animais e os próprios deuses.

Na *physis*, não existia contraposição entre o natural, psíquico e social, pois todas estas dimensões pertenceriam a ela, até mesmo os deuses. Não havia distinção entre natureza animada e inanimada. Na *physis*, atuava um princípio inteligente, reconhecido como espírito, pensamento ou *logos*. A *physis* não pode ser confundida com uma espécie de naturalismo que

1 Entre muito significados, *physis* significa produzir, crescer, desenvolver-se, "indica aquilo que por si brota, se abre, emerge, o desabrochar que surge de si próprio e se manifesta neste desdobramento, pondo-se no manifesto" (BORNHEIM, 1997, p.12).

equivaleria a uma ideia de natureza tal como aquela que constituía o objeto das ciências da natureza, pensada como algo que pode ser dominado e canalizado pelo homem, em termos de técnica⁽²⁾.

Como se observa, a concepção de natureza que prevaleceu na emergência das ciências naturais, a partir dos séculos XVI e XVII, era radicalmente distinta e muito mais restrita, conformando a experiência de natureza do homem moderno de modo muito diferente daquele estabelecido no conceito de *physis*.

A importância da filosofia pré-socrática fica clara no pensamento de Alcmeón, o médico de Crotona, como uma das expressões mais claras de uma ideia *physiológica* da medicina. Alcmeón afirma que a saúde sustenta-se pelo equilíbrio das forças (isonomia *tōn dynámeōn*): o úmido e o seco, o frio e o quente, o amargo e o doce, e as demais. O predomínio (*monarkhía*) de uma delas é causa de doença. Pois tal predomínio de uma das duas é pernicioso. Essa é a característica básica que orienta a obra de Hipócrates e dos outros autores do *Corpus Hippocraticum*⁽²⁾.

Na concepção hipocrática, o corpo humano e tudo aquilo que o circunda - que, em conjunto, constituem a *physis* - eram pensados por meio da composição dos elementos ar, terra, água e fogo, e pelas qualidades de frio, quente, seco e úmido. Corpo e espaço eram compreendidos a partir desses elementos e qualidades. Daí, a importância de estudar o meio ambiente e o clima das diferentes regiões da Terra para se compreender a sua influência (melhor dizendo, a sua marca) sobre o homem⁽³⁾.

A associação entre Geografia e a Medicina é antiga, podendo esta ser identificada desde a Antiguidade Clássica, em que a descrição dos lugares e das sociedades humanas nelas instaladas está presente, por exemplo, na *História*, de Heródoto. Também na Idade Antiga, a obra *Dos Ares, das Águas e dos Lugares*, de Hipócrates² (480 a.C.) muito provavelmente foi pioneira no tratamento de temas relacionados à Geografia da Saúde⁽³⁾.

Os trabalhos iniciais sobre Geografia Médica fizeram a vinculação entre áreas endêmicas de doenças com determinadas características culturais, raciais e climáticas, relacionando ambientes e grupos populacionais de forma “determinista”, em virtude da indistinção entre as variáveis de saúde, seus determinantes, bem como seus contornos socioeconômicos, pelos quais foram atribuídos vários preconceitos étnicos, culturais e ambientais a esse campo científico que surgia⁽⁴⁾.

Apesar de sua longa história, a Geografia Médica só foi reconhecida oficialmente no Congresso Internacional de Lisboa, em 1949, sendo que este reconhecimento pode ter sido em muito ajudado pela definição de saúde apresentada em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a qual, saúde “é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente a ausência de enfermidades”⁽⁵⁾.

2 Hipócrates - é apontado como o Pai da Medicina. Desta forma, pode-se afirmar que a Geografia Médica ou da Saúde surgiu com a própria Medicina.

2. A geografia e a epidemiologia: sistemas teórico-conceituais e metodológicos.

Durante o século XX, podem-se destacar dois sistemas teórico-conceituais e metodológicos que traduzem a interface entre a geografia e a epidemiologia, através do **conceito do foco natural de doenças**, de Evgeny Pavlovsky e o **conceito de complexo patogênico**, de Maximillien Sorre⁽⁶⁾.

2.1 Seus principais autores:

O parasitologista **Evgeny Nikanorovich Pavlovsky**³ (1884-1965) trabalhou no Instituto de Zoologia da Academia de Ciências da ex-União Soviética, de 1930 até 1965, com um vasto conhecimento em todas as disciplinas zoológicas, além de conhecimentos em geografia e medicina, demonstrando atenção particular à parasitologia⁽⁶⁾.

Realizou, na década de 1930, uma das mais importantes elaborações teóricas do conceito de espaço geográfico vinculado ao estudo de doenças transmissíveis, criando *a teoria do foco natural de doenças transmissíveis*.

Seu conceito de *foco natural* expressa uma apreensão espacial que integra o conhecimento das doenças transmissíveis com a geografia e a ecologia. Para Pavlovsky, um foco natural de doença existe quando há um clima, vegetação, solos específicos e microclima favorável nos lugares onde vivem vetores, doadores e recipientes de infecção. Em outras palavras, um foco natural de doenças é relacionado a uma paisagem geográfica específica, tais como a taiga com certa composição botânica, um quente deserto de areia, uma estepes etc., isto é, uma biogeocoenosis. O homem torna-se vítima de uma doença animal com foco natural somente quando permanece no território destes focos naturais em uma estação do ano definida e é atacado como uma presa por vetores que lhe sugam o sangue⁽⁶⁾.

O conceito de foco natural é, por conseguinte, aplicado a ambientes que apresentam condições favoráveis à circulação de agentes, independentemente da presença e da ação humanas. Pode ocorrer em paisagens geográficas diversas, contanto que haja uma interação entre biótipos específicos.

A definição de foco natural circunscreve-se a doenças transmitidas através de vetores, não se referindo ao estudo de doenças que, mesmo apresentando um agente etiológico definido, propagam-se através do contato direto ou mesmo pela inalação de ar contaminado, como difteria, sarampo, escarlatina e doenças respiratórias.

3 Pavlovsky foi, por duas vezes, o vencedor do Prêmio do Estado (1941 e 1950) e do Prêmio Lênin (1965). Também foi presidente da União da Sociedade Entomológica da Academia de Ciências da URSS (1931-1965) e da Sociedade Geográfica (1952-1965) daquela academia

Pavlovsky também desenvolveu o conceito de *foco antropúrgico*⁴, que defendia a ideia da transformação do espaço de circulação de agentes de doença pela ação humana (FERREIRA, 1991). Entretanto, este conceito refere-se apenas à transformação inicial dos focos naturais não apresentando elementos suficientes para o estudo das doenças transmissíveis em situações onde a dinâmica de modificação do espaço pelo homem ocorreu de forma mais ampliada e acelerada⁽⁶⁾.

O trabalho de Pavlovsky teve grande influência no Brasil, com Samuel Pessoa e Luís Jacintho da Silva. O parasitologista Samuel Pessoa inspirou-se especialmente nos trabalhos de Pavlovsky, criando uma escola de estudos em geografia médica no Brasil, no contexto da chamada medicina tropical. Estudou as endemias prevalentes no Brasil, também, e especialmente, as transmitidas através de vetores, como esquistossomose, doença de Chagas, filariose, malária etc.

Uma reelaboração das ideias de Pavlovsky que também merece destaque foi realizada por Luís Jacintho da Silva. Este autor fez uma análise bastante completa sobre a evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo, baseada numa releitura crítica do esquema conceitual de Pavlovsky, no âmbito da geografia marxista, inspirado em Milton Santos. O autor faz uma radicalização da noção de foco antropúrgico (originado pela ação humana sobre a natureza), destacando a utilidade deste conceito para expressar a determinação social das formas de ocupação do espaço e da distribuição das doenças neste espaço transformado pela ação humana. Segundo o mesmo autor, a inspiração ecológica de Pavlovsky é, portanto, reformulada em termos de relação homem-meio, cuja análise recai no âmbito das ciências econômicas e sociais⁽⁷⁾.

O geógrafo francês **Maximilien (Max) Sorre** (1880-1962), foi seguidor da Escola Possibilista de Geografia e trabalhou no sentido de integrar os estudos de Geografia Física aos de Geografia Humana. Sorre possuía a preocupação teórica de fornecer uma base conceitual à geografia médica que possibilitasse estudos de natureza interdisciplinar. Daí a importância de, permanentemente, analisar a sua contribuição geográfica aos estudos em epidemiologia e medicina⁽⁸⁾.

Max Sorre foi além da abordagem de Pavlovsky ao trabalhar a importância da ação humana na formação e dinâmica de complexos patogênicos. O conceito de complexo patogênico ampliou o poder analítico e explicativo de uma concepção antes praticamente restrita à descrição do meio físico. Em sua obra *Les fondements de la géographie humaine*, Sorre realiza um dos empreendimentos intelectuais mais importantes, estabelecendo inúmeros pontos de contato entre a geografia e as ciências sociais e biológicas, contato que marcaria sua obra geográfica⁽⁸⁾.

4 A existência de qualquer doença transmissível depende do trânsito contínuo de seu agente causal, do corpo do animal doador (animal doente, portador assintomático, hospedeiro do parasita) para o corpo do vetor. Essa transmissão geralmente ocorre quando o vetor suga o sangue do doador e subsequentemente transmite o agente causal para o receptor animal, frequentemente, quando suga seu sangue também; o receptor infectado pode por sua vez, tornar-se um doador para outro grupo de vetores, etc. Desta maneira, ocorre, como dizemos, a circulação (PAVLOVSKY, s/d:18 apud CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 6).

A teoria do complexo patogênico, desenvolvida por Sorre, permitiu abordar uma vasta quantidade de doenças infecciosas e parasitárias, enquanto que a teoria de Pavlovsky se limita ao estudo de enfermidades de animais transmissíveis ao homem, que possuíam seu foco natural - um reservatório silvestre - em um meio “intocado” pelo homem (ou, no mínimo, onde este fator não seria levado em conta). De acordo com Sorre (1982), os complexos patogênicos expressam equilíbrios em eterna transformação e sua evolução se traduz em mudanças nas áreas das doenças infecciosas⁽⁸⁾.

Ao assumir a ecologia como eixo central, o conceito de espaço que Sorre utiliza é, por um lado, o mesmo que se formula através da biologia: as relações entre um meio externo que varia e um meio interno que necessita adaptar-se para manter suas constantes fisiológicas. Por outro lado, o autor explicita que, ao se tratar de seres humanos, o conceito de meio deve enriquecer-se e incluir também o ambiente produzido pelo homem, marcando a principal diferença entre a sua concepção daquela de Pavlovsky⁽⁹⁾.

Refere-se, assim, ao conceito de *gênero de vida* que considera, na mais pura tradição lablachiana, “o conjunto da organização social humana em seus aspectos materiais e espirituais”. É compreendido como combinação de técnicas, cujo uso e desenvolvimento adaptam-se às diferentes condições geográficas onde se inserem grupos humanos. Transforma-se com as necessidades e atividades dos grupos, assegurando sua sobrevivência¹⁰⁾.

A constituição do gênero de vida de grupos humanos, além de influenciar a formação psicológica dos indivíduos, pode modelar a própria aparência física destes.

A riqueza do conceito de gênero de vida, contudo, não se esgota totalmente no conceito de complexo patogênico, que também busca integrar as dimensões física, químicas, biológicas, econômicas, sociais e culturais.

O conceito de complexo patogênico tem ainda como objetivo explicitar uma compreensão sintética⁽¹¹⁾. Este conceito trabalha com uma perspectiva dinâmica, referindo-se ao conjunto de circunstâncias que predispõem um lugar, em determinado período, ao surgimento de doenças⁽⁶⁾.

Porém, apesar dessa intenção de síntese (característica dos geógrafos), Sorre estuda os complexos patogênicos, classificando-os de acordo com agentes microbiológicos que definem doenças específicas, e coloca seu trabalho sob uma perspectiva analítica:

(...) A interdependência dos organismos postos em jogo na produção de uma mesma doença infecciosa permite inferir uma unidade biológica de ordem superior: o complexo patogênico. Compreende, além do homem e do agente causal da doença, seus vetores e todos os seres que condicionam ou comprometem a sua existência (...) (SORRE, 1951, apud FERREIRA, 1991, p. 306).

Max Sorre nomeou os complexos patogênicos de acordo com as doenças a que se referiam. Desta forma, existem o complexo malárico, da doença do sono, da peste etc., ou seja, realizou uma espécie de “regionalização” desses complexos. Em sua abordagem

ecológica, analisou a ação antrópica de alteração do meio ambiente, relacionando-a com o seu possível impacto epidemiológico. Subordinou (e limitou), porém, a atividade humana no sentido da modificação do ambiente, à sua perspectiva ecológica, “naturalizando” o conceito de gênero de vida⁽⁸⁾.

O conceito de complexo patogênico apesar (e talvez por isso mesmo) de se inscrever em uma perspectiva “naturalista” da geografia (e não em uma perspectiva “social” de nossa ciência) permitiu, no entanto, que Sorre demonstrasse que múltiplos aspectos materiais e imateriais constituem o espaço, envolvendo praticamente todas as dimensões da existência humana do utilizar o conceito de gênero de vida⁽⁶⁾. (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000). O conceito de complexo patogênico de Sorre, contudo, não é suficiente para explicar grande parte dos problemas de saúde pública na sociedade contemporânea. Estes demandam novos discursos e abordagens que permitam aprofundar a perspectiva multi ou transdisciplinar. Afinal, o mundo é muito mais complexo do que um conjunto de regiões, onde se juntaram várias possibilidades humanas. Talvez pela sua abordagem ecológica ter sido considerada excessivamente (e, por isso, erroneamente) possibilista, o fato é que os complexos patogênicos não foram matéria de muitos debates e estudos, tais como o foram as idéias de Pavlovsky, especialmente no Brasil⁽⁶⁾.

3. Uma nova concepção para a geografia médica (espaço e território).

O que se pretende enfatizar é a construção de intervenções vinculadas aos condicionantes do adoecimento, e não a uma ou a outra doença em si mesmas. Essa “nova” concepção é mais uma das abordagens que recuperam, em outras bases, o tratamento das epidemias a partir de um conjunto integrado de circunstâncias, expressa em situações particulares, e não a partir da análise genérica de doenças específicas. O meio, o ambiente, ganham aqui, uma outra dimensão (novamente) na explicação das doenças humanas, e, a Geografia Médica, novo impulso⁽¹²⁾.

A reflexão sobre o pensamento de **Milton Santos** e a saúde pública brasileira se faz, obviamente, pela influência que a vasta produção teórica desse autor legou para a ciência em geral e para a saúde pública em particular. Não que Milton Santos tivesse dedicado parte de sua vida em estudos sobre Geografia da Saúde, mas certamente a preocupação desse autor com o objeto da ciência geográfica acabou por proporcionar uma revisão epistemológica do **conceito de espaço e território** e, dessa forma, ser capaz de influenciar as demais ciências, como a Economia, a Sociologia e a Epidemiologia.

Encontrar uma definição única para espaço, ou mesmo para território, relata Milton Santos, é tarefa árdua, pois cada categoria possui diversas acepções, recebe diferentes elementos de forma que toda e qualquer definição não é uma definição imutável, fixa, eterna; ela é flexível e permite mudanças. Isso significa que os conceitos têm diferentes sig-

nificados, historicamente definidos, como ocorreu com o espaço e com o território”⁽¹²⁾. Em Por uma geografia nova (1978), o conceito de espaço é central e compreendido como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e manifestam-se através de processos e funções. “O espaço é um verdadeiro campo de forças cuja formação é desigual. Eis a razão pela qual a evolução espacial não se apresenta de igual forma em todos os lugares

(...) O espaço por suas características e por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, é o resultado de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais, (...) o espaço evolui pelo movimento da sociedade total. (SANTOS, 1978, p. 171).

Para Milton Santos o conceito de espaço aparece de modo mais evidente, apresentado como fator social e não somente como um reflexo social. Milton Santos denomina-o como uma instância da sociedade. Segundo o autor,

(...) o espaço organizado pelo homem é como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada subordinante. É como as outras instâncias, o espaço, embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia. (SANTOS, 1978, p. 145).

Desse modo, o espaço, além de instância social que tende a reproduzir-se, tem uma estrutura que corresponde à organização feita pelo homem. É também uma instância subordinada à lei da totalidade, que dispõe de certa autonomia, manifestando-se por meio de leis próprias. Assim, o espaço organizado é também uma forma resultante da interação de diferentes variáveis. O espaço social corresponde ao espaço humano, lugar de vida e trabalho: morada do homem, sem definições fixas. O espaço geográfico é organizado pelo homem vivendo em sociedade e, cada sociedade, historicamente, produz seu espaço como lugar de sua própria reprodução.

Para Santos (1978), “a utilização do território pelo povo cria o espaço”; imutável em seus limites e apresentando mudanças ao longo da história, o território antecede o espaço. Já o espaço geográfico é mais amplo e complexo, entendido como um sistema indissociável de sistemas de objetos e ações, em que a instância social é uma expressão concreta e histórica. O território é um conceito subjacente em sua elaboração teórico-metodológica e representa um dado fixo, delimitado, uma área. É importante notar que, se entendermos o território apenas como uma área delimitada e constituída pelas relações de poder do Estado, consoante se entende na geografia, estaríamos desconsiderando diferentes formas de focar o seu uso, as quais não engessam a sua compreensão, mas a torna mais complexa por envolver uma análise que leva em consideração muitos atores e muitas relações sociais.

Assim, o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam

suas ações com o passar do tempo. No entanto, a delimitação pode não ocorrer de maneira precisa, pode ser irregular e mudar historicamente, bem como acontecer uma diversificação das relações sociais num jogo de poder cada vez mais complexo. Milton Santos elege as categorias forma, função, estrutura, processo e totalidade como as principais que devem ser consideradas na análise geográfica do espaço; este constitui a categoria principal e auxilia na compreensão do território. O espaço, dessa maneira, é construído processualmente e contém uma estrutura organizada por formas e funções que podem mudar historicamente em consonância com cada sociedade⁽¹²⁾.

Para Santos (1979), como o espaço é organizado socialmente, espaço e natureza são sinônimos, desde que se considere a natureza como uma instância transformada, uma segunda natureza, conforme Marx a denominou. O espaço, dessa maneira, corresponde às transformações sociais feitas pelos homens.

O espaço reproduz a totalidade através das transformações determinadas pela sociedade, modos de produção, distribuição da população, entre outras necessidades, desempenham funções evolutivas na formação econômica e social, influencia na sua construção e também é influenciado nas demais estruturas de modo que torna um componente fundamental da totalidade social e de seus movimentos⁽¹³⁾.

Assim, para Milton Santos, o espaço é o resultado do desenvolvimento das forças produtivas, das relações de produção e das necessidades de circulação e distribuição. As regiões e os lugares não dispõem de autonomia, porém, sendo funcionais na totalidade espacial, influenciam no desenvolvimento do país; já a urbanização é resultado de tais processos historicamente determinados como localização geográfica seletiva das forças produtivas e das instâncias sociais.

De forma mais evidente a Epidemiologia, sobretudo depois da década de 1970, fez um movimento de aproximação com a Geografia, num momento de profundas mudanças na estrutura social e no pensamento. Processos relacionados à globalização e fragmentação, redes e fluxos, concentração populacional em áreas urbanas, entre outros, mudaram as formas de adoecer e morrer. Daí a necessidade de novos modelos teóricos metodológicos que possibilitassem pensar o processo saúde-doença como manifestação coletiva e social.

A utilização dos conceitos de espaço e território em Milton Santos permitiu mudar o foco de atenção, que antes era centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde. A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades. Os usos e as funções que cada recorte espacial admite podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão sócio espacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais.

4. Geografia da saúde, espaço e território a serviço da epidemiologia.

Nas últimas décadas foram desenvolvidas ferramentas inovadoras que passaram a ser utilizadas como um importante instrumento na área de saúde, denominadas Sistemas de Informações Geográficas (SIGs). Esse método permite a associação de características epidemiológicas, clínicas e evolutivas da doença a aspectos sócio geográficos da região estudada⁽¹⁴⁾.

Os SIGs consistem em sistemas informatizados que integram hardware, software e dados para armazenamento, gerenciamento, análise e exibição de aspectos referentes a informações geograficamente relacionadas. Permitem ver, compreender, questionar, interpretar e visualizar dados de maneiras variadas, possibilitando a identificação de relações, padrões e tendências na forma de mapas, globos, relatórios e gráficos⁽¹⁵⁾.

No âmbito da saúde, a aplicação dos SIGs pode ser categorizada em duas principais áreas: epidemiologia e cuidados em saúde⁽¹⁶⁾. Os SIGs têm sido bastante utilizados em estudos epidemiológicos. Permitem a avaliação de dados espaciais, permitem associar dados demográficos e ambientais, representando possíveis diferenças em vários estilos cartográficos⁽¹⁷⁾. Constituem um excelente método para visualização e análise de dados epidemiológicos, revelando tendências, dependências e inter-relações⁽¹⁸⁾.

Para Ximenes *et al.* (1999), um sistema de vigilância da saúde orientado por um modelo de análise de situações de risco, ao contrário dos que usam o modelo de risco individual, utiliza o espaço como referência e tem potencialmente maior poder explicativo por expressar diferentes acessos aos bens e serviços de infraestrutura urbana. Assim, este enfoque é capaz de evidenciar a desigualdade existente no interior das cidades, favorecendo as intervenções conforme as necessidades de cada área⁽¹⁹⁾.

O Sistema de informação geográfica (SIG) são ferramentas importantes e permanentes dentro da epidemiologia de doenças infecciosas, e pode fornecer valiosas contribuições para a decisão da alocação de recursos e implementação de medidas de controle. A combinação de SIG com dados confiáveis gerados por atividades de vigilância permitem a rotina de construção de mapas mostrando a distribuição de vetores, reservatórios e os casos de LV humana, através do qual as situações passadas e presentes podem ser comparadas e identificadas as mudanças nos padrões de ocorrência da doença⁽²⁰⁾.

Nessa abordagem verificamos a importância dos conceitos de espaço e território em Milton Santos nos estudos sobre Geografia da Saúde no Brasil. Estes conceitos foram incorporados pela ciência epidemiológica a fim de buscar instrumentos teórico-metodológicos que lhe permitissem entender o processo saúde-doença como manifestação social.

Nesse contexto, a Geografia se apresenta, de um lado, como a ciência do estudo das relações entre a sociedade e a natureza, e, portanto, se vê fortalecida e desempenha um papel fundamental nas análises ambientais nas diversas escalas, e de outro, como a

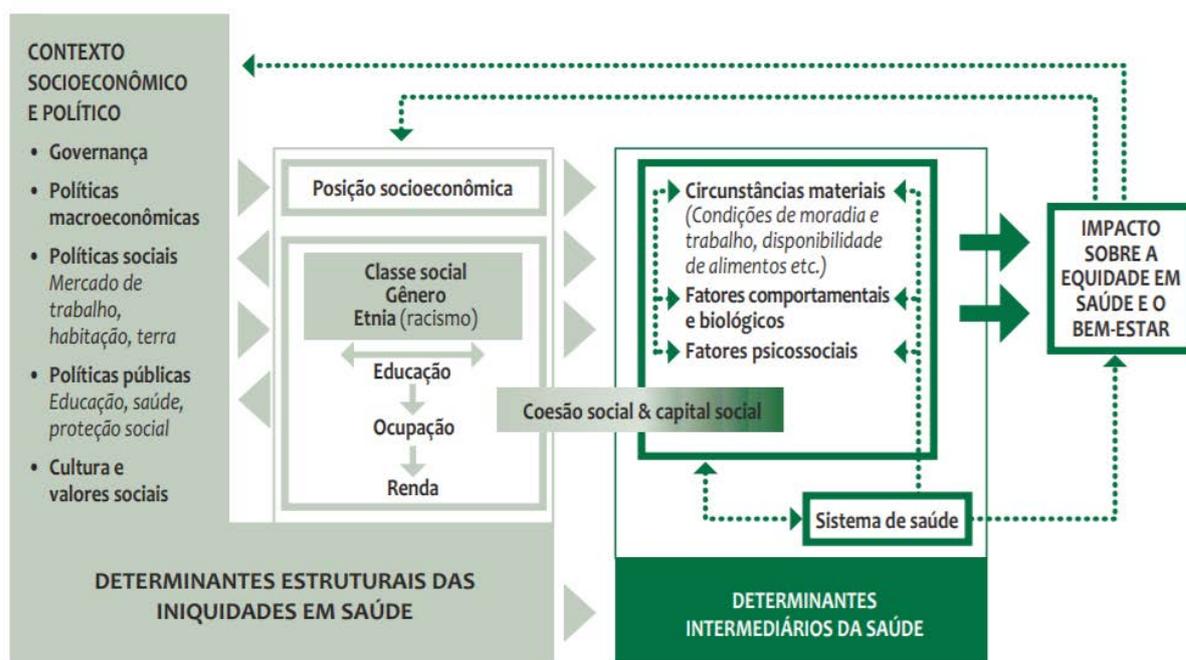
ciência do estudo do espaço e, nesse caso, irá ao encontro das necessidades enfrentadas pela epidemiologia⁽²¹⁾.

5. Determinantes ambientais, sociais e econômicos da saúde.

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde⁽²²⁾.

Esse conceito abrangente de determinantes sociais da saúde, visualizado na Figura 1, foi adotado pela OMS em seu relatório “Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, discutido na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, no Rio de Janeiro (OMS, 2011). Neste modelo, os determinantes estruturais compreendem a distribuição de renda, o preconceito baseado em valores relativos a gênero e etnia, e os determinantes intermediários configuram-se nas condições de vida, nos aspectos psicossociais, nos elementos comportamentais e/ ou biológicos e no próprio sistema de saúde⁽²³⁾.

Figura 01. Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: SOLAR & IRWIN, 2010.

Portanto, adotar a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação com o setor Saúde. A abordagem dos determinantes sociais reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam. Para que a economia permaneça forte e a estabilidade social e a segurança global sejam mantidas, é essencial que ações coordenadas em prol da saúde sejam implementadas. Enfatizar os determinantes sociais significa, portanto, apoiar ações coerentes sobre algumas prioridades, tais como, por exemplo, a proteção social e as mudanças climáticas. Ademais, essa abordagem leva em consideração a desigualdade intergeracional, que vinha sendo ignorada, mas hoje é central para essas questões que desafiam as políticas públicas. As mudanças climáticas um símbolo da degradação ambiental como um todo ameaçam o bem-estar das gerações futuras. O aumento da incidência de doenças não transmissíveis e a perda de oportunidades econômicas e benefícios da previdência social que se observa em países de todos os níveis de renda já vêm causando iniquidades intergeracionais, reduzindo a expectativa de vida e causando insatisfações na população⁽²³⁾.

Convidados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), chefes de governo, ministros e representantes dos governos se reuniram em outubro de 2011, no Rio de Janeiro, para expressar sua determinação de promover a equidade social e em saúde por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar, implementadas mediante uma ampla abordagem intersetorial. O documento “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde” (OMS, 2011) sintetiza os compromissos então estabelecidos:

- Reafirmaram que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global de “todos pela equidade” e “saúde para todos”;

- Sublinharam o valor essencial da equidade em saúde constante nos princípios e disposições contidos na Constituição da OMS assinada em 1946 e na Declaração de Alma Ata de 1978, e na série de conferências internacionais sobre promoção da saúde;

- Reconheceram que “o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição econômica ou social”;

- Declararam que os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, a qual só pode ser cumprida por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas, e que os esforços nacionais precisam ser apoiados por um ambiente internacional favorável;

- Reiteraram que as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis além de injustas e, em grande parte, evitáveis e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e à

melhoria da qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança.

Assim, a lógica dos determinantes sociais da saúde coloca três imperativos. Primeiro, reduzir as iniquidades em saúde é um imperativo moral. Segundo, também é fundamental melhorar a saúde e ampliar o bem-estar, promover o desenvolvimento e, de forma geral, alcançar as metas de saúde. Terceiro, acima de tudo, para que uma série de metas prioritárias da sociedade que dependem de uma distribuição igualitária da saúde sejam alcançadas, é preciso realizar ações sobre os determinantes sociais⁽²²⁾.

O escopo das recentes crises financeira, alimentar, ambiental e de saúde pública, entre outras, que o mundo vem enfrentando desde 2008 deixaram ainda mais claro que a interconectividade do mundo moderno faz com que os países não possam enfrentar esses desafios sozinhos ou por meio de ações sobre setores isolados. Ao invés disso, é preciso realizar esforços consistentes em todos os níveis, do local ao global. Essas emergências revelaram falhas de regulação e uma ênfase excessiva em indicadores superficiais de crescimento econômico, demonstrando a necessidade de ações coordenadas e de um Estado forte⁽²²⁾.

O relatório da OMS confirmado na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro, reafirmou os três princípios de ação: 1. Melhorar as condições de vida cotidianas — as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. 2. Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos — os motores estruturais das condições de vida referidas — nos níveis global, nacionais e locais. 3. Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema⁽²⁴⁾.

Apesar de todo progresso tecnológico e da riqueza mundial ter aumentado no último século observamos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser atribuídos principalmente às condições sociais impostas a população que quanto mais tem problemas ao acesso aos recursos sanitários, emprego, renda e moradia, morrem e adoecem mais cedo, a todas essas condições denominamos “determinantes sociais de saúde” influenciam diretamente no processo saúde-doença nos territórios. Novos estudos devem ser realizados ampliando a discussão do tema abordado dando um direcionamento a gestão de políticas públicas que possam diminuir as desigualdades existentes melhorando a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. PESSOA, S. B. **Ensaio Médico-Sociais**. 2a ed., São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978. 380 p.
2. CZERESNIA, D. **Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, p. 341-356, jul./ago. 2001.
3. GLACKEN, C. J. **Traces on the Rhodian Shore: Nature and Culture in western thought from ancient times to the end of the Eighteenth Century**. Berkeley/London: University of California Press, 1990. 763 p.
4. LACAZ, C. S.; BARUZZI, R. G.; SIQUEIRA Jr., W. **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 1972. 568p.
5. EHARALDT, E. M. **A Aplicabilidade da Geografia na Área Médica e Nutricional: O Custo da Cesta Básica X Renda Familiar e a Mortalidade Infantil**. 87 f. Monografia (Graduação em Geografia) - Departamento de Geografia, UERJ, 1999.
6. CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. **O Conceito de Espaço em Epidemiologia: uma Interpretação Histórica e Epistemológica**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 595-617, jul./set. 2000.
7. FERREIRA, M. U. **Epidemiologia e Geografia: O Complexo Patogênico de Marx Sorre**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 3, p. 301-309, jul./set. 1991.
8. SORRE, M. **Los Fundamentos Biológicos de La Geografía Humana**. Ensayo de una Ecología del Hombre: Conclusión. In: MENDOZA, J. G.; JIMÉNEZ, J. M.; CANTERO, N. O. (Org.) *El pensamiento geográfico: Estudio interpretativo y antología de textos (De Humboldt a las tendencias radicales)*, Madrid: Alianza Editorial: 267-274 (1982).
9. VIEITES, R.G. **Interações Espaciais na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro com base na infra-estrutura ambulatorial e hospitalar, referentes ao ano 2000**. 88 f. Monografia (Graduação em Geografia) - Instituto de Geografia/Depto. de Geografia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.
10. SORRE, M. **A noção de gênero de vida e sua evolução**. In: MEGALE, J. F. (Org.) *Max Sorre: Geografia*, p. 99-123, Rio de Janeiro: Editora Ática, 1984.
11. GADELHA, P. **História de Doenças: Ponto de Encontros e de Dispersões**. 120 f. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Ensp/Fiocruz, 1995.
12. SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: HUCITEC, Ed. da Universidade de São Paulo, p. 122-171, 1978.
13. SANTOS, Milton. **Espaço e sociedade**. Petrópolis: Vozes, p. 10, 1979.
14. DANTAS, L.B.P. 2012. **Sistemas de informações geográficas (SIGs): uma nova ferramenta para avaliar epidemiologia em acromegalia baseada em dados clínicos e análise espacial**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília.
15. RYTKÖNEN M.J. 2004. **Not all maps are equal: GIS and spatial analysis in epidemiology**. Int: J. Circumpolar Health. 63(1): 9-24.
16. VANMEULEBROUK B.; RIVETT U.; RICKETTS A. ; LOUDON M. 2008. **Open source GIS for HIV/AIDS management** Int. J. Health Geogr, 22(7): 53.

17. GAO S.; MIOC. D.; ANTON F.; YI X. ; COLEMAN D.J. 2008. **On-line GIS services for mapping and sharing disease information.** Int J Health Geogr. 2008 feb. 25; 7:8.
18. GUPTA, R. ; SHRIRAM, R. 2004. **Disease surveillance and monitoring using GIS.** 7th Annual International Conference Map. Índia 2004. Disponível em: <http://www.gisdevelopment.net/application/health/planning/pdf/mi04054.pdf>.
19. XIMENES R.A.A.; MARTELLI C.M.T.; SOUZA W.V.; LAPA T.M.; ALBUQUERQUE M.F.M.; ANDRADE A.L.S.S. et al. 1999. **Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade.** Cadernos de Saúde Pública. 15(1): 53-61.
20. WHO. 2012. World Health Organization. **Programmes and projects: Initiative for Vaccine Research (IVR).** Disponível em: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_parasitic/en/index3.html.
21. CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede.** 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
22. CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde.** Genebra: OMS, 2011.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde.** Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011.

IMPLANTAÇÃO DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL-TOCANTINS

IMPLEMENTATION OF THE STANDARD OPERATING PROCEDURE IN THE BASIC HEALTH UNITS IN THE MUNICIPALITY OF PORTO NACIONAL- TOCANTINS

CHEILANE DE BONFIM OLIVEIRA GOMES

Acadêmicos do Curso de Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

FLÁVIA LUANNA GOMES RIBEIRO

Acadêmicos do Curso de Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

MARCO ANTONIO LIMA GOMES

Acadêmicos do Curso de Enfermagem do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

LUÍS OTAVIO JONAS

Professores do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos FAPAC/ITPAC Porto

NELZIR MARTINS COSTA

Professores do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos FAPAC/ITPAC Porto

SARA JANAI CORADO LOPES

Professores do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos FAPAC/ITPAC Porto

RESUMO: O Procedimento Operacional Padrão conhecido como POP, é um documento resumido que permite padronizar todos os procedimentos realizados em um ambiente seja ele hospitalar ou não, sendo composto de um passo a passo detalhado e descrito de forma correta a se evitar possíveis erros na hora da realização do procedimento. Esses documentos podem ser usados para auxiliar nas tarefas diárias, manutenção, calibração e uso de equipamentos, análises, procedimentos de segurança e muitas outras aplicações. **Objetivo:** Realizar a apresentação para a implantação e implementação do

POP nas unidades de saúde e posteriormente capacitação dos profissionais enfermeiros e da equipe da unidade no manuseio e fácil entendimento do manual POP. **Metodologia:** Essa pesquisa se caracteriza como um estudo descritivo do tipo relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem da disciplina Estágio Curricular Supervisionado em Assistência de Enfermagem a Atenção Básica à Saúde II, registro de um processo de vivências dentro da Gestão Municipal e Diretoria de Atenção Primária em Saúde na construção e revisão de um protocolo para ser implantado nas Unidades Básicas de saúde do município de Porto Nacional -TO. **Resultados e Discussão:** Após a elaboração do Procedimento Operacional Padrão, foi realizado o levantamento nas unidades de saúde dos benefícios da implantação desse documento tanto para a unidade quanto para a gestão. Foi possível observar que é um documento de suma importância e servirá de ferramenta indispensável para novos profissionais que adentrarem a unidade servindo como um apoio afim de se evitar erros de procedimentos. **Considerações Finais:** Por meio desse relato de experiência teve-se a oportunidade de participar e conhecer o processo de construção do POP, possibilitando assim momentos enriquecedores para os acadêmicos, promoveu um contato maior com equipes gestoras e enfermeiros do município colocando os acadêmicos em vivências práticas para fortalecimento do seu potencial profissional após a graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Procedimentos. Padrão. Segurança.

ABSTRACT: The Standard Operating Procedure known as SOP, is a summarized document that allows you to standardize all procedures performed in a hospital environment or not, comprising a detailed step-by-step and correctly described to avoid possible errors at the time of the procedure. These documents can be used to assist with daily tasks, maintenance, equipment calibration and use, analysis, safety procedures and many other applications. **Objective:** To present the implementation and implementation of the SOP in health units and subsequently train nurses and the unit staff in the handling and easy understanding of the SOP manual. **Methodology:** This research is characterized as a descriptive study of the experience report type of nursing students in the Supervised Curriculum Internship discipline in Nursing Assistance to Primary Health Care II, recording a process of experiences within the Municipal Management and Primary Care Board in Health in the construction and revision of a protocol to be implemented in Basic Health Units in the city of Porto Nacional -TO. **Results and Discussion:** After the elaboration of the Standard Operating Procedure, a survey was carried out in the health units of the benefits of implementing this document both for the unit and for the management. It was possible to observe that it is an extremely important document and will serve as an indispensable tool for new professionals who enter the unit, serving as support in order to avoid procedural errors. **Final Considerations:** Through this experience report, we had the opportunity to participate and learn about the SOP construction process, thus enabling enriching moments for students, promoting greater contact with management teams and nurses in the municipality, putting students in practical experiences to strengthen your professional potential after graduation.

KEYWORDS: Procedures. Pattern. Safety.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do estado de Goiás, o Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que expressa um plano de trabalho repetitivo que visa padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução das atividades. Portanto, o POP garante que as operações sejam realizadas da mesma forma, independentemente dos profissionais ou de quaisquer outros fatores envolvidos no processo. Segundo Scartezini (2009) pode-se reduzir variações que são causadas por um comportamento que não seja ideal e ajustes feitos aleatoriamente.

O manual de procedimentos consiste em reunir todos os POPs do serviço em um único arquivo, que descreve o trabalho de enfermagem e suas atividades a serem executadas e os métodos de trabalho corretos, de modo passo a passo, sendo de responsabilidade da gestão a organização deste instrumento. Vale ressaltar que o documento deve ser atualizado e revisado regularmente, cada versão deve ser aprovada pelo serviço de saúde.

É um documento utilizado para organizar os serviços de enfermagem, que especifica a estrutura, composição e funções gerais dos serviços de enfermagem em toda a organização. O documento também define as responsabilidades de cada departamento funcional e de cada profissional da equipe de enfermagem. Para Kurcgant *et al.* (2010), o regimento é um comportamento normativo flexível formulado pela enfermeira coordenadora do serviço

de enfermagem ou por um grupo de enfermeiras sob sua coordenação, que orienta todo o desenvolvimento dos documentos e serviços institucionais de enfermagem (COREN-GO).

O meio de padronizar esses processos e procedimentos de enfermagem são utilizados como ferramentas de gestão da qualidade para as instituições de saúde. Deve ser implementado por meio do estabelecimento de prioridades e, para ter sucesso, precisa abranger todos os envolvidos no trabalho da enfermagem, fazê-lo coletivamente, atualizá-lo regularmente e divulgá-lo por meio da educação permanente.

Também vale lembrar que, embora os documentos normativos sejam baseados em referências científicas e técnicas, eles também são limitados e não devem ser usados além de suas reais necessidades. Estes devem ser monitorados com base em avaliações de gestão contínuas e revisões periódicas, visando minimizar o risco de processos de trabalho improdutivos e frustrantes, característicos da falta de planos de gestão (WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Sabe-se que o POP é uma ferramenta de importância para que possa alcançar os objetivos de uma unidade de saúde com segurança e qualidade no serviço prestado à comunidade. No âmbito da saúde, essa padronização é um dos componentes de maior importância na visão de atingir as metas e resultados esperados. Sua utilização facilita os processos otimizando e padronizando o atendimento nos serviços de saúde pública no Brasil, contribuindo para a melhoria da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta maneira, o presente estudo tem como objetivo trazer um relato de experiência de três acadêmicos do curso de Enfermagem sobre a elaboração de um manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) contendo todos os procedimentos realizados dentro de uma Unidade Básica de Saúde reunido em um só documento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, que transcorreu de um relato de experiência dos acadêmicos, durante o Estágio Curricular Supervisionado em Assistência de Enfermagem a Atenção Primária à Saúde II. Registro de um processo de experiências práticas e reflexões críticas acerca da elaboração do Procedimento Operacional Padrão, vivenciado no 10º período do curso de Enfermagem, na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) no município de Porto Nacional - TO, no período de agosto a outubro de 2021.

O manual foi realizado e discutido mediante literaturas referentes a cada tema específico e normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que é um órgão de fiscalização que rege o exercício da profissão e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Para essa elaboração contou-se com o apoio de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional, manuais de procedimentos operacionais padrão anteriores do município e revisão sistemática de literatura. Utilizou-se de artigos pu-

blicados e indexados nas bases de dados *Scientific Eletronic Library* (Scielo) e o buscador Google Acadêmico, Literatura Latino-Americanae do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) para argumentação do trabalho.

Todo um estudo prévio foi realizado para que esse manual fosse escrito e elaborado respeitando todas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e demais órgãos respectivos. Em seguida, foram organizados e divididos procedimentos do POP para cada aluno componente do grupo para serem feitas correções e atualizações acerca dos novos procedimentos do manual.

O material foi agrupado em um único arquivo, realizadas as mudanças para ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e Conselho Regional de Enfermagem (COREN-TO) e após aprovação realizar a capacitação para a equipe de enfermagem, demais servidores que atuam na Unidade de Saúde com posterior disponibilização aos profissionais de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é o documento elaborado e usado em uma instituição seja ela da saúde, ou não, a fim de padronizar procedimentos usados diariamente no ambiente de trabalho. Tem a finalidade de evitar erros e procedimentos divergentes dos corretos.

O benefício de um POP implantado gera confiança e agilidade nos atendimentos prestados aos pacientes tanto quanto o manuseio de materiais e dispositivos que possam gerar dúvidas. O resultado dessa implantação é a minimização de erros cometidos por profissionais, servindo também para direcionar funcionários novatos cuja prática não é realizada com segurança.

Conforme Pereira (2017), o POP permite padronização e atualização das técnicas, maior segurança tanto para o paciente quanto para o funcionário do serviço, controle de gastos e economia de tempo. A partir dessas potencialidades, a construção e a validação de um POP vêm da necessidade percebida no ambiente de trabalho.

Cada um dos acadêmicos ficou responsável por uma parte do POP desde a construção da sua capa quanto aos procedimentos onde puderam buscar atualizações e realizar as correções necessárias para que o manual fosse finalizado. Desse modo, foi possível a construção de 53 procedimentos divididos em 3 áreas que são elas: higiene e antisepsia, higiene e desinfecção e assistência à saúde. Compreende-se que alguns termos e procedimentos caíram em desuso, então foi feita uma troca dessas terminologias, deixando passível de alterações.

O quadro abaixo representa os procedimentos realizados que estão descritos de maneira fácil e de boa compreensão no POP.

Quadro 1: Procedimentos realizados na Unidade de Saúde detalhados no POP

ÁREA 1	PROCEDIMENTOS
HIGIENE E ANTISSEPSIA	POP 001 - ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE POP 002 - PRECAUÇÕES PADRÃO POP 003 - TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS
ÁREA 2	PROCEDIMENTOS
HIGIENE E DESINFECÇÃO	POP 004 - TÉCNICA DE LIMPEZA E/OU DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE POP 005 - DESINFECÇÃO EM LOCAL COM RESPINGOS OU DEPOSIÇÃO DE MATÉRIA ORGÂNICA (SANGUE, SECREÇÕES, EXCRETASE EXSUDATO) POP 006 - DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIES CONTAMINADAS POP 007 - CUIDADOS A SEREM OBSERVADOS COM OS MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA POP 008 - TÉCNICA DE VARREDURA ÚMIDA POP 009 - TÉCNICA DE LIMPEZA DE PISOS POP 010 - TÉCNICA DE LIMPEZA DE JANELAS E PORTAS POP 011 - TÉCNICA DE LIMPEZA DO MOBILIÁRIO, BANCADAS E EQUIPAMENTOS POP 012 - LIMPEZA DE TETOS E PAREDES POP 013 - LIMPEZA DE BANHEIROS POP 014 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BEBEDOURO POP 015 - TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL POP 016 - TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE NEBULIZADORES (MÁSCARAS, COPINHO, CACHIMBO E TUBO DE CONEXÃO) POP 017 - TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ALMOFOLHAS POP 018 - TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBÚ. POP 019 - TRABALHO PARA O FUNCIONÁRIO DA ÁREA DE EXPURGO POP 020 - TRABALHO DO FUNCIONÁRIO DA ÁREA DE GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS POP 021 - RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS
ÁREA 3	PROCEDIMENTOS
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	POP 022 - PROCEDIMENTO DE ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (COM OU SEM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF) POP 023 - AGENDAMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NAS UBS POP 024 - PRÉ-CONSULTA DE ENFERMAGEM POP 025 - CONSULTÓRIOS DE GINECOLOGIA POP 026 - CONSULTÓRIOS GERAIS POP 027 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE TOSCÓPIO POP 028 - SALA DE CURATIVOS POP 029 - SALA DE INALAÇÃO POP 030 - RECEPÇÃO POP 031 - EQUIPAMENTOS E MATERIAIS BÁSICOS NA SALA DE VACINA POP 032 - EQUIPE DA SALA DE VACINA E SUAS ATRIBUIÇÕES BÁSICAS POP 033 - ATIVIDADES E PROCEDIMENTOS EM IMUNIZAÇÕES POP 034 - CONSERVAÇÃO DOS IMUNOBIOLÓGICOS

ASSISTÊNCIA Á SAÚDE	POP 035 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA POP 036- ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA POP 037 - ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM) POP 038 - ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR. POP 039- ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL POP 040 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC) POP 041- CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO POP 042- CATETERISMO VESICAL DE DEMORA POP 043 - COLETA DE EXAME CITOLOGICO CÉRVICO-VAGINAL (PAPANICOLAU) POP 044 - CURATIVO POP 045 - MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA POP 046- MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL POP 047 - AFERIÇÃO DE ESTATURA POP 048 - AFERIÇÃO DE PESO POP 049 - MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO POP 050 - AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL POP 051 - ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA POP 052- PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÃO PARENTERAL POP 053 - OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL
----------------------------	--

Fonte: Elaborado pelos Autores

Após o levantamento de todos os procedimentos mais usados e, os possíveis a serem usados, foi realizado a atualização de cada procedimento seguindo seu passo a passo corretamente. Foi possível observar que é um material de extrema importância para os profissionais que atuam nas unidades de saúde do município de Porto Nacional, por ser a porta de entrada do paciente na rede de atenção à saúde.

Desta forma, evidenciou-se durante esse processo que a padronização dos procedimentos é um indicador da organização e da qualidade do serviço de enfermagem e da equipe. Para os sujeitos pesquisados, o POP permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente dentro dos princípios técnicos e científicos e ainda contribui para impedir distorções adquiridas na prática, configurando-se também como um instrumento educativo.

Assim, a padronização da assistência, por meio da implementação de protocolos, surge como importante no âmbito da segurança do paciente. Sendo ferramentas gerenciais no âmbito da atenção à saúde, os protocolos apresentam-se como uma estratégia que pode auxiliar na prevenção e minimização de riscos e danos nos serviços de saúde e, no que se refere à qualidade da assistência à saúde prestada (PEREIRA, 2017).

Após realização do manual, foi possível observar as condições em que os profissionais irão atuar com mais segurança, podendo recorrer a um material de qualidade no caso de dúvidas apresentadas na sua rotina de trabalho eliminando riscos, e problemas de saúde a fim de acarretar danos irreversíveis ou até a morte de pacientes.

Portanto, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover capacitação e acompanhamento contínuo e organizado por parte da Secretaria de Saúde e do Núcleo de Educação Permanente (NEP), promovendo maior habilidade no manuseio desse material. Para incentivar a utilização por todos os profissionais da Unidade Básica, o material será deixado em um local de fácil acesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de experiência ratifica a importância do processo de implantação do Procedimento Operacional Padrão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e sua efetividade para o cenário da Atenção Primária em Saúde. Foram identificados durante essa experiência a importância do trabalho em equipe, especificamente dos acadêmicos que não mediram esforços para entregar ao município um material de confiança. Em relação ao processo de revisão/construção e implantação, foi constatado que a adoção dos protocolos na prática cotidiana dos serviços de saúde traz pontos positivos, gerando uma prestação de assistência padronizada e em conformidade com parâmetros técnico-científicos instituídos.

A vivência dessa experiência pelos acadêmicos proporcionou a oportunidade de participar e conhecer o processo de implantação de recursos materiais escritos nas unidades de saúde, possibilitando assim momentos enriquecedores no percurso formativo. Promoveu um contato com os gestores e maior conhecimento de como essa sistematização funciona para benefício aos usuários do serviço de saúde local. Também estimulou aproximação e conhecimento dos procedimentos realizados na UBS.

Com a construção deste manual, percebe-se a importância dos Procedimentos Operacionais Padrão na busca do entendimento de sua finalidade na melhoria da qualidade da assistência nas ações de enfermagem e de todos que atuam dentro do serviço de saúde. O estudo levou à reflexão sobre a construção e planejamento das ações e procedimentos operacionais padronizados, evidenciados pela necessidade de treinamentos contínuos em relação à utilização e seguimento do POP pelos profissionais que atuam dentro da saúde.

Na visão dos autores do presente trabalho, é importante ressaltar que o objetivo do POP realmente é esclarecer dúvidas. Essa sistematização deverá ser de modo contínuo, por isso, há necessidade de treinamento específico sobre a sua utilização para a melhor compreensão dos objetivos dos procedimentos padronizados.

REFERÊNCIAS

COREN-GO. Padronização na Enfermagem: o que é, como se faz e para quê? Disponível em: http://www.corengo.org.br/padronizacao-na-enfermagem-o-que-e-como-se-faz-e-para-que_2585.html. Acesso em: 24 de out. 2021.

Corrêa, G. T., Archer, A. B., Pereira, G. K., & Viecili, J. (2020). Uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) comportamentais na realização de atividades profissionais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 20, n. 2, p. 1011-1017. Disponível em: <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.2.17853>. Acesso em 24 de out. 2021.

KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2010.

PEREIRA, Lilian Rodrigues *et al.* **Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde**. Revista Archives of Health Sciences, v. 24, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/840>. Acesso em 20 ago. 2021.

SCARTEZINI, Luís Maurício Bessa. **Análise e Melhoria de Processos**. Goiânia, 2009. 54p. Apostila. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/66734907/apostila-analise-e-melhoria-de-processos-scartezini-2009>. Acesso em 20 de ago.2021.

WERNEK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde de organização do usuário**. Belo Horizonte, Nescon (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Ed. Coopmed, 2009, 84p.

UNIEDUSUL
EDITORA

