

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 7. Nº 2. JUNHO DE 2024 | ISSN ONLINE 2595-4482



2024 Escola de Saúde Pública do Paraná



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Rua Dante Romanó, 120 - Taramã CEP:82821-016 - Curitiba - PR

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

ISSN ONLINE 2595-4482 | ISSN IMPRESSO 2595-4474

Publicação trimestral (Fluxo Contínuo)

Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>

CLASSIFICAÇÃO **B4 QUALIS/CAPES/2017-2020** em 11 áreas: Educação, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Medicina I, Medicina II, Medicina III, Odontologia, Psicologia e Saúde Coletiva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. v. 7, n.2 (abr./jun. 2024). Curitiba: SESA, 2024.

il. color. PDF

Trimestral

ISSN 2595-4482 Online

ISSN 2595-4474 Impresso

1. Saúde Pública. I. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde.
Escola de Saúde Pública do Paraná. II. Título

CDD 614.098162

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

EDITOR CHEFE Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) **COMISSÃO EDITORIAL** Eliane Cristina Sanches Maziero (ESPP), Priscila Meyenberg Cunha Sade (ESPP); Solange Rothbarth Bara (ESPP)
EDITOR ADMINISTRATIVO Elaine Cristina Itner Voidelo (ESPP)



Indexada em: Google Scholar

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
Biblioteca virtual em saúde
Informação e Conhecimento para a Saúde

DIADORIM
Diretório de políticas editoriais das revistas científicas brasileiras

MIGUILIM
DIRETÓRIO DAS REVISTAS CIENTÍFICAS ELETRÔNICAS BRASILEIRAS

REDIB | Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico

sumários.org
Sumários das Revistas Brasileiras

LivRe
Periódicos de livre acesso

DOAJ
DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

MIAR

Oasisbr
Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto

Associada à: ABEC BRASIL
Associação Brasileira de Editores Científicos

OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO(S) AUTOR(ES), NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA.

Avaliadores que participaram desta edição

RSPP v.7, n.2, junho de 2024

Agradecemos a todos os avaliadores participantes. Sua contribuição é fundamental para a qualidade dos artigos publicados.

1. Camila Sighinolfi de Moura. <https://orcid.org/0000-0001-7773-1010>
2. Camila Malherbi Bortoluzzi. <https://orcid.org/0000-0003-1784-2573>
3. Débora Driemeyer Wilbert. <https://orcid.org/0000-0003-1485-8473>
4. Deborah Ribeiro Carvalho. <http://orcid.org/0000-0002-9735-650X>
5. Fábila Fernanda dos Passos da Rosa. <https://orcid.org/0000-0002-4171-9965>
6. Francenilde Silva de Sousa. <https://orcid.org/0000-0003-0681-7620>
7. Gabriela Furtado Neves. <https://orcid.org/0000-0002-0678-8295>
8. Gabriela Thaís da Silva. <https://orcid.org/0000-0001-8828-6880>
9. Guilherme Andrade Ruela. <https://orcid.org/0000-0001-6976-8710>
10. Josué da Silva Brito. <https://orcid.org/0000-0003-2142-3689>
11. Juliana Dalla Martha Rodriguez. <https://orcid.org/0000-0002-3953-8882>
12. Juliane Brenner Vieira. <https://orcid.org/0000-0003-3897-8680>
13. Maria Fernanda Larcher Almeida. <https://orcid.org/0000-0002-6075-6913>
14. Maria Fernanda Pereira Gomes. <https://orcid.org/0000-0003-0577-2264>
15. Maria Helena do Nascimento. <https://orcid.org/0000-0002-8385-6810>
16. Mariana Ferreira Garcia Falcão. <https://orcid.org/0000-0002-8618-4546>
17. Marina Daros Massarollo. <https://orcid.org/0000-0003-1136-3328>
18. Neusa Maria dos Santos. <https://orcid.org/0000-0003-3469-4592>
19. Rejane Cristina Teixeira Tabuti. <https://orcid.org/0000-0002-0003-1793>
20. Tainá das Mercês Oliveira. <https://orcid.org/0000-0002-9285-9546>
21. Tânia Uchida. <https://orcid.org/0000-0001-8170-1092>

Equipe Editorial
Revista de Saúde Pública do Paraná
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

Tuberculose de sistema nervoso central em crianças e adolescentes: um estudo descritivo em um hospital de referência do sul do Brasil

Tuberculosis of the central nervous system in children and adolescents: a descriptive study in a reference hospital in southern Brazil

Johan Gustavo Lisboa Bueno¹, Izabella Geórgia Formento Navarini²,
Emanuela da Rocha Carvalho³

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4705-8179>. Médico; graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina.
E-mail: johanlisboa288@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2053-8612> Graduanda do Curso de Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina.
E-mail: izabellanavarini@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2193-0528> Docente Assistente do Departamento Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Médica Infectologista Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis em Santa Catarina- Brasil. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina
E-mail: emanuela.carvalho@ufsc.br

RESUMO

Este artigo descreve as características de crianças com tuberculose (TB) do sistema nervoso central (SNC), considerada uma forma grave de TB extrapulmonar. Estudo observacional e descritivo de 11 casos diagnosticados em um hospital de referência, no sul do Brasil. A faixa etária mais acometida, no estudo, foi de zero a dois anos, sendo a maioria do sexo masculino e de áreas urbanas. Os sintomas mais comuns relatados foram febre persistente e vômito. Os exames complementares mais utilizados foram a tomografia computadorizada de crânio, com o achado frequente de hidrocefalia comunicante e análise do líquido, com achados de pleocitose, hipoglicorraquia e hiperproteínoorraquia. As bacterioscopias e culturas foram negativas.

O diagnóstico rápido e preciso é um desafio, devido aos sintomas inespecíficos, que mimetizam doenças de menor gravidade, sendo o método Xpert MTB/RIF eficaz para diagnóstico, dentre os métodos moleculares. O tratamento requer o uso de tuberculostáticos e corticoterapia associada. A vacina BCG tem efeito protetor contra a TB de SNC, sendo necessário o fortalecimento do SUS para manutenção e melhoria dos programas de vacinação.

DESCRITORES: Tuberculose Extrapulmonar. Tuberculose Meníngea. Vacina BCG. Pediatria.

ABSTRACT

This article describes the characteristics of children with CNS TB, a severe form of extrapulmonary TB. Observational and descriptive study of 11 cases diagnosed in a reference hospital in southern Brazil. The most affected age group in the study was 0 to 2 years old, being mostly male and from urban areas. The most common symptoms reported were persistent fever and vomiting. The most used complementary exams were CT with the frequent finding of communicating hydrocephalus and CSF findings of pleocytosis, hypoglycorrhachia and hyperproteinorrhachia. The bacterioscopy and cultures were negative. The rapid and accurate diagnosis is a challenge due to the nonspecific symptoms that mimic diseases of lesser severity, being the Xpert MTB/RIF method the most effective for diagnosis among the molecular methods. The treatment requires the use of tuberculostatics and associated corticotherapy if necessary. The BCG vaccine has a protective effect against CNS TB, being necessary to strengthen the SUS to maintain and improve vaccination programs.

DESCRIPTORS: Tuberculosis, Extrapulmonary. Tuberculosis, Meningeal. BCG Vaccine. Pediatrics.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), transmitida quando uma pessoa doente expele, no ar, a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, é uma doença que pode afetar os pulmões e outros sítios. Sua prevenção e tratamento foram instituídos desde a descoberta dos tuberculostáticos, em 1944^{1,2}.

Dentre os casos novos de TB diagnosticados no Brasil, em 2022, em menores de 15 anos, 1.013 (37,5%) ocorreram em menores de cinco anos, com 215 (17,9%) desses apresentando tuberculose extrapulmonar (TBEP)^{3,4}. Ainda em 2022, a Região Sul do país registrou 33 novos casos de TBEP na população abaixo de cinco anos, sendo que sete desses (21,4%) ocorreram no Estado de Santa Catarina^{3,5}.

Apresentações da forma extrapulmonar da doença incluem: linfadenite, ocular, oral, pleural, pericárdica, peritoneal, cutânea, musculoesquelética, abdominal, geniturinária e formas miliares de TB. O presente artigo tem como foco de estudo a TB de sistema nervoso central (SNC)^{6,7}.

No Brasil, entre os anos de 2007 e 2020, foram confirmados 4.916 casos de TB de SNC, correspondendo a 5% das formas não pulmonares da doença. O risco de adoecimento é mais elevado nos primeiros anos de vida. A TB de SNC reflete a situação epidemiológica da TB pulmonar na população, pois pode ser causada pela disseminação hematogênica do bacilo de Koch, a partir de um foco pulmonar. Além disso, a doença está associada à baixa cobertura vacinal com a vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin), que confere proteção contra as formas graves da doença em crianças. No entanto, as coberturas vacinais no Brasil estão em queda há cinco anos e, em 2020, nenhuma das vacinas do calendário infantil atingiu a meta de 95% de imunização. No caso da BCG, a taxa de imunização do público-alvo foi de apenas 63,88%, o que pode aumentar o risco de casos e óbitos por TB miliar e TB de SNC no país⁸⁻¹⁰.

A meningite tuberculosa é uma forma grave de TB extrapulmonar. O acometimento do SNC (sistema nervoso central) ocorre no rompimento de tuberculomas, com posterior produção de exsudato, afetando a circulação de líquido cefalorraquidiano; o bulbo e a medula espinhal são as estruturas mais acometidas nos quadros graves. Ela apresenta altas taxas de letalidade e de abandono do tratamento, por vezes relacionados ao atraso no diagnóstico, sendo reconhecida em literatura a faixa de zero a um ano como a de pior prognóstico^{11,12,3}. A meningite

tuberculosa é uma doença meningoencefálica subaguda, que demanda um reconhecimento precoce, a partir de sintomas inespecíficos de debilidade, que podem abranger hipotonia, febre e letargia, em crianças pequenas, ou pneumopatia primária em lactentes. Na doença avançada, surgem manifestações neurológicas, tais como: meningismo, torpor, crises convulsivas, sinais de hipertensão intracraniana, paralisia dos nervos cranianos, hemiparesia e distúrbios do movimento. Em alguns casos, a doença pode se manifestar agudamente, sem um período prodrômico distinto. A duração dos sintomas, superior a cinco dias, é o fator clínico mais preditivo de meningite tuberculosa, pois pode contribuir para a diferenciação entre meningite tuberculosa e outras formas de meningite¹³.

Os métodos diagnósticos descritos na literatura e utilizados na prática clínica atual, no Brasil, são: exame bacteriológico, TRM TB (Teste Rápido Molecular), cultura para micobactérias em meio sólido ou líquido e imagens sugestivas em exame de tomografia computadorizada. A análise do líquido frequentemente demonstra: hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia e pleocitose. Apesar de a grande maioria dos pacientes serem admitidos em estágio inicial da doença, a taxa de letalidade é alta^{14,15,12}.

O tratamento da TB de SNC é dividido em duas fases: a intensiva e a de manutenção. A fase intensiva, com duração de dois meses, utiliza quatro drogas anti TB (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol), e recomenda-se o uso de corticoides (prednisona ou dexametasona) nos casos graves. A fase de manutenção, com duração de 10 meses, utiliza duas drogas anti TB (isoniazida e rifampicina), sendo que o tempo total do tratamento é de 12 meses. No caso de crianças abaixo de 10 anos de idade, não se utiliza o etambutol, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil¹⁵.

A hidrocefalia comunicante é uma das complicações mais deletérias da doença, porque acomete o sistema nervoso central. Essa condição é derivada da obstrução das granulações aracnoideas, que são estruturas localizadas na dura-máter e que permitem a passagem do líquido cefalorraquidiano (LCR), do espaço subaracnoide para os seios venosos durais. A obstrução é causada pela formação de exsudato espesso e fibroso na base do crânio, que envolve as meninges e os vasos sanguíneos cerebrais. A obstrução impede a drenagem adequada do LCR, que se acumula nos ventrículos cerebrais e aumenta a pressão intracraniana. O tratamento da hidrocefalia comunicante, na meningite tuberculosa, pode envolver punções

lombares repetidas, para aliviar a pressão, ou derivação ventriculoperitoneal, para drenar o líquido⁶⁻²³.

A pesquisa visa descrever aspectos epidemiológicos e clínicos da TB de SNC em crianças e adolescentes atendidas em um hospital de referência no sul do Brasil, durante uma década. O estudo motiva-se pela dificuldade em realizar o diagnóstico da TBEP, em especial a forma meníngea da doença na faixa pediátrica, devido aos sintomas inespecíficos, por vezes mimetizando outras doenças, e pela baixa sensibilidade nos testes diagnósticos empregados nesta faixa etária¹³.

MÉTODOS

Este é um estudo observacional e descritivo. Ademais, a presente pesquisa foi aprovada no CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da instituição, sob o número 56287822.2.0000.5361. A amostra constitui-se por pacientes atendidos com idade entre zero e quinze anos incompletos, de ambos os sexos, com diagnóstico de TBEP, CID A17 (Código Internacional de Doenças - TB de SNC), em hospital de referência no sul do Brasil. Os dados selecionados referem-se ao período de janeiro de 2011 a dezembro de 2021.

Consideraram-se as variáveis para descrição:

Dados demográficos: classificados em idade (neonatal - 0 a 28 dias de vida, lactente - 29 dias a 2 anos, pré-escolar - 2 a 6 anos e escolar - 6 a 12 anos); classificados conforme sexo (masculino ou feminino); classificados conforme cor/raça (branca, preta, parda, indígena ou amarela); classificados conforme nacionalidade e procedência categorizadas nas macrorregiões de saúde, conforme IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁴.

Condições socioeconômicas – número de moradores por domicílio; se possui residência própria e número de cômodos por domicílio.

Dados epidemiológicos – local do contágio, caso fonte, tempo de intervalo entre o início do tratamento do caso fonte, forma de apresentação da TB do caso fonte, se o caso fonte apresenta TB drogarresistente e realização da avaliação de outros contatos.

Diagnóstico – investigação laboratorial da doença; métodos diagnósticos realizados; realização de teste molecular (*Xpert* MTB/RIF®) e resultado.

Apresentação clínica – presença ou ausência dos seguintes sinais e sintomas

clínicos: febre, vômito, mal-estar, perda de peso, apatia, irritabilidade, meningismo, tosse, sudorese noturna, diminuição do nível de consciência, fontanela anterior abaulada, paralisia do nervo abducente e hemiplegia.

Tratamento – esquema terapêutico utilizado: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol; se fez uso de estreptomicina, moxifloxacino, levofloxacino ou capreomicina; tempo de tratamento; ocorrência de eventos adversos e quais; uso de TDO (tratamento diretamente observado).

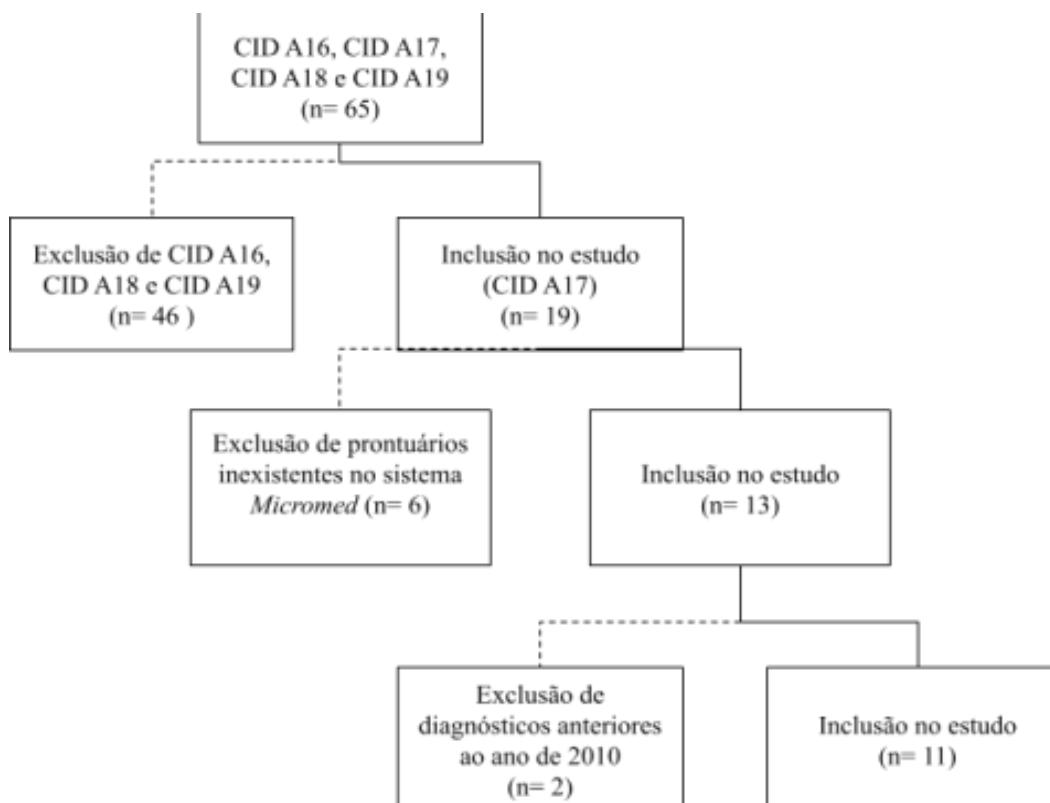
Encerramento do caso – cura, abandono ou óbito.

Os dados foram coletados via formulário, através da plataforma *Google Forms*, e tabulados conforme a ordem da coleta. Realizou-se a análise descritiva dos dados coletados.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 11 casos, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção de prontuários elegíveis para estudo.



Fonte: Os autores (2023)

Nota: CID: Código Internacional de Doenças; A16: Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica ou histológica; A17: Tuberculose do sistema nervoso; A18 Tuberculose de outros órgãos; A19: Tuberculose miliar

No presente estudo, a idade variou de zero a quinze anos, sendo que a faixa etária mais frequente foi de zero a dois anos (45,45%), e as demais faixas etárias estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Classificação conforme a faixa etária dos casos de TB de SNC em crianças e adolescentes, em hospital pediátrico do sul do Brasil, 2011-2022

Faixa etária	Frequência (%)
0 a 2 anos	45,45
3 a 5 anos	9,09
6 a 10 anos	18,18
11 a 15 anos	27,27

Fonte: Os autores (2023)

A maioria dos pacientes, num total de seis (54,55%), eram do sexo masculino, sendo que 45,45% residiam em área urbana. A forma isolada de TBEP foi a mais frequente em oito casos (72,73%), seguida pela forma associada à TB pulmonar, em três casos (27,27%). Os sintomas mais comuns foram febre persistente e vômito (ambos presentes em seis casos), seguidos por rigidez de nuca e inapetência (ambos presentes em três casos). Outros sintomas menos frequentes foram: sudorese noturna, cefaleia, irritabilidade, mialgia, prostração, sonolência, convulsão, delírio, hemiparesia à esquerda, crise tônico-clônica, turvação visual e cefaleia, que podem ser vistos na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência de sinais de sintomas presentes em pacientes com TB de SNC em crianças e adolescentes, em hospital pediátrico do sul do Brasil, 2011-2022

Sintoma	Frequência (%)	n
Febre persistente	54.5	6
Vômitos	54.5	6
Rigidez de nuca	27.3	3
Inapetência	27.3	3
Cefaleia	27.3	3
Sudorese noturna	18.2	2
Irritabilidade	18.2	2
Mialgia	9.1	1
Prostração	9.1	1
Sonolência	9.1	1
Convulsão	9.1	1
Delírio	9.1	1
Hemiparesia à esquerda	9.1	1
Crise tônico-clônica	9.1	1
Turvação visual	9.1	1
Agitação	9.1	1
Astenia	9.1	1
Tosse	9.1	1

Fonte: Os autores (2023)

A avaliação dos contatos foi realizada em três casos. Não houve descrição de realização de tratamento diretamente observado (TDO).

Os exames complementares, realizados pelos pacientes, incluíram TC de crânio, realizada em cinco casos; ressonância magnética de crânio, em dois casos; ultrassonografia de crânio, em um caso; e radiografia de tórax, em dois casos. Os achados mais frequentes foram a hidrocefalia comunicante e a lesão hipodensa, estando ambas as descrições presentes em dois prontuários, seguidos por hidrocefalia supratentorial, dilatação ventricular e dilatação hipertensiva, todas estas presentes em um caso. Um caso apresentou exame complementar normal.

A análise do líquido foi realizada em sete casos da amostra (63,64%), e demonstrou seis casos (85,71%) apresentando pleocitose, sendo quatro (57,14%)

com predomínio de leucócitos e dois (28,57%) com predomínio de linfomononucleares. A hipoglicorraquia foi observada em cinco amostras (71,43%), e a hiperproteínorraquia em quatro amostras (57,14%). Os valores absolutos da análise líquórica podem ser observados na Tabela 3. A bacterioscopia foi negativa em todos os casos.

Em três prontuários da amostra (27,27%) constavam resultados de culturas do LCR, todas sem crescimento do *M. tuberculosis*. Quatro casos (36,36%) não apresentavam informações referentes a análises de líquido.

Tabela 3. Análises de líquido dos casos de TB do SNC em crianças e adolescentes, em hospital de referência do sul do Brasil, 2011-2022

Líquor	Leucócitos (cells/mm ³ *)	Hemácias (cells/mm ³)	Neutrófilos (%)	Mononucleares (%)	Glicose (mg/dl**)	Proteínas (mg/dl)
1	290	2130	95	-	26	125
2	85	5	35	62	31	120
3	135	<1	10	90	13	162
4	250	-	33	65	30	300
5	26	-	-	-	-	-
6	32	-	100	-	33	44
7	177	-	-	55	34	95

Fonte: Os autores (2023)

Nota: * cells/mm³: células por milímetros cúbicos

**mg/dL: miligrama por decilitro

Em relação ao tratamento, este variou de acordo com o acometimento e a gravidade da TBEP. A duração do tratamento variou de nove a doze meses, utilizando, nesse período, esquema composto por rifampicina, isoniazida e pirazinamida, sendo que em um caso houve descrição de tempo indeterminado.

A hidrocefalia comunicante foi o achado mais comum nos exames de imagem, presente em duas amostras (18,18%), sendo uma complicação frequente e grave da meningite tuberculosa. Dois pacientes do estudo necessitaram de DVP.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes diagnosticados com TB do SNC pertenciam à faixa etária de zero a dois anos e, em sua maioria, eram do sexo masculino. Estudo descritivo e observacional (n = 126), realizado na cidade de São Paulo, descreveu o perfil epidemiológico de pacientes menores de 15 anos diagnosticados com TB de SNC, entre 1982 e 1983, demonstrando que 96 casos (76,2%) ocorreram em menores de cinco anos, sendo que 51 desses (53,1%) tinham menos de um ano de idade¹⁸. Dado que a TB de SNC afeta principalmente crianças de baixa idade, é fundamental um diagnóstico precoce, por se tratar de uma enfermidade de alta mortalidade e sequelas graves¹⁸⁻²⁰.

O presente estudo demonstrou que os sintomas mais frequentes foram febre persistente e vômito, em concordância com os achados de uma revisão sistemática publicada em 2013, na revista *Lancet Neurology*, que analisou artigos sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da TB do SNC em crianças e adultos¹³. A revisão evidenciou sintomas e sinais clínicos inespecíficos, como: tosse, febre, vômito, mal-estar e perda de peso. Além disso, sintomas neurológicos, como: apatia ou irritabilidade inicial, que progride para meningismo, hemiplegia e paralisia do nervo abducente. O achado também reforça os resultados de um estudo retrospectivo (n = 241) realizado nos Estados Unidos da América¹², na década de 1960, que relatou febre em 234 (97,5%) e vômito em 122 (51%) dos pacientes acometidos. Embora esses sintomas sejam inespecíficos, é importante estar atento à sua associação com sinais de apatia, anorexia e irritabilidade, que podem preceder períodos de torpor, evitando a progressão da doença e suas complicações^{13, 12}.

A análise bioquímica mostrou pleocitose, com predomínio de linfomononucleares, hipoglicorraquia e hiperproteiorraquia, como já demonstrado em estudos anteriores. Estudo descritivo retrospectivo (n = 62), realizado em 1996, observou pleocitose em todos os casos da amostra, com predomínio de linfócitos em sua maioria, hiperproteiorraquia e hipoglicorraquia em 62% dos casos, reafirmando o papel inflamatório da doença e reforçando a dificuldade no diagnóstico quando embasado em critérios isolados^{18, 22, 23}.

Na presente pesquisa, a hidrocefalia comunicante foi a complicação mais frequente observada na TC, em consonância com estudo de coorte retrospectivo na África do Sul (n = 554), que relatou hidrocefalia em 453 dos casos de meningite tuberculosa (82%), entre 1985 e 2005²⁵. A detecção dessas complicações é importante para avaliar a presença de hipertensão intracraniana e definir o tratamento

adequado, a exemplo de derivação ventrículo-peritoneal (DVP)²⁵. Em Salvador, BA, foi realizado um estudo descritivo e observacional com 62 pacientes, no qual se verificou baciloscopia positiva em apenas 6,3% da amostra¹⁸. Estudo prospectivo vietnamita¹⁷, entre 2000 e 2003 (n = 132), elencou fatores que influenciam a positividade do BAAR na amostra de líquido de pacientes adultos, mostrando BAAR com sensibilidade de 52%, quando o tempo médio para análise da amostra foi de 20 minutos, e a média do volume de líquido examinado foi de 4 mL. O achado de BAAR negativo, em todos os casos do presente estudo, reforça a necessidade de associar a epidemiologia, clínica e exames complementares para confirmar o diagnóstico e garantir a assistência adequada aos pacientes^{17,18}. Estudo de casos japoneses (n = 6), descrito na década de 1990, demonstrou que a reação em cadeia de polimerase (PCR) foi positiva em cinco casos (83,3%) das amostras de LCR de pacientes com suspeita clínica de TB do SNC²⁶. Entretanto, como o tempo médio para o crescimento do *M. tuberculosis*, em meio sólido, pode levar de duas a oito semanas e de quatro a 42 dias em meio líquido, é essencial associar a clínica dos pacientes e tecnologias que utilizem métodos de biologia molecular, como o TRM, para diminuir o atraso no início do tratamento²⁶.

O método *Xpert MTB/RIF*, um tipo de TRM, foi o principal meio de diagnóstico na amostra, apresentando positividade em um terço dos casos. Esse método é relatado como um recurso de alta sensibilidade (50 - 80%) e especificidade (> 95%) para a detecção microbiológica no líquido, conforme uma revisão de literatura realizada em 2019¹⁶. Portanto, é fundamental que os laboratórios de saúde pública e de referência disponham de equipamentos avançados e atualizados, capazes de realizar métodos moleculares e imunológicos. Além disso, é necessário que haja uma política de manutenção preventiva e corretiva desses equipamentos, bem como de capacitação dos profissionais envolvidos na realização dos exames, coordenada e financiada pelos gestores públicos do sistema de saúde, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições de ensino e pesquisa do setor¹⁶.

Os fatores duração dos sintomas e predomínio de linfócitos no LCR são fortes preditores diagnósticos, podendo ser utilizados como critério para início de terapia antituberculosa empírica, quando da ausência de BAAR na amostra ou enquanto aguarda-se o crescimento do *M. tuberculosis* em cultura. Embora todos os casos do presente estudo tenham completado o tratamento, é importante mencionar a contribuição de um estudo descritivo e observacional (n = 126) realizado na década de 1980¹⁹, na cidade de São Paulo, SP, que demonstrou que certos fatores – como

falta de apoio familiar, estigma social, longa duração do tratamento, efeitos adversos dos medicamentos e serviços de saúde precários – contribuem para o abandono do tratamento, levando, assim, à persistência da doença na atualidade. Também, cita-se o estudo qualitativo²⁷, realizado em Lima, Peru, em 2012, que, após análise temático-categorial, elencou fatores associados ao abandono, tais como: precárias condições socioeconômicas; baixos níveis de informação, devido à falta de educação em saúde; aspectos de biossegurança precários; medo do contágio; e dificuldade em controlar os efeitos adversos dos tuberculostáticos. Portanto, para reduzir a morbimortalidade pela doença, é necessário adotar uma abordagem psicossocial do cuidado e das lacunas de conhecimento, que valorize o atendimento humanizado, o compromisso social dos envolvidos, que promova a educação em saúde, o acompanhamento e o monitoramento da adesão terapêutica^{19, 17, 27}.

O tratamento da TB de SNC, no Brasil, segue as recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza o uso de quatro drogas antituberculose (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) na fase intensiva, com duração de dois meses, e duas drogas (isoniazida e rifampicina) na fase de manutenção, com duração de 10 meses. O tempo total do tratamento é de 12 meses, sendo que o etambutol é contraindicado para crianças menores de 10 anos, e é recomendado para a prevenção da emergência de bacilos resistentes nos esquemas para crianças e adolescentes acima de 10 anos. Recomenda-se associar o uso de corticoides, precocemente, para reduzir a inflamação, assim como fisioterapia motora, que contribui para minimizar as complicações neurológicas. Diante desse cenário, deve-se fortalecer a vigilância epidemiológica e o monitoramento dos casos de TB, especialmente das formas extrapulmonares e resistentes, além de fortalecer a estratégia do TDO, a fim de garantir a completude do tratamento¹⁵.

Foram encontrados dados escassos no que tange à vacina BCG, na presente pesquisa. Nesse sentido, é fundamental reforçar a divulgação, para a população, dos benefícios da vacina BCG, assim como dos riscos da TB de SNC, além de ampliar o acesso à vacina BCG nas unidades de saúde. Deve-se monitorar e avaliar periodicamente as coberturas vacinais no país e combater os movimentos antivacinas, que disseminam informações falsas e prejudicam a saúde coletiva no alcance das metas estabelecidas pelo PNI (Programa Nacional de Imunizações) e preconizadas pela Organização Mundial de Saúde¹⁵.

Controlar a TB, para diminuir a morbimortalidade no país, requer vacinação com BCG, diagnóstico precoce e tratamento supervisionado de todos os casos. Além disso, é preciso considerar as especificidades dos grupos vulneráveis à doença, como

pessoas institucionalizadas, pessoas em situação de rua, indígenas e pessoas que vivem com HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida), bem como a faixa etária pediátrica. As pessoas com TB do SNC têm direito a um tratamento gratuito e padronizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que visa à cura da doença. Além do SUS, que faz o diagnóstico, o tratamento e o monitoramento dos casos, as pessoas que adoecem por TB podem contar com o apoio do Sistema Único de Assistência Social e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que integram as políticas sociais e facilitam o acesso aos programas sociais pertinentes³.

O presente estudo encontrou limitações inerentes ao delineamento retrospectivo da pesquisa. Assim sendo, investigações adicionais são necessárias para melhor compreender e controlar essa doença. A realização de estudos de alta qualidade sobre esta temática é fundamental para controlar a doença, especialmente em populações vulneráveis.

CONCLUSÃO

A faixa etária mais acometida foi a de recém-nascidos e lactentes, com a maioria dos casos ocorrendo no sexo masculino, residentes de áreas urbanas. Os sintomas mais relatados foram febre persistente e vômito. As análises líquóricas demonstraram, principalmente, pleocitose, com predomínio de linfomononucleares, hipoglicorraquia e hiperproteínorraquia. Além da bacterioscopia negativa em todos os casos, também não houve crescimento do *M. tuberculosis* em meio de cultura. Quanto às investigações complementares, a TC de crânio foi o exame de imagem mais utilizado, tendo a hidrocefalia comunicante como achado frequente; dois casos necessitaram de DVP para tratamento da hidrocefalia. O tratamento variou de nove a doze meses e utilizou principalmente o esquema RHZ; não houve TDO. A avaliação dos contatos foi realizada em menos da metade da amostra. Não foram encontrados dados sobre a vacinação com a BCG na amostra analisada.

REFERÊNCIAS

1. Silva DR, Mello FCQ, Migliori GB, editors. Tuberculosis Series 2021 [Internet]. J Bras Pneumol. 2021 [citado 2023 Mai 8];47(2). Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/3513/pt-BR/serie-tuberculose-2021>

2. Bisaglia JB, Santussi WM, Guedes AG, Gomes AP, Oliveira PC, Siqueira-Batista R. Atualização terapêutica em tuberculose: principais efeitos adversos dos fármacos. *Bol. pneumol. sanit.* 2003;11(2):53-59. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S0103-460X2003000200008&script=sci_arttext&tlnq=en
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. Brasília; [s.n.]; 2022. [acesso em 2022 Ago 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_epidemiologico_tuberculose.pdf
4. WHO. Number of incident tuberculosis cases in children aged 0 - 14. The Global Health Observatory; 2022 [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-incident-tuberculosis-cases-in-children-aged-0—14>
5. BOLETIM Barriga Verde. Tuberculose. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/Tuberculose/BBV-tuberculose-2022.pdf> . Acesso em: 22 maio 2023.
6. Gopalaswamy, R., Dusthacker, V. A., Kannayan, S., Subbian, S. Extrapulmonary tuberculosis—an update on the diagnosis, treatment and drug resistance. *Journal of Respiration.* 2021;1(2):141-164. Available from: <https://www.mdpi.com/2673-527X/1/2/15> . Acesso em: 8 agosto 2022.
7. Santiago-García B, Blázquez-Gamero D, Baquero-Artigao F, et al. Pediatric extrapulmonary tuberculosis: clinical spectrum, risk factors and diagnostic challenges in a low prevalence region. *Pediatr Infect Dis J.* 2016;35(11):1175-1181.
8. Ministério da Saúde (BR). Situação epidemiológica. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite/situacao-epidemiologica> . Accessed 30 Oct 2022.
9. Família SBIM. Meningite tuberculosa. Available from: <https://familia.sbim.org.br/doencas/meningite-tuberculosa> . Accessed 30 Oct 2022.
10. Agência Brasil. Em queda há 5 anos, coberturas vacinais preocupam Ministério da Saúde [Internet]. 2020 Oct 8 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/em-queda-ha-5-anos-coberturas-vaciniais-preocupam-ministerio-da-saude>
11. Armand-Delille PF, Dejerine J. Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux: (étude expérimentale et anatomo-pathologique). Paris: G. Steinheil; 1903.
12. Lincoln EM, Sordillo VR, Davies PA. Tuberculous meningitis in children: a review of 167 untreated and partially treated cases. *J Pediatr.* 1960 Dec;57(6):807-23.
13. Thwaites GE, van Toorn R, Schoeman J. Tuberculous meningitis: more questions, still too few answers. *Lancet Neurol.* 2013 Oct;12(10):999-1010.
14. Rock RB, Olin M, Baker CA, Molitor TW, Peterson PK. Pathogenesis of central nervous system tuberculosis. *Curr Mol Med.* 2009;9(2):94-99.
15. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Available from:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf . Accessed 30 Oct 2022.

16. Davis AG, Rohlwick UK, Proust A, Figaji AA, Wilkinson RJ. The diagnosis and pathophysiology of tuberculous meningitis. *J Leukoc Biol.* 2019;105(2):267-80.
17. Thwaites GE et al. Improving the bacteriological diagnosis of tuberculous meningitis. *J Clin Microbiol.* 2004;42(1):378-9.
18. Nunes C, Gomes I, Tavares A, Melo A. Características clínicas e laboratoriais de 62 casos de meningoencefalite tuberculosa. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1996;54(2):202-8.
19. Nardy SMC, Brólio R, Belluomini M. Aspectos epidemiológicos da meningite tuberculosa em menores de 15 anos de idade, na Grande São Paulo, Brasil, 1982-1983. *Rev Saúde Pública.* 1989;23(2):117-27.
20. Singhi P, Jain V, Gupta G, et al. Central nervous system tuberculosis in children: 1. Clinical profile and outcome. *Indian Pediatr.* 2006;43(5):437-45.
21. Walusinski O. History of meningitis. *Handb Clin Neurol.* 2020;167:3-15.
22. Deeny JE, Walker MJ, Kibel MA, Molteno CD, Arens LJ. Tuberculous meningitis in children in the Western Cape. *Epidemiology and outcome. S Afr Med J.* 1985 Jul 20;68(2):75-8.
23. Kalita J, Misra UK, Nair PP. Sequential computerized axial tomography in tuberculous meningitis. *Neurol India.* 2001;49(4):341-7.
24. Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias 2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. [mapa]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15761-divisao-regional-do-brasil.html?=&t=o-que-e> . Acesso em: 30 out 2022
25. Van Well GTJ, Paes BF, Terwee CB, Springer P, Roord JJ, Donald PR, et al. Twenty years of pediatric tuberculous meningitis: a retrospective cohort study in the Western Cape of South Africa. *Pediatrics.* 2009;123(1):e1-8. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1353>
26. Kaneko K, Onodera O, Miyatake T, Tsuji S. Rapid diagnosis of tuberculous meningitis by polymerase chain reaction. *Neurology.* 1990;40(10):1617-8.
27. Chirinos NEC, Hörner SBM, Silva ABSB, Santos GCF. Representações sociais do abandono do tratamento da tuberculose: estudo com profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem Referência.* 2017;4(15):117-24.

RECEBIDO: 28/07/2023
APROVADO: 25/04/2024

Implicações da pandemia de COVID-19 na valorização profissional, na saúde mental e nas relações familiares de profissionais da saúde

Implications of the COVID-19 pandemic on professional valuation, mental health and family relationships of health professionals

Jéssica Luana Nedel¹, Eliane Fraga da Silveira², Aline Groff Vivian³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0202-2310>. Médica da Estratégia de Saúde da Família. Mestranda em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade. Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Canoas, RS, Brasil.

E-mail: jessica.nedel@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0992-5136>. Professora universitária. Doutora em Biologia Animal, Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGProSaúde) da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Canoas, RS, Brasil

Email: eliane.silveira@ulbra.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2628-629X>. Psicóloga e professora universitária do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGProSaúde) da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Canoas, RS, Brasil

E-mail: aline.viva@ulbra.br

RESUMO

COVID-19 é uma doença respiratória causada pelo vírus SARS-CoV-2, sua disseminação impactou profissional, financeira e psicossocialmente os profissionais da saúde. Este estudo buscou compreender a autopercepção de valorização profissional, analisar as implicações da pandemia nas relações familiares e quais as estratégias para promover a saúde mental no trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuaram no enfrentamento à pandemia, na atenção primária à saúde (APS), em município no interior do Rio Grande do Sul (RS). Aplicou-se uma entrevista sobre as vivências profissionais e familiares em dez

participantes, sete do sexo feminino e três do masculino, com faixa etária entre 31 e 55 anos. A maioria não tinha conhecimento sobre estratégias para preservar a saúde mental no trabalho. Os resultados possibilitaram compreender as repercussões da pandemia nas relações familiares e na atuação profissional. Eles foram paradoxais, marcados por aspectos benéficos e prejudiciais. Sugere-se novas pesquisas pós-pandemia.

DESCRITORES: COVID-19. Pessoal de Saúde. Relações Familiares.

ABSTRACT

COVID-19 is a respiratory disease caused by the SARS-CoV-2 virus, whose spread has impacted healthcare professionals in their professional, financial, and psychosocial dimensions. This study sought to understand self-perception of professional valuation, analyze the implications of the pandemic on family relationships, and the strategies available to promote mental health at work. This was a qualitative research with nurses and nursing technicians working on the front line of the pandemic in primary health care (PHC), in a municipality in the interior of the state of Rio Grande do Sul (RS). An interview about professional and family experiences was carried out with ten participants, seven women and three men aged between 31 and 55 years. The majority were unaware of strategies to preserve mental health at work. The findings revealed the repercussions of the pandemic on family relationships and professional performance, which were paradoxical and marked by beneficial and harmful aspects. New post-pandemic research is suggested.

DESCRIPTORS: COVID-19. Health Personnel. Family Relations.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A doença do Coronavírus, denominada COVID-19 é uma enfermidade respiratória causada pelo vírus SARS-CoV-2. Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a monitorar um aumento de casos de pneumonia com causa desconhecida na cidade de Wuhan, na China. Em janeiro de 2020, as autoridades chinesas informaram que a causa era um novo tipo de coronavírus.

Em 2020, a OMS declarou que o surto da doença causada por esse vírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em março do mesmo ano, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.

O vírus da COVID-19 tem alto índice de transmissibilidade, e pessoas infectadas podem permanecer assintomáticas, transmitindo-o para outras pessoas¹. Acomete, em suas formas mais graves, idosos e portadores de comorbidades, notadamente as doenças dos aparelhos cardiovascular e respiratório, diabetes, hipertensão e imunodeprimidos². A letalidade variou de acordo com as políticas de confirmação de casos adotadas em cada país, incluindo a realização de testes de confirmação laboratorial³.

A rápida disseminação da pandemia de COVID-19 na América Latina impactou a vida profissional, financeira e psicossocial dos profissionais da saúde. Estes atuaram nos serviços de referência para pacientes com COVID-19 e foram muito expostos ao contato com o coronavírus. Logo, isso interferiu no processo de trabalho e, também, na vida pessoal e familiar desses profissionais, devido ao medo e à apreensão, sobretudo em relação ao risco de contrair o vírus e de contaminar suas famílias⁴.

No Rio Grande do Sul (RS), conforme dados de janeiro de 2023, havia um total de 2.931.576 casos confirmados de COVID-19⁵. Em Giruá, município onde foi desenvolvida esta pesquisa, que conta com uma população de 15.971 habitantes, conforme o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022. Um total de 4.548 casos de COVID-19 foram confirmados. Destes, 50 foram a óbito, conforme dados da prefeitura do município, de julho de 2022⁶.

Estudo transversal e quantitativo, realizado com 26 profissionais de saúde, dentre eles técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, do município no mesmo cenário, investigou a influência da pandemia na qualidade de vida no trabalho. Os participantes responderam ao Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ-78). Os profissionais de saúde apresentaram, por domínio, e no geral, qualidade de vida considerada satisfatória no trabalho. A média de idade desses profissionais foi de 44,4 anos (+/- 10,5 anos), a maioria era do sexo feminino, com companheiro e brancos. Dentre os trabalhadores, o maior número apresentou vínculo de trabalho permanente com carga horária de 40 horas semanais. Entre os participantes, a grande parte residia no município onde trabalhava. Este estudo indicou que os profissionais de saúde do município de Giruá apresentaram QVT satisfatória no cenário de pandemia no interior do Estado²³.

No cenário da pandemia, era razoável afirmar que a combinação de sofrimento psicossocial e privação, ligados a incertezas financeiras, associaram-se ao desenvolvimento de sintomas psicológicos. Isso como consequência da exposição aguda ao estresse e pelo desconhecimento da doença, relacionado também ao estado de se sentir emocionalmente sobrecarregado, ansioso e exausto, principalmente por causa do isolamento social causado pela COVID-19, e devido à incerteza de quanto tempo levaria para a vida "voltar ao normal".

Diante da importância do trabalho realizado pelos profissionais da saúde para a população, justifica-se a necessidade de se conhecer a percepção de valorização profissional, o impacto da pandemia nas relações familiares, e de analisar as políticas de apoio ao profissional da saúde para a preservação da saúde mental no trabalho. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção de valorização profissional, analisar as implicações da pandemia nas relações familiares e verificar quais foram as estratégias usadas para promover a saúde mental no trabalho.

MÉTODO

O estudo foi realizado com os profissionais da área da saúde que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que atuaram no enfrentamento à pandemia de COVID-19, no município de Giruá/RS. Participaram 10 profissionais

da área da saúde, sendo três enfermeiros e sete técnicos em enfermagem convidados por acessibilidade. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, cuja coleta de dados se deu no mês de junho a setembro de 2022. A pesquisa fez parte da dissertação de mestrado que também investigou a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, nesse mesmo contexto.

Após uma explanação sobre os objetivos do estudo aos participantes e aceite mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi preenchida uma ficha de dados sociodemográficos para caracterizar idade, escolaridade, estado civil e profissão dos participantes. Além disso, foi realizada uma entrevista semiestruturada, com 15 perguntas abertas sobre ambiente de trabalho e valorização profissional, relação com colegas e família, alterações de sono, apetite e humor, cuidados para preservar a saúde mental ou apoio profissional, e se havia políticas voltadas à saúde mental no município. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas, posteriormente transcritas na íntegra, sem correções linguísticas e submetidas à análise de conteúdo qualitativa de Bardin⁸.

Os resultados das entrevistas foram analisados em três etapas, por pesquisadoras previamente treinadas. A primeira etapa consistiu na pré-análise, em que os relatos dos profissionais da saúde foram organizados, a fim de responder o objetivo geral da pesquisa e elucidar a interpretação final do estudo⁸. A segunda etapa consistiu na exploração do material, em que o texto foi verificado de forma sistemática, de acordo com as categorias definidas na primeira etapa. Na terceira, os dados coletados foram submetidos à análise compreensiva para interpretar as informações obtidas que foram discutidas à luz da literatura. Por fim, os resultados foram categorizados de acordo com os objetivos e a revisão de estudos acerca da temática do estudo.

As coletas foram realizadas pela pesquisadora, que é médica em Giruá/RS, onde há cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS). As entrevistas se deram no ambiente de trabalho, em sala privativa. A coleta foi realizada entre junho e setembro de 2022, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) em Canoas/RS, sob parecer nº 5.434.482, e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) nº 54826122.6.0000.5349.

Desse modo, ficou assegurado aos participantes da pesquisa o anonimato e

o direito da recusa na participação, livres de qualquer dano, exposição ou constrangimento. O estudo foi conduzido respeitando os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que aborda as exigências éticas e científicas fundamentais dos estudos envolvendo seres humanos, referenciais da bioética, buscando assegurar os direitos e os deveres do participante. Os materiais produzidos pela pesquisa ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, durante cinco anos ou até que se esgotem as análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas entrevistas com 10 profissionais da área da saúde, entre eles técnicos em enfermagem e enfermeiras, os quais trabalham na APS e atuaram na pandemia de COVID-19. Com relação aos participantes, sete eram técnicos em enfermagem, sendo cinco do sexo feminino; e três eram enfermeiras, as quais possuíam pós-graduação. Em relação à escolaridade dos técnicos em enfermagem, variou entre Superior incompleto (3) e Médio completo (4). A faixa etária foi de 31 anos a 55 anos de idade, a maioria era casada (3) ou com união estável (4) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos profissionais da área da saúde, que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde de Giruá, noroeste do RS.

Profissional	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Estado Civil
P1	33	F	Superior incompleto	TE	União estável
P2	39	M	Médio completo	TE	Solteiro
P3	42	F	Superior completo	TE	Casada
P4	48	F	Médio completo	TE	União estável
P5	55	F	Médio completo	TE	Casada
P6	31	F	Pós-graduação	ENF	União Estável
P7	54	M	Superior incompleto	TE	Divorciado
P8	41	F	Pós-graduação	ENF	Casada
P9	54	M	Médio completo	TE	União estável
P10	46	F	Pós-graduação	ENF	Casada

Legenda: TE= Técnico de Enfermagem; ENF= Enfermeiro
Fonte: elaborado pelas autoras (2023).

A seguir, apresenta-se os dados analisados em três categorias: as impressões acerca das estratégias para promover a saúde mental no trabalho; a repercussão da pandemia nas relações familiares; e a valorização profissional percebida.

Impressões dos Profissionais sobre as Estratégias de Apoio

As percepções sobre o apoio à saúde mental, recebido pelos profissionais, foram apresentadas nessa categoria. Os relatos dos profissionais entrevistados, mais evidentes entre os técnicos em enfermagem, revelaram que a maioria não tinha conhecimento sobre políticas voltadas para preservar a saúde mental no trabalho, no município onde atuam. Ademais, quase todos os entrevistados citaram a importância de ter um acompanhamento psicológico disponível.

- *Ter um acompanhamento com um psicólogo - não necessariamente que você precise, mas para ter.* (P2, técnico em enfermagem, 39 anos).
- *Dinâmicas no trabalho, de equipe, psicólogo [...].* (P1, técnica em enfermagem, 33 anos).
- *Alguma coisa para motivar sempre é bom. Aqui no município não sei nada que eles façam.* (P3, técnica em enfermagem, 42 anos).
- *Eu acho que poderia ter uma psicóloga, é bom para ti conversar, podia até conversar com todos.* (P4, técnica em enfermagem, 48 anos).
- *Nem que fosse esporadicamente, um trabalho em grupo, atividade física, confraternização, ou de tempos em tempos uma avaliação com psicólogo.* (P5, técnica em enfermagem, 55 anos).

O setor público do município onde aconteceu a pesquisa disponibilizava atendimento prioritário tanto psiquiátrico, quanto psicológico aos trabalhadores. Percebeu-se que grande parte dos participantes não sabia da disponibilidade dessas consultas e não buscou auxílio profissional em saúde mental, embora considerassem importante receber suporte emocional.

- *Teria que ter apoio nesse sentido, de psicólogo disponível, porque isso eu acho que não tem do meu ponto de vista, às vezes tem, mas a demanda é grande e acaba não sobrando para nós.* (P9, técnico em enfermagem, 54 anos).
- *Algum grupo de apoio com algum profissional capacitado, um psicólogo, até um terapeuta ocupacional, uma coisa que colocasse um tempo para nós conseguirmos expor alguma angústia, alguma coisa que não estava legal. Seria bem importante, algum período, algum*

grupo, ou, enfim, algum profissional disponível que possa nos escutar no momento de algum problema, que precisa desabafar também. (P10, enfermeira, 46 anos).

Os resultados encontrados corroboram dados relativos aos impactos do coronavírus no trabalho dos profissionais de Saúde Pública, da Fundação Getúlio Vargas FGV), já que 78% dos profissionais entrevistados não identificaram ações positivas de proteção e suporte por parte do Governo Federal⁹. Essa pesquisa que avaliou relatos dos profissionais da saúde que atuaram na linha de frente igualmente encontrou uma sensação de desamparo tanto de profissionais quanto de estudantes da saúde¹⁰. Esses achados vão ao encontro deste estudo, uma vez que os profissionais participantes não sentiram que o município onde trabalham ofereceu suporte emocional.

Com relação às estratégias de apoio à saúde mental, pesquisadores, ao estudarem um Hospital Universitário Regional no Paraná, sugeriram que profissionais da saúde busquem métodos de enfrentamento como apoio psicológico especializado, atendimento telefônico que proporcione uma escuta diferenciada e sigilosa. Além dessas intervenções reconhecidas por seus benefícios, há práticas integrativas complementares e exercícios de relaxamento que são recomendados, além da busca por serviços públicos disponíveis, de modo a melhorar as condições de trabalho e as saúdes física e mental¹¹.

Esses dados¹¹ diferem dos encontrados neste estudo, já que os profissionais da saúde não tinham conhecimento de políticas de apoio para preservar sua saúde mental, uma vez que o município não as oferecia. Outro estudo que abordou a necessidade de sensibilização de gestores e demais profissionais responsáveis pela elaboração de estratégias de prevenção, tais como palestras sobre os transtornos mentais comuns decorrentes do trabalho, rodas de conversa para discutir os problemas do ambiente de trabalho e atividades complementares integrativas que visem acolher os profissionais.

Ademais, é importante o diagnóstico ou rastreio dos transtornos mentais, a partir do uso de instrumentos validados; a facilidade no acesso ao atendimento clínico e/ou especializado em saúde mental; e o tratamento com garantia de um acompanhamento pelo tempo necessário, que atenda às necessidades do trabalhador da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Ter a oferta de tratamento farmacológico, quando necessário, além de tratamentos

não farmacológicos, o atendimento psicológico e práticas alternativas e complementares auxiliam no acolhimento do sofrimento desse trabalhador¹².

Os resultados deste estudo¹² vão de encontro ao resultado da presente pesquisa, pois os profissionais referiram não ter conhecimento sobre estratégias para preservar a saúde mental desenvolvida no local onde trabalham. Assim como indicaram que poderiam ter atendimento psicológico disponível, mas como a demanda era grande, não haveria espaço para os profissionais da saúde. Assim, houve iniciativas para dar suporte a quem trabalhava no enfrentamento à pandemia, e que sentiu necessidade de apoio psicológico. Contudo, em pesquisa realizada com profissionais do mesmo município, acerca de sua qualidade de vida no trabalho, os achados apontaram para níveis satisfatórios nos participantes do estudo²³.

No Brasil, o cuidado em saúde mental dos profissionais foi estruturado por meio das secretarias municipais e estaduais da saúde, com apoio das universidades públicas e centros de pesquisa, que forneceram subsídios teóricos baseados em evidências científicas produzidas em outros países. Desse modo, foram propostos planos de contingência para a atenção psicossocial e a promoção da saúde mental dos trabalhadores da saúde em vários estados, assim como iniciativas de associações profissionais da área de saúde mental¹³.

No presente estudo, os profissionais referiram não ter conhecimento sobre atividades desenvolvidas no seu ambiente de trabalho para motivá-los, e a maioria citou sentir necessidade de acompanhamento psicológico. Torna-se importante que estratégias para melhorar e preservar a saúde mental desses profissionais sejam levadas em consideração e difundidas pelos gestores municipais, como também que haja verba disponibilizada pelo governo federal e estadual, para que as estratégias possam ser colocadas em prática. Assim, ações desenvolvidas podem incluir o acolhimento e o atendimento à crise, com intervenção psicossocial, bem como garantir um conjunto de ações de caráter preventivo, no sentido de diminuir as probabilidades de eles sofrerem prejuízos psicossociais em médio prazo e, especialmente, ações que promovam ambientes protegidos e favoráveis à sua saúde mental¹³.

A estratégia de suporte aos trabalhadores que se encontravam na linha de frente foi a proposta de ações de Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), mediante serviços de suporte psicológico, presencial ou *online*, para uma primeira escuta das

necessidades de atenção psicológica¹³. Grande parte dos cuidados de saúde mental necessários podem ser fornecidos por meio de serviços de telemedicina, incluindo chamadas de vídeo com profissionais de saúde mental, aplicativos móveis, recursos *online* e suporte virtual por pares. Esses serviços requerem o treinamento de psicólogos, psiquiatras e outros profissionais para atendimento, assim como a disponibilização de infraestrutura com telefones e dispositivos para interação, em um local seguro e privativo.

Com relação ao número de entrevistados que realizam acompanhamento com profissional da saúde mental, nove disseram que não realizavam e que não possuíam diagnóstico de doença mental, que poderia ter sido agravada durante a pandemia. Desse modo, somente uma profissional da saúde referiu ter acompanhamento com psiquiatra, devido a diagnóstico prévio à pandemia de COVID-19 de ansiedade e insônia, e diz que sentiu que a pandemia os agravou.

- *Eu sofro muito de ansiedade e problemas de insônia. Nesse momento eu estou em tratamento medicamentoso. E foi difícil, porque durante a pandemia, como a gente não tinha tempo nem de pensar na gente, muita coisa ficou parada. A gente olhava para os outros e não olhava para nós. Então, desde o mês de fevereiro que eu voltei para o acompanhamento, está sendo bom, estou conseguindo, mas não foi um período fácil. Passou toda aquela loucura do dia a dia do COVID, e a coisa começou a se acalmar e daí começou a vir os problemas pessoais (P10, enfermeira, 46 anos).*

Outros quatro profissionais mencionaram que, no passado, já precisaram realizar acompanhamento, um por depressão, outro por dependência química, outro após o divórcio dos pais, e outro durante a adolescência. Quando questionados sobre sentir necessidade de realizar acompanhamento com profissional da saúde mental atualmente, cinco consideraram que era importante. Sendo assim, alguns lembraram um período anterior em que receberam suporte profissional ligado à saúde mental, por questões ligadas a diferentes circunstâncias de suas vidas.

- *Tive depressão por motivo particular há muitos anos atrás, quando o pai do meu filho me deixou, porque eu acreditava que tudo que estivesse ao meu alcance eu estava fazendo (P5, técnica em enfermagem, 55 anos).*

- *Precisei sim. Faz mais de 4 anos. Eu tive um problema de dependência química, e daí por isso que eu precisei. Daí eu consegui reverter e não fui mais (P9, técnico em enfermagem, 54 anos).*

- *Uma vez, sim, já realizei há uns 15 anos atrás mais ou menos, quando meus pais se separaram (P6; enfermeira, 31 anos).*

- *Há muito tempo atrás, na adolescência eu acho, é eu tive acompanhamento (P7, técnico em enfermagem, 54 anos).*

Em estudo que avaliou depressão e ansiedade nos profissionais da saúde, do total de participantes, 64,7% apresentaram sintomas de depressão, 51,6% ansiedade e 41,2% estresse¹⁴. Uma pesquisa que apresentou a análise de médicos de família que foram infectados com o COVID-19 e começaram a trabalhar novamente, revelou que eles experimentaram altos níveis de ansiedade no trabalho. Além disso, devido ao medo de serem reinfectados, as relações sociais com os colegas diminuiriam¹⁵. A pesquisa que abordou maior atenção o trabalhador de saúde, em aspectos que concernem à sua saúde mental, relatou aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectar ou transmitir a infecção aos membros da família¹². Esses dados não corroboram os achados desta pesquisa, já que somente uma profissional da saúde referiu ter diagnóstico de ansiedade, contudo, cinco consideraram ser importante ter acompanhamento psicológico. O estudo em questão avaliou a percepção de saúde mental, logo, o fato de os indivíduos não possuírem diagnóstico de doença mental, não significa que os mesmos não sejam portadores de algum sofrimento psíquico.

Um artigo que avaliou a saúde mental de 476 enfermeiros de um hospital regional, revelou que a prevalência de ansiedade entre os profissionais de enfermagem foi de 48,9%, enquanto a depressão foi de 25%, sendo que a maioria da amostra foi composta por mulheres¹¹. Metade dos trabalhadores atuantes em unidades de saúde apresentava algum grau de depressão, ansiedade ou estresse, seja leve, moderado ou severo, em estudo que avaliou a percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde⁹.

Os estudos revisados estão em desacordo com esta pesquisa, haja vista que apenas uma entrevistada mencionou realizar acompanhamento psiquiátrico, devido a diagnóstico de ansiedade e insônia. A espiritualidade também foi um fator de proteção apontado por duas das participantes.

- *Eu sou evangélica, sou uma pessoa de muita fé, e eu acho que*

isso me ajudou, sempre. (P3, técnica em enfermagem, 42 anos).

- *Eu orei bastante para que eu tivesse uma orientação espiritual para conseguir desempenhar bem a função. (P5, técnica em enfermagem, 55 anos).*

Estudiosos observaram que a espiritualidade/religiosidade auxiliou os profissionais a vivenciarem e a enfrentarem momentos considerados difíceis durante a pandemia de COVID-19⁴, indo ao encontro dos relatos deste estudo.

Relações familiares e as repercussões da pandemia

No tocante a relações familiares, muitos entrevistados indicaram apresentar boas relações familiares, não aprofundando detalhes acerca dos aspectos emocionais envolvendo esse contexto.

- *Estão boas. (P1, técnica em enfermagem, 33 anos).*
- *Estão bem. (P2, técnico em enfermagem, 39 anos).*
- *Bem, bem, super bem. (P3, técnica em enfermagem, 42 anos).*
- *Minhas relações familiares estão muito boas. (P6, enfermeira, 31 anos).*

Apenas uma das entrevistadas relatou ser a pessoa da família que mais apresentava queixas ou reclamações.

- *Em casa todos estão bem. A que reclama de tudo sou eu, a mais briguenta, mas lá não dá brigas ou discussões. (P4, técnica em enfermagem, 48 anos).*

Nesse mesmo sentido, uma entrevistada alegou que a pandemia de COVID-19 afetou suas relações com a família.

- *Trabalhava mais e quando ia para casa, ia extremamente estressada, não tinha muito tempo para a família, o pouco tempo que tinha conversava muito pouco. Então eu acho que afetou sim, mas que foi superado. (P10, enfermeira, 46 anos).*

Um participante referiu ter uma péssima relação com a família, porém, isso era algo que já acontecia antes do período da pandemia, mas, esta fez com que ele se afastasse de seus familiares.

- *É péssimo. Eu evitava contato mesmo porque, com os familiares, por causa do meu próprio serviço. Até familiares meus não fui bastante, fiquei tempo sem ir até no pai, não visitava, só telefone que a gente se comunicava por causa do meu serviço. (P9, técnico em enfermagem, 54 anos).*

Em estudo no mesmo contexto pandêmico, foi possível perceber que, no cotidiano das famílias, aumentaram os cuidados para evitar a contaminação do ambiente domiciliar e a possível infecção dos familiares. Além disso, alguns entrevistados relataram que foi preciso deixar de visitar familiares mais idosos, o que repercutiu no convívio social⁴.

Os efeitos sobre a saúde mental de pessoas que conviviam/coabitavam com profissionais de saúde da linha de frente podem ter sido potencializados, pois é provável que o medo da contaminação seja mais perceptível, diante do contato rotineiro com familiares (que eram profissionais de saúde) e com pacientes com suspeita e/ou confirmação de COVID-19. Inclusive, conforme a literatura, alguns profissionais relataram que sofreram rejeição social e até discriminação por parte de amigos e familiares⁴. Ao mesmo tempo, durante a pandemia de COVID-19, surgiu a preocupação em contaminar os familiares.

- *A minha relação com a família estava bem tranquila, só um pouco assim de preocupação de, de repente, levar daqui para lá o Covid. (P7, técnico em enfermagem, 54 anos).*

Foi, da mesma forma, um período em que a proximidade com familiares foi intensificada.

- *Muito bem. Durante a pandemia foi uma época que eu me aproximei muito das minhas filhas. (P8, enfermeira, 41 anos).*

Nesse sentido, dado o risco aumentado de contaminação pela COVID-19 pelos profissionais de saúde e a consequente transmissão do vírus a seus familiares e colegas, ou ainda para a comunidade em que viviam, foi muito importante a adoção de estratégias para lidar com a situação no convívio familiar, como o distanciamento físico dos familiares, o qual foi reportado por 45,9% dos participantes do estudo¹⁶.

Desse modo, os profissionais adotaram medidas de prevenção contra o vírus, evitando serem disseminadores dessa doença para seus familiares, por meio de

medidas simples como a higiene apropriada e o uso de máscaras, e pelo isolamento¹⁶. Os resultados de um estudo realizado, que analisou as experiências dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia do coronavírus, com aproximadamente 1.036 profissionais de saúde, indicaram que 97,7% acreditavam que deveriam prevenir a infecção entre os profissionais de saúde e proporcionar segurança aos familiares¹⁷.

Profissionais de saúde americanos, que participaram de *survey*, realizada nos Estados Unidos da América (EUA), para avaliar os fatores que contribuíram para a infecção por COVID-19 e para o sofrimento psicológico durante a pandemia, relataram que a maioria dos trabalhadores de saúde adotou precauções para proteger os indivíduos com quem viviam, incluindo todas as precauções necessárias em casa (56,96%), mudar para uma residência diferente, temporariamente (12,09%), ou enviar os coabitantes para outra habitação (7,27%)¹⁸.

Assim, evidencia-se que o medo da contaminação e da consequente transmissão do vírus para colegas, familiares e comunidade pode estar associado à adoção de medidas de prevenção pelos profissionais no convívio familiar. Uma pesquisa feita na França, com o intuito de apresentar informações atualizadas sobre os potenciais riscos para a saúde mental associados à exposição de profissionais de saúde à pandemia de COVID-19, indicou a mudança nos cotidianos social e familiar, somada a preocupações com sua própria saúde, medo de levar a infecção para membros da família ou outros, a possibilidade de isolamento social, sentimentos de incerteza e estigmatização social, além da sobrecarga de trabalho¹⁹.

Autopercepção de valorização profissional

Ao ser investigada a percepção sobre a valorização no ambiente de trabalho, quatro entrevistados alegaram se sentirem valorizados.

- *Eu vejo que sou valorizada. (P5, técnico em enfermagem, 55 anos).*
- *Eu acho que o meu trabalho era valorizado porque a equipe toda, eu estava chegando e a equipe toda me acolheu, então me senti bem. (P7, técnico em enfermagem, 54 anos).*
- *Eu acho que a gente é muito bem valorizado, falando nos colegas, tudo, não vejo desvalorização da enfermagem aqui. (P8, enfermeira, 41 anos).*

- *Eu acho que sim. Eu acho que a gente foi muito reconhecida pelos gestores e pela população em geral também. Fomos bem valorizados. (P10, enfermeira, 46 anos).*

Diferentemente dos depoimentos anteriores, outros quatro participantes não se sentiram valorizados no ambiente de trabalho.

- *Eu sinto que eu não sou muito valorizada não, pelos colegas. Eu fico mais afastada, porque eu me sinto assim, mas excluída. (P4, técnica em enfermagem, 48 anos).*
- *Não me sinto assim valorizada, agora mudou bastante eu entrei não faz muito tempo me conheceram, talvez porque não tiveram contato comigo anteriormente não me conheciam, mas a gente sente às vezes desvalorizada. (P6, enfermeira, 31 anos).*
- *Pelo financeiro, é muito mal valorizado. Eu também acho que não é. Porque se tu faz bem certinho, porque na minha área tu faz ou não faz, o salário não muda, e o que não faz ganha a mesma coisa que eu. Não é valorizado, até às vezes pela equipe. (P9, técnico em enfermagem, 54 anos).*

Uma análise desenvolvida na Bahia, indicou que a desvalorização do trabalho da enfermagem, era caracterizada por baixa remuneração e substituição de enfermeiras por profissionais sem qualificação adequada, motivada, principalmente, por interesses mercadológicos, existência de contingente de reserva de enfermeiros e incipiente organização política da categoria. Destaca-se que a desvalorização é multifatorial e envolve também a sobrecarga de trabalho. Desse modo, a regulamentação da jornada de trabalho e determinação de piso salarial estão configurados como possibilidade de proteção da força de trabalho das enfermeiras²⁰.

Assim, em relação à valorização, as respostas variaram entre sentir-se valorizado, ou não, do ponto de vista de equipe, de remuneração, de gestores, e da população.

- *Ai, ai...Média. Na parte que tinham que escutar mais os profissionais da saúde, ter um acolhimento, tipo um profissional na parte de psicologia para acompanhar nós, porque dois anos trabalhando no COVID, tu recebendo notícia triste. (P1, técnica em enfermagem, 33 anos).*
- *Acho que sou valorizado mais ou menos. (P2, técnico em enfermagem, 39 anos).*

- *Eu acho que a gente faz o trabalho com prazer, mas nem sempre é reconhecido. Porque tu não tem apoio, tu não conta com nenhum apoio para poder trabalhar melhor. (P3, técnica em enfermagem, 42 anos).*

Uma pesquisa realizada em hospitais no interior do Paraná, apontou que condições laborais inapropriadas e inadequadas relações no trabalho se associam à insatisfação laboral de profissionais de enfermagem que atuam em unidades críticas como centro cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pronto-socorro²¹. Ainda com relação à satisfação no trabalho, os resultados encontrados revelaram níveis elevados de insatisfação em relação ao ambiente físico do trabalho (61,54%) e razoavelmente elevados para a insatisfação em relação às relações hierárquicas (40,38%)²².

Cabe destacar que especificamente no que se refere à qualidade de vida no trabalho, esses mesmos profissionais apresentaram índices satisfatórios, considerando-se a relação com fatores sociodemográficos, ambiente de trabalho, estado emocional e atividade profissional. Sendo assim, nestes mesmos participantes da cidade interiorana, a satisfação no trabalho esteve ligada à qualidade de vida²³.

Em detrimento dos achados aqui arrolados, como limitações desta pesquisa, pode-se citar a maioria dos participantes ser do sexo feminino, o que pode ter circunscrito os resultados a uma perspectiva de gênero, o fato de as respostas terem sido obtidas exclusivamente de profissionais da saúde de enfermagem que atuam na atenção básica, e dos mesmos conhecerem a pesquisadora.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo, foi possível compreender as repercussões da pandemia de COVID-19 na saúde mental, na percepção de valorização profissional, nas relações familiares e na atuação laboral dos profissionais da enfermagem que atuavam na atenção básica. Compreendeu-se que as repercussões foram paradoxais, marcadas tanto por aspectos negativos, quanto positivos, já que havia profissionais que se sentiam valorizados e outros que percebiam ser desvalorizados. Além disso, houve relatos tanto de distanciamento familiar quanto de aproximação com membros da família, bem como de

religiosidade/espiritualidade fortalecida, o que auxiliou a enfrentar as repercussões negativas do contexto pandêmico.

A análise dos resultados deste estudo e os relatos dos participantes, necessitam de contextualização epidemiológica, política e social do Brasil, durante o período de sua realização. Por conseguinte, sugerem-se futuras pesquisas no cenário pós-pandemia, a fim de aprofundar as repercussões no contexto familiar e profissional dos demais trabalhadores da área da saúde, acrescentar dados, divulgar resultados e planejar estratégias de apoio aos seus trabalhadores, incluindo serviço de suporte emocional.

REFERÊNCIAS

1. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). Treasure Island (FL): StatPearls Pub LLC; [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Apr 12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
2. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: A systematic review and metaanalysis. *Internat J Infec Disease*. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Apr 12];4:91-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. [Internet]. 2023. [acesso em 2023 Apr 12]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
4. Barreto MS, Hipolito ABL, Hipolito MAL, Lise F, Radovanovic CAT, Marcon SS. Quotidiano familiar durante a pandemia de COVID-19. *Escola Anna Nery*. [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Apr 12];25(spe). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0064>
5. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Painel coronavírus RS. Porto Alegre (RS): Secretaria da Saúde; [Internet]. 2023. [acesso em 2023 Apr 12]. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>
6. Giruá. Prefeitura Municipal. Boletim/Vacinômetro COVID-19. Giruá (RS): Prefeitura Municipal; [Internet]. 2023. [acesso em 2023 Apr 12]. Disponível em: <https://www.girua.rs.gov.br/site>
7. Giordano V, Belangero G, Godoy-Santos AL, Pires RE, Xicara JA, Labronici P, et al. The hidden impact of rapid spread of the COVID-19 pandemic in professional, financial, and psychosocial health of Latin American orthopedic trauma surgeons. *Clinical Decision Rules Study Group. Injury*. [Internet]. Apr. 2021 [acesso em

- 2023 Apr 12];52(4):673-78. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33743982/>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo. Edição 70. 2011.
 9. Lotta G, Dossiati D, Magri G, Correa M, Beck A. A pandemia de COVID-19 eos profissionais de saúde pública no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [Internet]. 2020 [acesso em 15 Out 2021]. Disponível em:
<https://neburocracia.files.wordpress.com/2020/06/rel01-saude-covid-19.pdf>
 10. Anido IG, Batista KBC, Vieira JRG. Relatos da linha de frente: os impactos da pandemia de covid-19 sobre profissionais e estudantes da Saúde em São Paulo. Botucatu: Interface; [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Apr 12];25(suppl 1). DOI:
<https://doi.org/10.1590/interface.210007>
 11. Dal’Bosco EB, Lara Simone Messias LS, Skupien FSV. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Apr 12];73(suppl 2). DOI:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>
 12. Moura A, Lunardi R, Volpato R, Nascimento V, Bassos T, Lemes A. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. Rev Portug Enferm Saúde Mental. [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Apr 12];(19):17-26. DOI:
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0198>
 13. Teixeira CFS, Matos Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Apr 12];25(9). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
 14. Elbay YR, Kurtulmuş A, Selim A, and Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. Psych Res. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Apr 12]; 290:113130. DOI:
[10.1016/j.psychres.2020.113130](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130)
 15. Efeoğlu EI, Kılınçarslan O. Pandemic experiences of family physicians infected with the COVID-19: a qualitative study. BMJ Open. [Internet]. 2022 [acesso em 2023 Apr 12];12(4):e052955. DOI: [10.1136/bmjopen-2021-052955](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052955)
 16. Toso BRGO, Terre BRBF, Silva ACO, Gir E, Caliari JS, Evangelista DR. Prevention adopted by healthcare workers within their families in the COVID-19 pandemic. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2022 [acesso em 2023 Apr 12];56:e20210330. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0330>
 17. Almaghrabi RH, Alfaradi H, Al Hebshi WA, Albaadani MM. Healthcare workers experience in dealing with Coronavirus (COVID-19) pandemic. Saudi Med J. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Apr 12];41(6):657-60. DOI:
<https://doi.org/10.15537/smj.2020.6.25101>

18. Firew T, Sano ED, Lee JW, Flores S, Lang K, Salman K, et al. Protecting the front line: A cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ Open*. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Apr 12];10(10):e042752. DOI:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042752>
19. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *L'Encéphale*. [Internet]. 2020 [acesso em 2023 Apr 12];46(suppl3):S73-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
20. Laitano AD, Silva GT, Almeida DB, Santos VP, Brandão MF, Carvalho AG, et al. Precarização do trabalho da enfermeira: militância profissional sob a ótica da imprensa. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2019 [acesso em 2023 Apr 12];32(3):305-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900042>
21. Wisniewski D, Silva ES, Évora YDM, Matsuda LM. Satisfação profissional da equipe de enfermagem x condições e relações de trabalho: estudo relacional. *Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [acesso em 2023 Apr 12];24(3):850-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720150000110014>
22. Sá AMS, Martins-Silva PO, Funchal, B. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicol Soc*. [Internet]. 2014 [acesso em 2023 Apr 12];26(3):664-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300015>
23. Nedel JL, Silveira EF, Vivian AG. Qualidade de vida no trabalho de profissionais que atuaram na atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19. *Saud Pesq*. 2023;16(2):e-11570 e-ISSN 2176-9206. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11570>

RECEBIDO: 15/04/2023
APROVADO: 22/05/2024

Cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos no Paraná em tempos de pandemia de Covid-19

Vaccination coverage in children under five years old in Paraná in times of Covid-19

Ingrid Margareth Voth Lowen¹, Milca Tatiana da Costa Pereira²,
Thamires Lunguinho Cavalcante³, Leandro Rozin⁴, Débora Vargas Makuch⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5758-9512>. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prefeitura Municipal de Curitiba, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: pilowen@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6628-2731>. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, Joinville, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: milca.hadassa@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6001-180X>. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais, Pinhais, Paraná, Brasil.
E-mail: thamiresl.cavalcante@hotmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7649-6274>. Enfermeiro. Mestre em Biotecnologia aplicada à saúde da criança e do adolescente. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil.
Email: leandro.rozin@professor.fpp.edu.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7060-4414>. Enfermeira. Mestre em Ensino das Ciências da Saúde. Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil.
Email: deboramakuch@hotmail.com

RESUMO

Este estudo objetiva analisar as taxas de cobertura vacinal de crianças menores de cinco anos do calendário básico do Ministério da Saúde, de 2018 a 2021, no Estado do Paraná. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, do tipo levantamento. A coleta de dados foi realizada na base de indicadores do DataSus. Para a análise foi utilizada a estatística descritiva. Os resultados apontam para uma diminuição da cobertura vacinal nos anos de 2020 e 2021 em todas as regionais do Estado,

com destaque para a vacina BCG. Problemas estruturais, no uso da tecnologia de informação, e a pandemia Covid-19 são algumas fragilidades apontadas. Recomenda-se o uso de estratégias para melhorar a cobertura vacinal a fim de promover o bem-estar e saúde da população, um dos objetivos do desenvolvimento sustentável até 2030.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Imunização. Cobertura Vacinal. Criança. Pandemias.

ABSTRACT

This study aims to analyze the vaccination coverage rates of children under five years of age according to the Ministry of Health's basic schedule, from 2018 to 2021, in the State of Paraná. This is an epidemiological, observational, descriptive, survey-type study. Data collection was carried out using the DataSus indicators database. Descriptive statistics was used for the analysis. The results point to a decrease in vaccination coverage in 2020 and 2021 in all regional health centers of the State, with emphasis on the BCG vaccine. Structural problems, in the use of information technology, and the Covid-19 pandemic are some weaknesses highlighted. The use of strategies to improve vaccination coverage is recommended to promote population's well-being and health, one of the objectives of sustainable development by 2030.

DESCRIPTORS: Primary Health Care. Immunization. Vaccination Coverage. Child. Pandemics.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Em 2022, o Programa Nacional de Vacinação (PNI) completou 49 anos de existência, consolidando-se a cada ano como uma das mais importantes intervenções em políticas públicas do país. A sua criação teve por objetivo principal a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis no país. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), seus resultados alcançaram ainda maior relevância, tornando-se referência de prevenção à saúde em diversos países do mundo¹.

A vacinação é uma trajetória de promoção e prevenção, e conseqüentemente, um investimento na saúde pública. A cobertura vacinal informa o percentual de crianças imunizadas e estima a proteção da população infantil contra determinada doença². O monitoramento é realizado por meio do sistema de informações que permite avaliar a incidência de doenças imunopreveníveis, bem como sua morbimortalidade e suscetibilidade³.

Diante da relevância da imunização, as equipes multiprofissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde têm sua importância no cumprimento dos princípios de proteção à saúde e prevenção de agravos, por meio de práticas de cuidado e gestão direcionadas à população⁴. Estas práticas estão alinhadas à proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) referente ao alcance de 17 objetivos do desenvolvimento sustentável até 2030, dentre os quais estão a saúde e o bem-estar⁵. No entanto, a pandemia de Covid-19 impactou o alcance do desenvolvimento sustentável e atrasou o processo⁶.

A cobertura vacinal no Brasil tem sido reduzida ao longo dos anos. Um estudo que analisa as causas e conseqüências desta redução aponta como fatores causais a desinformação, a disseminação de *fake news* e a falta de preocupação com doenças que atualmente tem uma baixa ocorrência, além da pandemia de Covid-19 associada à essa diminuição^{7,8}.

Portanto, a APS, influenciada pelas recomendações de Alma-Ata e políticas nacionais de saúde, integrada à uma Rede Assistencial de Saúde (RAS), requer profissionais com competências gerenciais e assistenciais, além de ações inovadoras, a fim de promover o direito à saúde universal⁹, pois a hipótese levantada é de que

exista uma relação direta entre a pandemia de Covid-19 e a redução da cobertura vacinal de crianças menores de 5 anos, entre 2020 e 2021.

Nesse contexto, esse estudo teve por objetivo analisar as taxas de cobertura vacinal de crianças menores de cinco anos do calendário básico do Ministério da Saúde no último quadriênio, determinado pelos anos de 2018 a 2021, no Estado do Paraná.

MÉTOD

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, do tipo levantamento, a partir da análise das taxas de cobertura vacinal no estado do Paraná, que é composto por 399 municípios, distribuídos em 22 regionais de saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁰, o Estado do Paraná tem uma população estimada de onze milhões e meio de habitantes, dos quais estima-se que 695.842, aproximadamente 6%, sejam crianças com idade 0 a 5 anos incompletos¹¹.

O estudo epidemiológico descritivo do tipo levantamento proporciona a análise da epidemiologia descritiva, pautada no método exploratório de base documental e abordagem quantitativa. Assim, os estudos epidemiológicos descritivos derivam da epidemiologia descritiva, que objetiva descrever características relacionadas à pessoa, tempo e lugar, que nesse estudo se dá pela investigação da taxa de cobertura vacinal em crianças de 0 a 5 anos no Paraná entre 2018 e 2021¹².

A coleta de dados foi realizada na base de indicadores do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), disponíveis no Tabnet¹³, no campo da assistência à saúde, que traz informações sobre imunizações; portanto, envolveu a descrição e análise de dados secundários de acesso público. Desta forma, não foi registrado nem avaliado pelo sistema CEP/CONEP conforme Resolução no 510/2016, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Foram selecionadas as taxas de cobertura vacinal do calendário básico de imunização do Ministério da Saúde em crianças com idade de 0 a 5 anos incompletos no quadriênio entre 2018 a 2021 no Paraná. A taxa de cobertura vacinal disponibilizada pelo Datapus de cada vacina é calculada a partir do número de doses aplicadas da dose indicada (1ª, 2ª, 3ª dose ou dose única, conforme a vacina) dividido pela população alvo, multiplicado por 100¹¹.

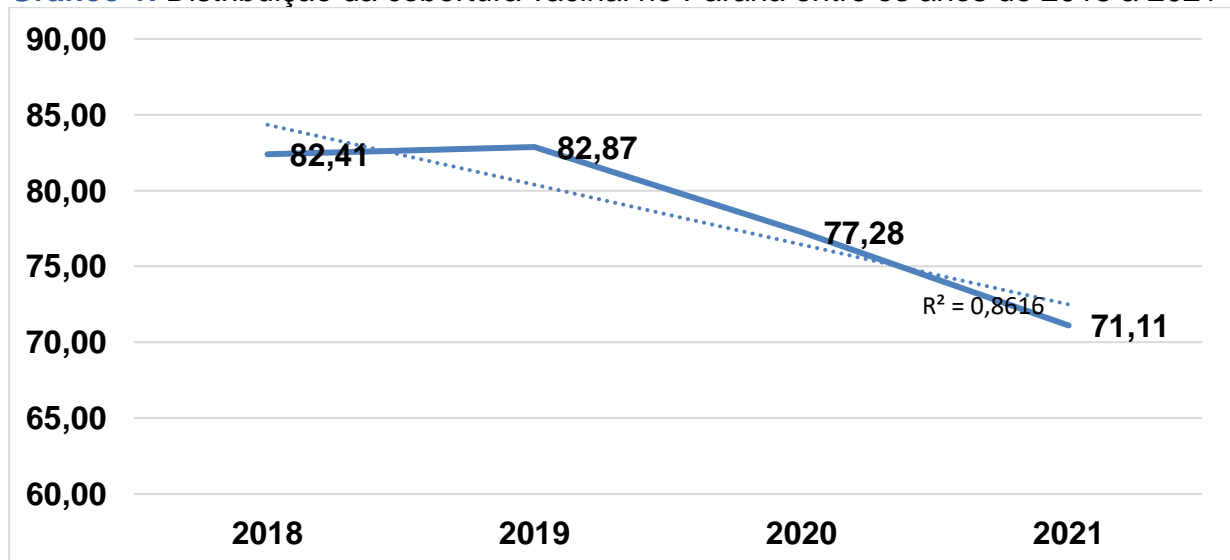
Portanto, foram analisadas as taxas de cobertura de vacinas administradas em crianças de 0 a 5 anos: BCG, hepatite B, pentavalente, poliomielite (VIP e VOP), pneumocócica 10, rotavírus, meningocócica C, Influenza, febre amarela, tríplice viral (VTV), hepatite A, tetra viral (SCRV), tríplice bacteriana (DTP) e varicela.

Para organização e processamento de dados foi utilizado o *software* Excel, por meio da regressão logística e, para a análise, utilizada a estatística descritiva, que possibilita identificar estimativas e previsões com uso de dados de variáveis quantificáveis e apresentadas em distribuição proporcional e por meio da Taxa de Cobertura Vacinal (TCV)¹².

RESULTADOS

A taxa de cobertura vacinal durante os anos de 2018 a 2021 resultou em queda de 11.3%, confirmada pela linha de tendência de $R^2 = 0,8616$. A redução ocorre claramente quando a pandemia de Covid-19 iniciou no ano de 2020 (Gráfico 1). Nota-se, ainda, que no ano de 2018 a cobertura foi de 82,41, com meta não alcançada no Paraná.

Gráfico 1. Distribuição da cobertura vacinal no Paraná entre os anos de 2018 a 2021



Fonte: Datasus.

Nota: gráfico elaborado pelos autores (2023).

Nos anos de 2018 a 2020, a 20ª Regional de Saúde do Paraná (RS-PR), de Toledo, teve a maior cobertura vacinal. No ano de 2021, a 11ª Regional de Saúde do Paraná, Campo Mourão, atingiu a maior cobertura vacinal em relação às demais regionais. Em relação à menor cobertura vacinal, a 17ª RS-PR, Londrina, teve o menor índice em 2018. Porém, nos demais anos analisados, a 1ª RS-PR, Paranaguá, contabilizou a menor cobertura vacinal nos três anos consecutivos, antes e durante a pandemia de Covid-19 (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da taxa de cobertura vacinal conforme as Regiões de Saúde do Paraná entre os anos de 2018 a 2021

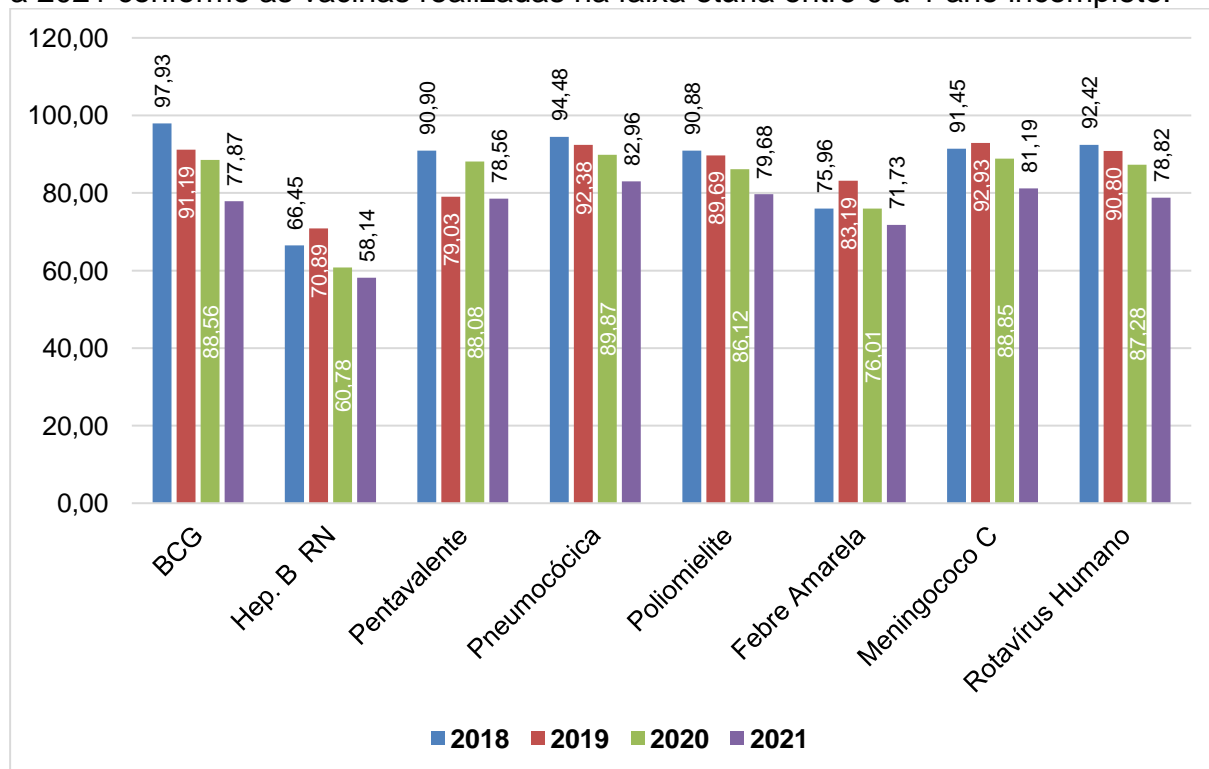
Região de Saúde (CIR) Paraná	2018	2019	2020	2021
Total	82,41	82,87	77,28	71,11
1ª RS Paranaguá	69,87	63,48	54,44	53,53
2ª RS Metropolitana	76,12	76,17	72,86	68,52
3ª RS Ponta Grossa	83,65	86,04	83,22	77,36
4ª RS Irati	96,27	85,84	82,12	78,73
5ª RS Guarapuava	83,74	76,54	80,74	68,81
6ª RS União da Vitória	90,95	86,58	79,35	76,39
7ª RS Pato Branco	83,96	89,35	87,11	77,18
8ª RS Francisco Beltrão	96,62	90,91	79,82	73,29
9ª RS Foz do Iguaçu	84,09	94,62	70,22	64,32
10ª RS Cascavel	90,81	89,12	91,42	79,94
11ª RS Campo Mourão	92,68	82,79	76,28	80,31
12ª RS Umuarama	90,73	89,74	82,69	75,60
13ª RS Cianorte	96,62	91,18	89,63	77,91
14ª RS Paranavaí	87,84	86,74	74,14	62,06
15ª RS Maringá	83,37	87,14	87,87	71,59
16ª RS Apucarana	82,94	76,07	62,06	67,16
17ª RS Londrina	62,73	80,54	71,47	70,22
18ª RS Cornélio Procópio	87,45	81,96	77,18	68,38
19ª RS Jacarezinho	89,35	83,82	76,51	79,06
20ª RS Toledo	113,53	110,71	92,87	77,00
21ª RS Telêmaco Borba	84,96	83,33	75,88	63,81
22ª RS Ivaiporã	92,29	90,85	87,33	78,36

Fonte: Datasus.

Nota: gráfico elaborado pelos autores (2023).

Ao analisar a taxa de cobertura vacinal em menores de 1 ano de vida na comparação entre os anos de 2018 e 2021, observa-se que a vacina com maior queda foi a BCG, com redução de 20,06%. Vale destacar que a vacina contra Hepatite B, para recém-nascidos, sempre apresenta baixa taxa de cobertura vacinal entre os anos analisados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição da taxa de cobertura vacinal no Paraná entre os anos de 2018 a 2021 conforme as vacinas realizadas na faixa etária entre 0 a 1 ano incompleto.

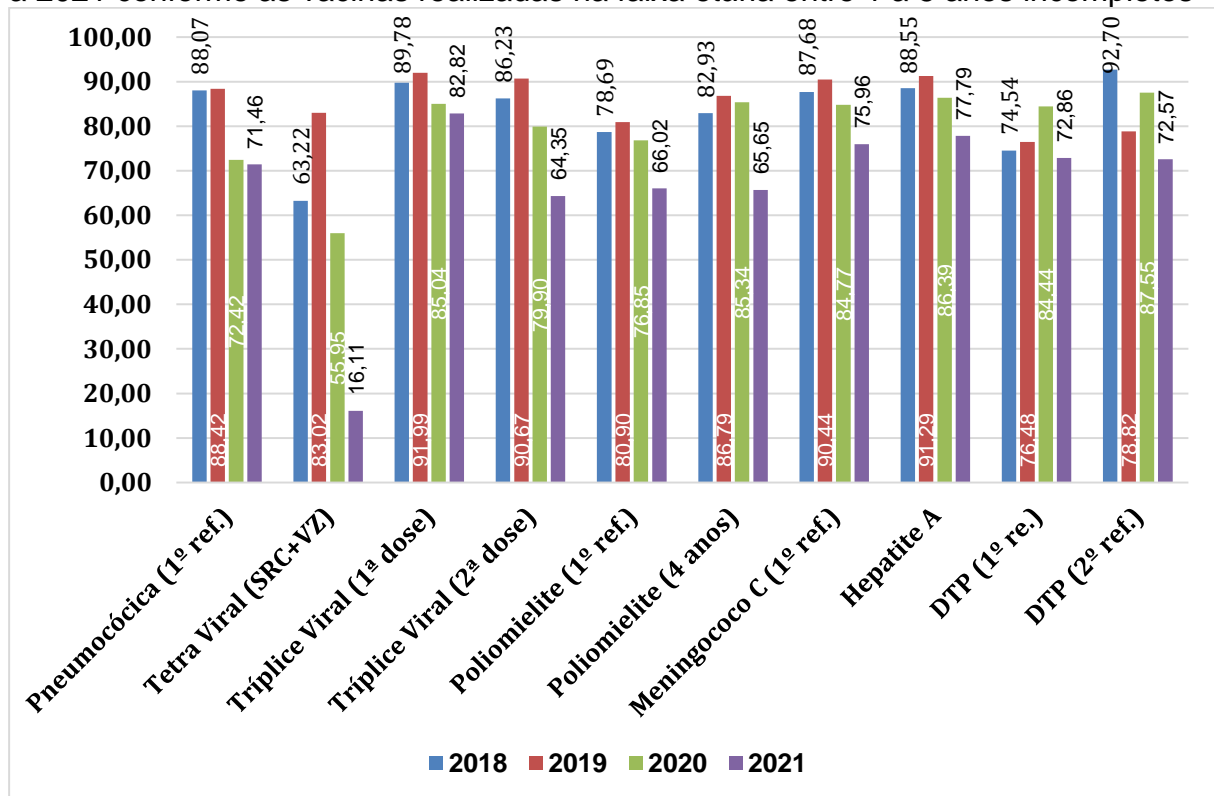


Fonte: Datasus.

Nota: gráfico elaborado pelos autores (2023).

Na análise do Gráfico 3, entre as vacinas realizadas na faixa etária de 1 a 5 anos, também se nota redução na taxa de cobertura vacinal após a pandemia, principalmente no ano de 2021. Nesse ano, a vacina tetra viral apresentou redução, atingindo um índice de apenas 16,09%, fato que remete coincidentemente ao auge da pandemia global da Covid 19.

Gráfico 3. Distribuição da taxa de cobertura vacinal no Paraná entre os anos de 2018 a 2021 conforme as vacinas realizadas na faixa etária entre 1 a 5 anos incompletos



Fonte: Datasus.

Nota: gráfico elaborado pelos autores (2023).

DISCUSSÃO

O alcance da cobertura vacinal é um tema discutido mundialmente, impulsionado pela OMS por ser uma meta do terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades⁵.

No entanto, observa-se uma diminuição da cobertura vacinal no mundo, conforme dados recentes da OMS, a qual aponta para 25 milhões de crianças no mundo sem vacinas em 2021, seis milhões a mais do que em 2019¹⁴. Diversos fatores contribuíram para esta queda, dentre as quais se destaca a pandemia causada pela Covid-19^{8,15}.

O ano de 2020 é apontado como o de maior queda na vacinação das crianças com menos de um ano. Dentre as causas está o receio de acessar a Unidade de Saúde pelo risco de contrair a referida doença¹⁶. Destaca-se a importância da cobertura vacinal a fim de promover a imunidade coletiva e diminuir o risco do ressurgimento de doenças já erradicadas ou sob controle¹⁷.

Outro fator apontado na literatura como determinante da taxa de cobertura vacinal é a estrutura dos serviços de saúde¹⁸. A região norte do Brasil possui disponibilidade inferior da vacina tríplice viral em relação às demais regiões. Foram constatados ainda fatores relacionados a uma maior disponibilidade de imunobiológicos, como a presença de sala e geladeira exclusiva para vacinação, caixas térmicas e cartões de vacina impressos e disponíveis nos locais de aplicação.

Diversos estudos realizados em diferentes regiões brasileiras apontam para problemas estruturais que interferem negativamente na cobertura vacinal adequada, ligados à informática e acesso à internet, inadequações nas salas de vacina e no processo de trabalho⁸. Tal fato faz coesão com o estudo que evidenciou o potencial dos registros vacinais informatizados na ampliação da cobertura, uma vez que permitem monitoramento e identificação de áreas com baixa cobertura¹⁹.

A disseminação de informações inverídicas, também chamadas de “*fake news*”, não é algo novo na sociedade e está notoriamente relacionada à hesitação vacinal²⁰. Os autores enfatizam que as falsas notícias estão relacionadas em sua maioria ao desconhecimento ou ao pouco conhecimento científico sobre vacinas.

Ao discutir os paradigmas vacinais, são citadas a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realizar o ato vacinal, a desinformação aliada à propagação de falsas notícias e ainda uma possível irregularidade de distribuição vacinal no país como fatores que contribuem para uma baixa cobertura vacinal no cenário atual²¹. Ressalta-se a importância de analisar a cobertura vacinal por região a fim de identificar as fragilidades específicas e assim utilizar estratégias assertivas de acordo com a necessidade visando melhorar a imunidade da população mediante a aplicação das vacinas preconizadas no calendário nacional⁸.

A vacinação para Covid-19 evidenciou a importância da vacinação para diminuição das internações e mortalidade. No período de um ano após o início da vacinação no Brasil, 78,8% da população estava vacinada com a primeira dose e 68% totalmente imunizada. Os resultados são positivos principalmente na comparação do número de casos e óbitos entre vacinados e não vacinados. Em grupos mais vulneráveis, incluindo os idosos, a imunização foi muito importante para evitar uma série de óbitos, ou seja, salvar vidas e reduzir internações²².

No Brasil, a diminuição da cobertura vacinal tem sido objeto de análise já anteriormente à pandemia por Covid-19. Um estudo desenvolvido em Roraima, que analisou a cobertura vacinal de crianças abaixo de um ano entre 2013 e 2017,

observou taxas mais baixas relacionadas às vacinas de poliomielite e rotavírus. A falta de acesso da população à vacinação foi uma das principais causas dos baixos índices de cobertura²³.

Ao analisar especificamente a cobertura vacinal no estado do Paraná nos anos de 2019 a 2021, observa-se uma diminuição gradativa da cobertura vacinal, conforme o gráfico 1. Já na análise da cobertura vacinal no Brasil no período de 2013 a 2020, de dez vacinas em crianças menores de um ano, os autores constataram uma queda de 11,1% entre 2019 e 2020¹⁵.

As diferenças de coberturas vacinais entre as regionais, conforme a tabela 1, apontam para uma investigação específica por regional a fim de identificar bolsões de populações mais suscetíveis a doenças específicas preveníveis pela vacinação. Por conseguinte, é necessário buscar estratégias locais para aumentar a vacinação e atingir o índice de cobertura esperado para cada vacina, conforme o Programa Nacional de Imunização²⁴. Um estudo realizado nas 28 regionais de saúde do estado de Minas Gerais evidenciou diferenças regionais em relação à cobertura vacinal, o que justifica um planejamento de ações estratégicas específicas para a realidade local a fim de reduzir os bolsões de crianças suscetíveis às doenças imunopreveníveis⁸.

Quanto à cobertura vacinal por imunizante apresentada no gráfico 2, a vacina que teve a maior redução de cobertura foi a BCG, indicada para crianças logo após o nascimento, exceto nas que não atingiram o peso determinado de 2 kg¹¹. Estudo realizado em Minas Gerais indicou a redução da BCG de forma ainda mais intensa no mesmo período, de 92,86% para 3,57%, seguida da rotavírus⁸. Outro estudo desenvolvido em Minas Gerais refere a falta de adesão ou registro incorreto dos Município no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)²⁵.

A baixa taxa de cobertura vacinal para a vacina tetraviral, especificamente, é justificada pela indisponibilidade da vacina, sendo administrada uma dose de vacina tríplice viral e varicela como estratégia de controle de surtos de varicela. Tal recomendação é citada em nota informativa já no ano de 2018²⁶ e mantida nas instruções normativas do Ministério da Saúde brasileiro nos anos seguintes¹¹.

Diante dos dados apresentados, torna-se desafiador gerenciar o plano de ação a fim de melhorar os indicadores vacinais. Estrategicamente, as ações voltadas para reverter a redução da adesão vacinal devem estar focadas nos fatores que contribuem para sua causa²⁷.

Portanto, o papel dos profissionais de saúde torna-se ponto-chave no combate à desinformação sobre imunobiológicos. É necessária uma relação ativa entre público e gestores para manter uma comunicação eficaz, com campanhas de conscientização por meio das mídias, onde o profissional de saúde capacitado torna-se agente e portador do conhecimento verídico frente à população²⁸.

Em vista das barreiras encontradas, as ações de combate aos baixos índices vacinais podem ser direcionadas à realização de ações vacinais em locais estratégicos, como nas instituições de ensino, caracterizadas pela vacinação extramuros, a fim de ampliar o acesso à vacinação, além da busca ativa dos faltosos²⁹. Em relação à qualidade de acesso aos serviços de saúde, questões amplas de âmbito socioeconômico e gerenciais são colocadas em pauta, dentre elas a melhoria da disponibilidade de transporte público para reduzir efeito das longas distâncias entre alguns serviços de saúde e a comunidade²¹.

O Estado do Ceará adotou um conjunto de estratégias no intuito de melhorar os índices vacinais em relação à prevenção de epidemia de sarampo, dentre elas, a vacinação de rotina, o constante monitoramento da cobertura vacinal de determinada população, bloqueio vacinal e a intensificação da vacinação. Esta última merece destaque por ser uma estratégia ativa, na qual a prevenção com imunobiológicos visa atingir pessoas em suas diversas faixas etárias, ampliando o público imunizado por determinado agravo³⁰.

Portanto, as medidas já adotadas anteriormente nos diferentes contextos brasileiros podem contribuir para a melhoria da cobertura vacinal atual; não obstante, sugere-se buscar formas inovadoras que contribuam para melhoria dos dados atuais e sua divulgação, para que sejam adaptadas e testadas no amplo território nacional que contempla diferentes realidades.

CONCLUSÃO

A análise das taxas de cobertura vacinal de crianças menores de cinco anos do calendário básico do Ministério da Saúde no último quadriênio, determinado pelos anos de 2018 a 2021, no Estado do Paraná, revelou tendência de diminuição na cobertura vacinal, diferenças entre as 22 Regionais de Saúde e de cobertura de acordo com o calendário vacinal proposto pelo Ministério da Saúde.

Diante das diferenças de cobertura vacinal entre as regionais de saúde, recomendam-se novos estudos que analisem as potencialidades regionais que proporcionaram taxas mais altas e as fragilidades locais que interferem no alcance de coberturas vacinais por regionais de saúde.

O aumento do movimento antivacina, a hesitação vacinal durante a pandemia Covid-19 e a falta de conhecimento sobre os benefícios das vacinas, dentre outras fragilidades evidenciadas nos estudos nacionais e internacionais, requerem estratégias de comunicação adequadas ao contexto da população e científicas nas ações de educação em saúde, a fim de sensibilizar a população quanto a sua participação na diminuição e erradicação de doenças imunopreveníveis e no combate ao ressurgimento de outras.

A importância dos registros de vacinação no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações para a análise de dados evidencia a necessidade de investigar o processo de trabalho e o acesso ao sistema para identificar possíveis falhas ou problemas estruturais que interferem negativamente no registro das doses aplicadas.

Portanto, a melhora da cobertura vacinal no Paraná requer o desenvolvimento de estratégias e o apoio nos diversos níveis de atenção à saúde, para promover a saúde e a prevenção das doenças previstas, levando assim ao bem-estar e à saúde da população e contribuindo para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável até 2030 proposto pela OMS.

REFERÊNCIAS

1. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(Suppl 2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>
2. Novoa TDA, Cordovil VR, Pantoja GM, Ribeiro MES, Cunha ACS, Benjamin AIM, et al. Cobertura vacinal do programa nacional de imunizações (PNI). *Brazilian Journal of Health Review*[internet]. 2020. [Acesso em 2022 fev 25]. v. 3, n. 4, 7863-7873
3. Silva AA, Teixeira AMS, Domingues CMAS, Braz RM, Cabral CM. Evaluation of the National Immunization Program Surveillance System – Vaccination Record Module, Brazil, 2017. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2021. [Acesso em 2022 mar 6] v. 30, n. 1, e2019596, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100028> .

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasil: Conass; 2017 [Acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-b-192-publicada-portaria-gm-n-2436-que-politica-nacional-de-atencao-basica-estabelecendo-revisao-de-diretrizes-para-organizacao-da-atencao-basica-no-ambito-do-sist/> .
5. GBD 2017 SDG Collaborators. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet [Internet]. 2018. [Acesso em 2022 fev 25] 392, 2091-2138, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32281-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5)
6. Hughes BB, Hanna T, Mcneil K, Bohl DK, Moyer JD. Pursuing the Sustainable Development Goals in a World Reshaped by COVID-19. Denver, CO and New York, NY: Frederick S. Pardee Center for International Futures and United Nations Development Programme. [Internet]. 2021. [Acesso em 2022 fev 21].
7. Milani LRN, Busato IMS. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. Revista de Saúde Pública do Paraná [Internet]. 2021. [Acesso em 2022 fev 25]. v. 4, n. 2, p. 157-171.
8. Souza JFA, Silva TPRD, Silva TMRD, Amaral CD, Ribeiro EEN, Vimieiro AM, et al. Cobertura vacinal em crianças menores de um ano no estado de Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2022. [Acesso em 2022 jun 06]; 27, 3659-3667. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07302022>
9. Massuda A, Titton CMS, Poli Neto P. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. Rev Panam Salud Publica.[Internet]. 2018.[Acesso em 2022 fev 20].42, e157, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.157>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2022. [Acesso em 2022 fev 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações/Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação. [Internet]. 2022. [Acesso em 2022 nov 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2022/view>
12. Rozin L. Em tempos de Covid-19: um olhar para os estudos epidemiológicos observacionais. Espaço para a Saúde [Internet]. 2020. [Acesso em 2022 mar 4] v. 21, n. 1, p. 6-15. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2020v21n1p6> .
13. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. [internet] 2022 [acesso em: 2022 ago 14]; Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

14. World Health Organization (WHO). Essential Programme on Immunization [Internet]. 2021 [Acesso em 2022 out 14]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization#:~:text=The%20Essential%20Programme%20on%20Immunization,populations%20across%20the%20life%20course.>
15. Procianoy GS, Rossini Junior F, Lied AF., Jung LFPP, Souza MCSC. Impact of the COVID-19 pandemic on the vaccination of children 12 months of age and under: an ecological study. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 [Acesso em 2022 dez 13]; 27(3): 969-978. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202273.20082021>
16. Abbas K, Procter SR, van Zandvoort K, Clark A, Funk S, Mengistu T, et al. COVID-19 Working Group. Routine childhood immunisation during the COVID-19 pandemic in Africa: a benefit-risk analysis of health benefits versus excess risk of SARS-CoV-2 infection. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020. [Acesso em 2023 jan 12]; 8(10):e1264-e1272. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30308-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30308-9)
17. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018. [Acesso em 2022 out 6]; 52:1-9. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>
18. Vieira EW, Pimenta AM, Montenegro LC, Silva TMRD. Structure and location of vaccination services influence the availability of the triple viral in Brazil. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2020. [Acesso em 2022 jun 06]; 24:e1325. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200062>
19. Garcia ÉM, Murakami JJ, Costa ÂA, Inenami M, Figueiredo WM, Waldman EA, et al. Computerized immunization record agreement in Araraquara, São Paulo, Brazil, 2018. *Epidemiol. Serv. Saude* [Internet]. 2021. [Acesso em 2022 jun 06]; 30. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200023>
20. Frugoli AG, Prado RDS, Silva TMRD, Matozinhos FP, Trapé CA, Lachtim SAF. Vaccine fake news: an analysis under the World Health Organization's 3Cs model. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2021. [Acesso em 2022 jun 06]; 55:e03736. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020028303736>
21. Silva JFG, Silva JBO, Alves LRC, Sousa MIP, Villela EFM, Oliveira FM, et al. Paradigmas da adesão vacinal nos 1000 dias de vida: análise e repercussões na saúde pública. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista* [Internet]. 2022. [Acesso em 2022 jun 06]; 19(217):26-42.
22. Santos CVB, Noronha TG, Werneck GL, Struchiner, CJ, Villela DAM. Estimated COVID-19 severe cases and deaths averted in the first year of the vaccination campaign in Brazil: A retrospective observational study. *The Lancet* [Internet]. 2023.[Acesso em 2023 jan 11] 17: 100418. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100418>
23. Fonseca KR, Buenafuente SMF. Analysis of vaccination coverage of children under one year old in Roraima, Brazil, 2013-2017. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet].

2021. [Acesso em 2022 nov 14]; 30(2): e2020195. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000200010>.

24. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. [Acesso em 2022 out 14]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137094>

25. Oliveira VC, Guimarães EAA, Perez G, Zacharias FCM, Cavalcante RB, Gontijo TL, et al. Factors related to the adoption of the Brazilian National Immunization Program Information System. BMC Health Serv Res [Internet].2020. [Acesso em 2022 nov 6]; 20(1):759. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05631-6>

26. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI). Nota Informativa N° 80/2018 - CGPNI/DEVIT/SVS/MS – Presta orientações para vacinação contra varicela e o monitoramento e controle de surtos da doença. Brasília: CGPNI, 2018, 4p. Disponível em <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Nota-Informativa-N%C2%BA-80-2018-Orienta%C3%A7%C3%B5es-Vacina-Varicela.pdf>

27. Domingues CMAS, Fantinato FFST, Duarte E, et al. Vacina Brasil Movement and immunization training and development strategies. Epidemiol. Serv. Saude. 2019; 28(2):e20190223. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200024>

28. Souza Filho LA, Lage DDA. Entre ‘fake news’ e pós-verdade: as controvérsias sobre vacinas na literatura científica. Journal of Science Communication, América Latina [Internet]. 2021. [Acesso em 2022 jun 06]; 4(2), V01. DOI: <https://doi.org/10.22323/3.04020901>

29. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Estratégia de busca ativa e intensificação da vacinação contra covid-19 em instituições de ensino municipais: documento técnico nº 01-2022 [internet]. São Paulo: Covisa; 2022. 5 p. [acesso em 2022 nov 16].

30. Moura ADA, Carneiro AKB, Braga AVL, Bastos ECDSA, Canto SVE, Figueiredo TWS, et al. Vaccination strategies and results for tackling the measles outbreak in Ceará State, Brazil, 2013-2015. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2018. [Acesso em 2022 jun 06]; 27(1): e201634310. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100010>

RECEBIDO: 31/08/2023
APROVADO: 10/05/2024

Tendência do estado nutricional de gestantes na atenção básica no período de 2010 a 2021

Trends in pregnant women's nutritional status in primary care from 2010 to 2021

Sandryele Mayara Recofka¹, Daniele Gonçalves Vieira² Emanuelli Dalla Vecchia de Campos Bortolanza³ Angelica Rocha de Freitas Melhem⁴ Paula Chuproski Saldan⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3334-4665>. Nutricionista. Graduação em Nutrição. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná, Brasil.

E-mail: sandryelerecofka@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5265-7467>. Nutricionista. Doutora em Química. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná, Brasil.

E-mail: daniele.gonvieira@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0953-5058>. Nutricionista. Especialista em Atenção Primária com Ênfase em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde, Guarapuava, Paraná, Brasil.

E-mail: emanuelidvc@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1008-1038>. Nutricionista. Doutora em Gastroenterologia. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná, Brasil. E-mail: angerocha@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7994-3375>. Nutricionista. Doutora em Ciências. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná, Brasil.

E-mail: pchuproski@unicentro.br

RESUMO

Objetivou-se analisar a tendência do estado nutricional de gestantes avaliadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família no período de 2010 a 2021. Trata-se de um estudo ecológico de série temporal sobre o estado nutricional das gestantes de Guarapuava-PR, do estado, da Região Sul e do Brasil. A tendência temporal das prevalências do estado nutricional foi avaliada por meio da regressão linear generalizada de *Prais-Winsten*. Em Guarapuava, a tendência de

obesidade foi crescente (25,12%). Houve decréscimo da taxa de baixo e aumento anual de 1,93% e 9,30% nas taxas de sobrepeso e obesidade no estado, 1,44% e 8,52% na Região Sul e 2,25% e 8,18% no Brasil, respectivamente. Entre as gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família em Guarapuava, observou-se crescimento da obesidade (25,48%). Os resultados apontam tendência decrescente e estacionária para baixo peso e adequação, e tendência crescente para sobrepeso e obesidade.

DESCRITORES: Inquéritos Epidemiológicos. Gestantes. Nutrição Materna. Sistemas de Informação em Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional.

ABSTRACT

The objective was to analyze the trend in pregnant women's nutritional status evaluated in the Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Food and Nutritional Surveillance System) and in the Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (Management System Program) from 2010 to 2021. Ecological time series study on pregnant women's nutritional status in Guarapuava, PR, the State, the South Region and Brazil. The temporal trend in nutritional status prevalence was assessed using Prais-Winsten generalized linear regression. In Guarapuava, the obesity trend had increased (25.12%). There was a decrease in the low rate and an annual increase of 1.93% and 9.30% in the rates of overweight and obesity in the State, 1.44% and 8.52% in the South Region and 2.25% and 8.18% in Brazil, respectively. Among pregnant women who had benefits from the "Bolsa Família" Program in Guarapuava, there was an increase in obesity (25.48%). The results point to a decreasing and stationary trend for low weight and adequacy and an increasing trend for overweight/obesity.

DESCRIPTORS: Health Surveys. Pregnant Women. Maternal Nutrition. Health Information Systems. Food and Nutritional Surveillance.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil na década de 1970, com o objetivo de avaliar e acompanhar a alimentação e o estado nutricional de indivíduos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), visando diagnosticar precocemente desvios nutricionais (baixo peso, sobrepeso e obesidade) e identificar fatores de risco à saúde¹. Os protocolos dispostos no sistema permitem o conhecimento e caracterização do estado nutricional e alimentação em faixas etárias determinadas (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante)²⁻³.

O SISVAN é um sistema de informação em saúde que visa realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e deve ser alimentado com dados dos usuários do SUS, obtidos pelos profissionais da rede básica de saúde, fornecendo indicadores de forma contínua sobre o estado nutricional e o consumo alimentar²⁻³. A partir de 2008, foi disponibilizada uma versão *online* do SISVAN *Web* aprimorando o sistema e facilitando o seu uso em nível local, bem como os registros dos acompanhamentos. Essa versão também permite a extração de dados do estado nutricional e alimentar da população para fins de estudos, pesquisas, além de subsidiar o direcionamento das políticas públicas de alimentação e nutrição³.

O registro de informações no SISVAN *Web* integra um conjunto de ações recomendadas pelo MS como parte da VAN. Ele possibilita a reunião de informações de todo o território nacional em um só espaço *online*, permitindo a coleta e comparação de dados em nível municipal, estadual, regional e nacional⁴. Um dos objetivos da VAN é detectar e prever situações de risco nutricional e alimentar, além de suas tendências temporais⁵.

A avaliação do estado nutricional da gestante difere de outras fases da vida porque visa caracterizar as condições nutricionais da mulher e, indiretamente, o crescimento do feto. O diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da gestante correspondem a uma parte essencial dos procedimentos básicos da atenção pré-natal^{2,6}.

Dentro dos parâmetros estabelecidos para a avaliação antropométrica das gestantes, destaca-se o Índice de Massa Corporal (IMC) por Idade Gestacional^{2-3,6}. Mais recentemente, foram desenvolvidas curvas de ganho de peso de acordo com o IMC pré-gestacional para gestantes brasileiras ainda a serem implementadas em nível

de Atenção Primária à Saúde (APS)^{5,7}.

Estudos realizados no Brasil a partir dos dados de gestantes cadastradas no SISVAN sinalizam desvios nutricionais, como aumento do excesso de peso nessa população e, também, baixo peso⁸⁻¹². As causas incluem insegurança alimentar, nível de escolaridade, condições financeiras e acesso a programas de proteção social¹³.

Sabe-se que o baixo ganho de peso na gestação está associado a partos prematuros e baixo peso ao nascer, ao passo que o excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) pode levar a quadros de diabetes gestacional, macrossomia fetal, distúrbios hipertensivos, morte fetal e parto prematuro⁶.

O objetivo principal do estudo foi analisar a tendência temporal do estado nutricional das gestantes avaliadas pelo SISVAN no município de Guarapuava-PR, no estado do Paraná, na Região Sul e no Brasil no período de 2010 a 2021. Além disso, buscou-se avaliar a tendência temporal do estado nutricional das gestantes adolescentes e adultas e, também, das gestantes participantes do Programa Bolsa Família do município de Guarapuava-PR no mesmo período informado.

MÉTODO

Este é um estudo ecológico de série temporal realizado com base em dados de relatórios de acesso público extraídos do SISVAN *Web*, a versão *online* do sistema. A coleta compreendeu um período de 12 anos (2010 a 2021), referente ao estado nutricional de gestantes cadastradas no sistema por profissionais da APS do município de Guarapuava-PR. Esses dados foram comparados com informações do estado do Paraná, da Região Sul e de todo o Brasil. Além disso, foram filtrados os dados das gestantes incluídas no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (DATASUS).

Foram analisados os resultados do IMC por Semana Gestacional nas seguintes categorias: baixo peso, adequado ou eutrófico, sobrepeso e obesidade, seguindo a classificação estabelecida na Norma Técnica do SISVAN².

O estado nutricional da gestante é avaliado na primeira consulta, com a aferição do peso e da estatura da mulher, bem como do cálculo da semana gestacional. Com base nesses dados, o estado nutricional da gestante é determinado, tendo como critério prioritário a classificação do IMC por semana gestacional^{2,6}.

Os relatórios do estado nutricional das gestantes foram coletados do endereço

eletrônico <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index> e gerados pela combinação das seguintes variáveis: Tipo de relatório (Estado Nutricional), anos de referência (2021, 2020, 2019, 2018, 2017, 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 e 2010), mês de referência (TODOS), agrupar por (Município), estado (PR), município (Guarapuava), região de cobertura (TODAS), acompanhamentos registrados (TODOS; Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família-DATASUS), fases da vida (Gestante), idade (TODOS; Adolescente; Adulta), povo e comunidade (TODOS), escolaridade (TODOS), sexo (TODOS), raça/cor (TODOS).

Após a geração dos relatórios por ano (2010 a 2021), os dados foram tabulados no Programa *Microsoft Excel*® para análise. A análise descritiva dos dados englobou valores percentuais da prevalência do estado nutricional das gestantes no período do estudo, apresentados por meio de gráficos.

Posteriormente à análise descritiva, foi realizada a análise de tendência temporal das prevalências do estado nutricional de gestantes, por meio da regressão linear generalizada de *Prais-Winsten*¹⁴. As variáveis dependentes foram as prevalências do estado nutricional das gestantes segundo a classificação estabelecida (baixo peso, adequado ou eutrófico, sobrepeso e obesidade). Como variável independente, foram utilizados os anos da série temporal (2010-2021).

Nesse sentido, recomenda-se a transformação logarítmica dos valores das prevalências do estado nutricional das gestantes, com o intuito de reduzir a heterogeneidade de variância dos resíduos da análise de regressão¹⁴.

As taxas de incremento anual das prevalências do estado nutricional, bem como os respectivos intervalos de confiança, foram obtidas aplicando-se as seguintes fórmulas¹⁴⁻¹⁶:

$$\text{Taxa de incremento anual} = (-1 + 10^\beta) * 100\%$$

$$\text{IC95\%} = -1 + 10^{(\beta \pm t(0,05;n-1) \times \text{EP})}$$

O coeficiente de regressão (β) e o erro padrão (EP) da estimativa beta foram fornecidos pela regressão de *Prais-Winsten*, e o valor de t foi obtido por meio da tabela da distribuição t de *Student* bicaudal, com 5% de nível de significância, considerando-se o número de anos da série -1^{12 16-17}.

A interpretação da tendência temporal foi realizada observando-se o intervalo

de confiança: quando o valor zero esteve contido no intervalo, a tendência foi considerada estacionária; caso contrário, a tendência foi crescente quando a taxa de incremento foi positiva, ou decrescente quando foi negativa.

Para a análise de regressão de *Prais-Winsten*, foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0.

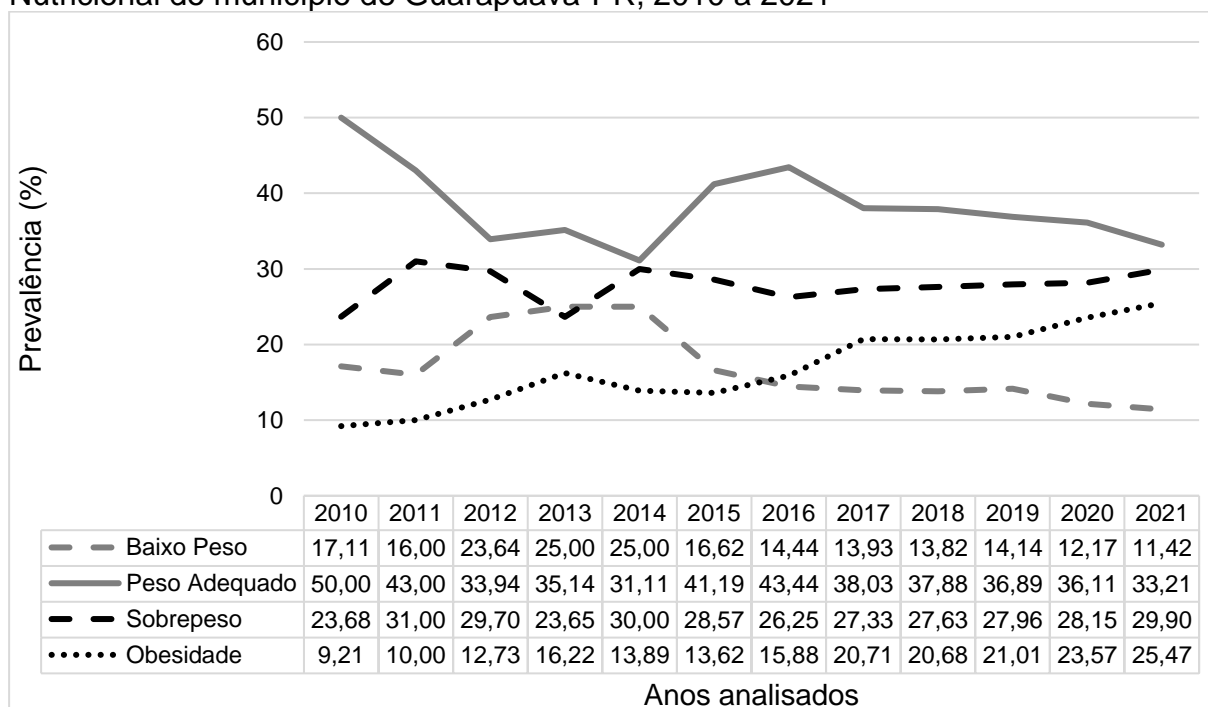
Pela natureza do estudo e mediante a utilização de bancos de dados de domínio público e sem possibilidade de identificação do indivíduo, o estudo não necessitou de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COMEP), conforme disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016¹⁸.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 9.810.051 gestantes avaliadas pelo SISVAN no país nos 12 anos do estudo (2010 a 2021), sendo 17.696 gestantes do município de Guarapuava-PR, 685.122 do estado do Paraná e 1.500.180 da Região Sul.

Em 2010, em Guarapuava-PR, observou-se que 50% das gestantes apresentavam peso adequado e 50% tinham comprometimento do estado nutricional, representado pelo baixo peso (17,11%), sobrepeso (23,68%) e obesidade (9,21%). Em 2021, houve agravamento da situação, com apenas 33,21% das gestantes apresentando peso adequado. A inadequação do estado nutricional foi observada em 66,79% das gestantes, com prevalências de 11,42% para baixo peso, 29,90% para sobrepeso e 25,47% para obesidade (Figura 1).

Figura 1. Prevalência do estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal por idade gestacional de gestantes avaliadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do município de Guarapuava-PR, 2010 a 2021



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Na análise do estado nutricional das gestantes entre 2010 e 2021, observou-se que houve decréscimo da taxa de baixo peso, com variação de -0,76% ao ano para o estado do Paraná, -0,70% para a Região Sul e -0,78% para o Brasil. Com relação à taxa de peso adequado, o decréscimo obteve variação de -0,85%, -0,85% e -0,84% ao ano no estado do Paraná, na Região Sul e no Brasil, respectivamente.

A variação na taxa de sobrepeso correspondeu ao aumento anual de 1,93% no estado do Paraná, 1,44% na Região Sul e 2,25% no Brasil. A tendência para a obesidade foi crescente em todas as localidades analisadas, atingindo variações anuais em Guarapuava-PR de 25,12%, no estado do Paraná 9,30%, na Região Sul 8,52% e no Brasil 8,18% (Tabela 1).

Tabela 1. Variação e tendências das prevalências de baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade segundo o Índice de Massa Corporal por semana gestacional de gestantes em Guarapuava-PR, no estado do Paraná, na Região Sul e no Brasil, 2010 a 2021

Estado Nutricional/Local	VPA	IC 95%	p-valor*	Tendência
Baixo peso				
Guarapuava	-0,82	-0,98; 0,88	0,141	Estacionária
Paraná	-0,76	-0,84; -0,65	<0,001	Decrescente
Região Sul	-0,70	-0,75; -0,63	<0,001	Decrescente

Brasil	-0,78	-0,85; -0,68	<0,001	Decrescente
Peso adequado				
Guarapuava	-0,86	-0,99; 1,29	0,154	Estacionária
Paraná	-0,85	-0,89; -0,81	<0,001	Decrescente
Região Sul	-0,85	-0,87; -0,82	<0,001	Decrescente
Brasil	-0,84	-0,88; -0,77	<0,001	Decrescente
Sobrepeso				
Guarapuava	0,19	-0,44; 1,58	0,622	Estacionária
Paraná	1,93	1,42; 2,53	<0,001	Crescente
Região Sul	1,44	1,20; 1,72	<0,001	Crescente
Brasil	2,25	1,83; 2,72	<0,001	Crescente
Obesidade				
Guarapuava	25,12	11,21; 54,86	<0,001	Crescente
Paraná	9,30	6,08; 13,99	<0,001	Crescente
Região Sul	8,52	6,70; 10,78	<0,001	Crescente
Brasil	8,18	4,25; 15,03	<0,001	Crescente

VPA=Variação Percentual Anual; IC=Intervalo de Confiança; *Regressão linear – método de *Prais-Winsten*.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

O município de Guarapuava-PR retratou tendência decrescente para baixo peso e tendência crescente para sobrepeso entre as gestantes adolescentes, com variação anual de -0,94% e 37,54%, respectivamente. Foram verificadas tendências decrescente e crescente de sobrepeso e obesidade entre as gestantes adultas do município, com variação de -0,46% e 3,69%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Variação e tendências das prevalências de baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade segundo o Índice de Massa Corporal por semana gestacional de gestantes adolescentes e adultas em Guarapuava-PR, 2010 a 2021

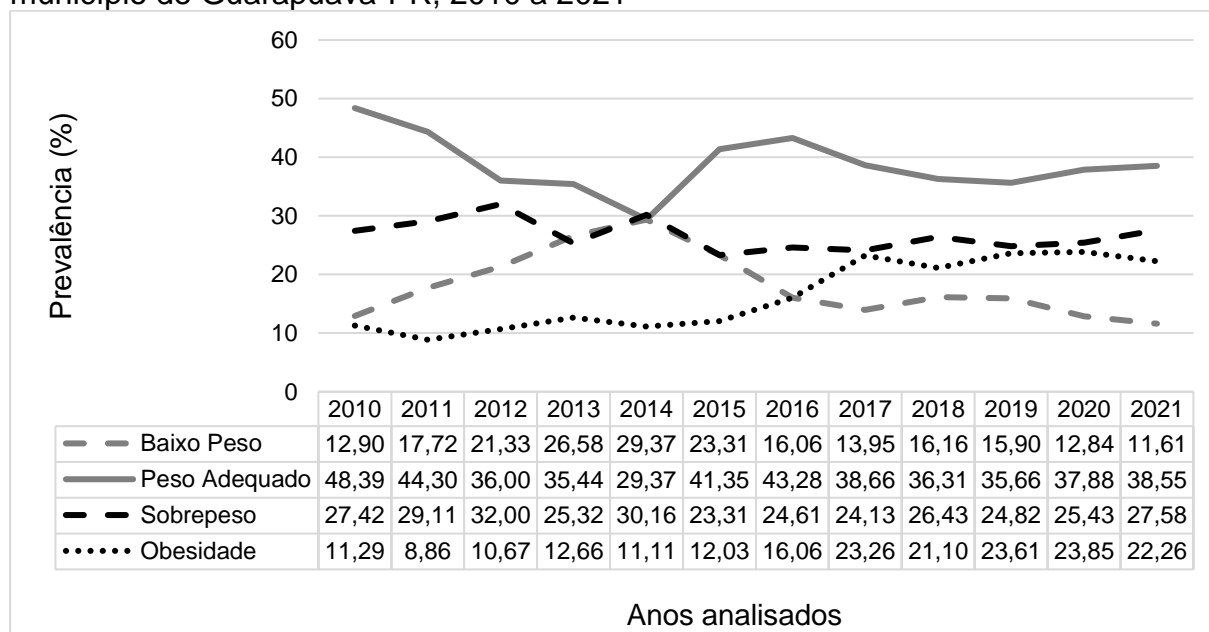
Estado Nutricional	VPA	IC 95%	p-valor*	Tendência
Gestantes adolescentes				
Baixo peso	-0,94	-0,99; -0,57	0,012	Decrescente
Peso adequado	-0,88	-0,99; 1,54	0,159	Estacionária
Sobrepeso	37,54	12,43; 109,61	<0,001	Crescente
Obesidade	2,29	-0,37; 16,46	0,150	Estacionária
Gestantes adultas				
Baixo peso	-0,52	-0,96; 5,44	0,548	Estacionária
Peso adequado	-0,49	-0,99; 4,67	0,321	Estacionária
Sobrepeso	-0,46	-0,92; -0,20	0,027	Decrescente
Obesidade	3,69	11,56; 97,35	<0,001	Crescente

VPA=Variação Percentual Anual; IC=Intervalo de Confiança; *Regressão linear – método de *Prais-Winsten*.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Entre as gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família em Guarapuava-PR durante o período analisado (2010 a 2021). Em 2010, observaram-se mudanças nas prevalências de baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade. Em 2021, esses valores passaram de 12,90%, 48,39%, 27,42% e 11,29%, respectivamente, para 11,61%, 38,55%, 27,58% e 22,26% (Figura 2).

Figura 2. Prevalência do estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal por idade gestacional de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família do município de Guarapuava-PR, 2010 a 2021



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Com relação à análise de tendência temporal das gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família no município, constatou-se crescimento na taxa de obesidade, com variação anual de 25,48% (Tabela 3).

Tabela 3. Variação e tendências das prevalências de baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade segundo o Índice de Massa Corporal por semana gestacional de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família em Guarapuava-PR, 2010 a 2021

Estado Nutricional	VPA	IC 95%	p-valor*	Tendência
Baixo peso	-0,57	-0,98; 14,29	0,609	Estacionária
Peso adequado	-0,71	-0,98; 3,18	0,328	Estacionária
Sobrepeso	-0,56	-0,82; 0,09	0,079	Estacionária
Obesidade	25,48	5,67; 104,11	0,001	Crescente

VPA=Variação Percentual Anual; IC=Intervalo de Confiança; *Regressão linear – método de *Prais-Winsten*.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

DISCUSSÃO

No município de Guarapuava-PR, no período entre 2010 e 2021, 50% das gestantes apresentavam comprometimento do estado nutricional (baixo peso, sobrepeso e obesidade). Em 2021, houve agravamento da situação e o percentual de inadequação do estado nutricional foi de 66,79%. Os resultados foram semelhantes aos encontrados em um estudo com gestantes a partir de dados do SISVAN, em um município pernambucano, em que houve aumento na prevalência de obesidade de 13,70% em 2009 para 15,50% em 2014⁸. Um levantamento do MS apontou que, em 2020, 14,20% das gestantes acompanhadas na APS apresentavam baixo peso, 33,90% peso adequado, 28,60% sobrepeso e 23,20% obesidade¹⁹. Tanto no município de Guarapuava quanto no Brasil, o excesso de peso é superior ao baixo peso entre as gestantes avaliadas pelo SISVAN, o que pode representar riscos à saúde da mãe e da criança.

São escassos os estudos sobre tendência temporal do estado nutricional de gestantes que utilizaram a regressão linear de *Prais-Winstein*. Na literatura consultada, observou-se o emprego da regressão linear simples para variação de tendência temporal, não sendo essa a análise recomendada^{14,20}.

De 2010 a 2021, as taxas de baixo peso, peso adequado e sobrepeso para as gestantes do município de Guarapuava-PR mantiveram-se estacionárias. No entanto, houve um decréscimo na taxa de baixo peso para o estado do Paraná, para a Região Sul e para o Brasil, enquanto a obesidade foi crescente em todas as localidades analisadas. Segundo dados do MS, em 2020, no estado do Paraná, 12,60% das gestantes apresentavam baixo peso, 33,60% peso adequado, 29% sobrepeso e 24,80% obesidade. Na Região Sul, 11,60% das gestantes apresentavam baixo peso, 32,60% peso adequado, 29% sobrepeso e 26,80% obesidade¹⁹.

Observa-se que a inadequação do estado nutricional representada pelas taxas de baixo peso, sobrepeso e obesidade superaram a adequação nutricional tanto no estado do Paraná como na Região Sul do país, evidenciando um problema de saúde pública nessa população. E, assim como no município de Guarapuava e no Brasil, o excesso de peso supera o de baixo peso também no estado do Paraná e na Região Sul.

Ao se analisar a tendência da variação das taxas de obesidade para Guarapuava (25,12%), constata-se que as variações são mais elevadas do que para

o estado do Paraná (9,30%), para a Região Sul (8,52%) e para o Brasil (8,18%).

Entre as gestantes adolescentes do município de Guarapuava-PR, constataram-se decréscimo na taxa de baixo peso e aumento na taxa de sobrepeso, enquanto nas adultas houve decréscimo de sobrepeso e aumento da obesidade. No Brasil, em 2020, das gestantes adolescentes acompanhadas na APS, 29,90% apresentavam baixo peso, 41,30% peso adequado, 19,10% sobrepeso e 9,80% obesidade. Entre as gestantes adultas, 10,80% apresentavam baixo peso, 32,30% peso adequado, 30,70% sobrepeso e 26,20% obesidade¹⁹.

Os dados do MS evidenciam que o baixo peso é mais prevalente entre as gestantes adolescentes, superando os percentuais de excesso de peso quando comparadas às gestantes adultas. O decréscimo da taxa de baixo peso (-0,94%) entre as gestantes adolescentes em Guarapuava foi um fator positivo no presente estudo, no entanto, o acréscimo de 37,54% na taxa de sobrepeso é alarmante. Entre as gestantes adultas de Guarapuava, o decréscimo do sobrepeso (-0,46%) é um fator positivo, porém o aumento de 3,69% na taxa de obesidade é preocupante.

Constatou-se crescimento na taxa de obesidade (25,48%) para as gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família em Guarapuava-PR. Em um estudo com gestantes adolescentes beneficiárias do Programa Bolsa Família, observou-se decréscimo na prevalência de baixo peso no Brasil, com variação anual de -1,2%, e tendência crescente para sobrepeso e obesidade, com variações anuais de 2,9% e 7,5%, respectivamente. No mesmo estudo, nota-se que a Região Sul apresentou a maior variação anual no decréscimo de baixo peso, correspondendo a -1,5%²¹.

Assim como para o conjunto de gestantes do município de Guarapuava-PR, o crescimento da taxa de obesidade foi alarmante (25,12%); e para as gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família, o comportamento da variação anual foi semelhante. Pesquisa que analisou a cobertura do estado nutricional no SISVAN apontou tendência de aumento na cobertura do estado nutricional de gestantes no Brasil, passando de 4,71% em 2008 para 16,96% em 2012, com variação anual de 2,95%⁴.

Por sua vez, outro trabalho analisou o perfil nutricional da dieta de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maceió-AL, verificando, a partir do Recordatório de 24h, o consumo médio de 1.966,9 kcal/dia, composto por alimentos *in natura* ou minimamente processados (56,70%), processados (11,40%), ultraprocessados (22,20%) e ingredientes culinários (9,70%).

Com os achados, os autores verificaram que o elevado consumo de alimentos ultraprocessados reduziu a qualidade da dieta da gestante²².

Outra pesquisa que avaliou o consumo de alimentos minimamente processados e ultraprocessados, sob distintas variáveis, verificou que gestantes com idade ≤ 19 anos apresentaram menor consumo de alimentos minimamente processados (32,8%) e maior consumo de alimentos ultraprocessados, enquanto gestantes com idade ≥ 35 anos apresentaram maior consumo (32,5%) de minimamente processados e menor de ultraprocessados. Além disso, o menor consumo de alimentos minimamente processados (32,7%) foi apresentado pelas mulheres que não receberam informações sobre alimentação durante o pré-natal²³.

Um estudo que investigou o consumo alimentar e o ganho de peso de gestantes assistidas em UBS identificou ganho excessivo de peso em 50%, ganho insuficiente em 28,57% e adequado em 21,42% das gestantes. Os autores relacionaram o ganho excessivo de peso com a qualidade da alimentação, em que havia maior ingestão calórica, de macronutrientes, gorduras totais e poliinsaturadas, colesterol, sódio e vitamina E²⁴.

O presente estudo apresenta como limitação a ausência da análise do consumo alimentar das gestantes no período analisado (2010 a 2021), porém, pode-se presumir que as tendências de decréscimos nas taxas de baixo peso e aumento nas taxas de sobrepeso e obesidade são reflexos do consumo alimentar das gestantes. Cabe ressaltar que os dois últimos anos analisados no estudo (2020 e 2021) correspondem ao período da pandemia de COVID-19, o que pode ter intensificado a piora do estado nutricional desse público, tendo em vista a situação da insegurança alimentar e nutricional vivenciada pela população brasileira. Outra limitação do presente estudo refere-se ao fato de a análise do estado nutricional não atingir o total de gestantes acompanhadas na APS do município, do estado do Paraná, da Região Sul e do país, pois sabe-se que o SISVAN ainda é subutilizado pelos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Houve tendência ao crescimento da obesidade durante o período analisado no município do estudo, no estado do Paraná, na Região Sul e no Brasil. As prevalências de baixo peso e peso adequado entre as gestantes apresentaram tendência

decrecente, enquanto as prevalências de sobrepeso foram crescentes no estado do Paraná, na Região Sul e no Brasil.

Ao analisar as gestantes adolescentes do município de Guarapuava-PR observou-se decréscimo do baixo peso e crescimento do sobrepeso, e entre as adultas houve decréscimo do sobrepeso, mas crescimento da obesidade. Ao se averiguar o estado nutricional das gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família no município, verificou-se crescimento da obesidade.

Destaca-se, por fim, a necessidade de estudos que analisem também a tendência do consumo alimentar a partir dos dados de marcadores de consumo alimentar na APS, de modo a subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas às mudanças do perfil nutricional dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_basicas_sisvan.pdf
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
4. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cad. Saúde Pública 2017; 33(12):e00161516. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161516>
5. Ministério da Saúde (Brasil). Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde,

2022. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
 7. Kac G, Carrilho TRB, Rasmussen KM, Reichenheim ME, Farias DR, Hutcheon JA, et al. Gestational weight gain charts: results from the Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium. *Am J Clin Nutr.* 2021; 113(5):1351-1360. doi: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa402>
 8. Silva DC. Vigilância alimentar e nutricional de gestantes usuárias da atenção básica em saúde do município de Limoeiro-PE [monografia] [internet]. Vitória de Santo Antão: Universidade Federal de Pernambuco; 2015. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/30146/1/SILVA%2c%20Dulcelene%20Cosme%20da.pdf>
 9. Barbosa GSS, Aguiar LP, Holanda RL. Classificação nutricional das gestantes segundo o sistema de informação de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) de Brejo Santo-CE. *Revista Interdisciplinar* [internet] 2017; 10(2):40-46. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: <https://uninovafapi.homologacao.emnuvens.com.br/revinter/article/view/988>
 10. Kaminishi LPS. Perfil nutricional de gestantes cadastradas no SISVAN, no Brasil, entre os anos de 2008 e 2018 [monografia] [internet]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2019. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/27503/4/PerfilNutricionalGestantes.pdf>
 11. Garbin AJI, Custodio LBM, Moimaz SAS, Garbin CAS. Obesidade gestacional: monitoramento espacial no estado de São Paulo. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano* 2020; 8(2):73-81. doi: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v8i2.6665>
 12. Pires CC, Carvalho MF, Lima FF, Monteiro LS, Sperandio N, Pereira S, et al. Evolução do excesso de peso em gestantes usuárias da Atenção Primária à Saúde do município de Macaé-RJ entre 2010-2018. *DEMETRA* 2020; 15:e48033. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.48033>
 13. Demétrio F, Teles CAS, Santos DB, Pereira M. Food insecurity in pregnant women is associated with social determinants and nutritional outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Ciênc. saúde coletiva* 2020; 25(7):2663-2676. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.24202018>

14. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(3):565-576. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
15. Cunha AP, Cruz MM, Torres RMC. Tendência da mortalidade por AIDS segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e Porto Alegre: 2000-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(3):477-486. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000300004>
16. Atty ATM, Guimarães RM, Andrade CLT. Tendência temporal da mortalidade por câncer de boca e da cobertura de atenção primária no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Cancerol.* 2022; 68(3):e-042082. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2082>
17. Aprelini CMO, Reis EC, Enríquez-Martinez OG, Jesus TR, Molina MCB. Tendência da prevalência do sobrepeso e obesidade no Espírito Santo: estudo ecológico, 2009-2018. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2021; 30(3):e2020961. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300017>
18. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2016 maio 25. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Situação alimentar e nutricional de gestantes na Atenção Primária à Saúde no Brasil [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. [citado em 2023 dez 07]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_alimentar_nutricional_gest_antes_atencao.pdf
20. Garcia LP, Traebert JL. Impacto da autocorrelação na análise temporal dos coeficientes de mortalidades pelo HIV no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2018; 21:e180020. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020>
21. Júnior AES, Macena ML, Vasconcelos LGL, Almeida NB, Praxedes DRS, Pureza IROM, et al. Tendência do estado nutricional de gestantes adolescentes beneficiárias do programa de transferência condicionada de renda brasileiro Bolsa Família no período 2008-2018. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(7):2613-2624. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08172021>
22. Graciliano NG, Silveira JAC, Oliveira ACM. Consumo de alimentos ultraprocessados reduz a qualidade global da dieta de gestantes. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(2):e00030120. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030120>
23. Pereira MT, Cattafesta M, Neto ETS, Salaroli LB. Maternal and sociodemographic factors influence the consumption of ultraprocessed and minimally-processed

foods in pregnant women. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2020; 42(7):380-389. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712996>

24. Pires IG, Gonçalves DR. Consumo alimentar e ganho de peso de gestantes assistidas em unidades básicas de saúde. Brazilian Journal of Health Review 2021; 4(1):128-146. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-013>

RECEBIDO: 11/12/2023
APROVADO: 19/04/2024

Análise da efetividade de instrumento de avaliação documental de óbitos em um hospital universitário público

Analysis of the effectiveness of a document assessment instrument for deaths in a public university hospital

Rosimary Maria de Jesus¹, Isabel Cristina Rodrigues², Alessandro de Oliveira Dias³

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1700-7258> Técnico em Assuntos Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: rosimary@uel.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2973-4721> Professora Adjunta do Departamento de História, da Universidade Estadual de Maringá. Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: icrodrigues@uem.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9945-3832> Enfermeiro. Pós-Doutor em Ciências da Reabilitação pela Universidade Norte do Paraná/UENP, Londrina, Paraná, Brasil.
E-mail: alex.hu@uel.br

RESUMO

O registro de informações diárias no prontuário médico é uma obrigação legal para acompanhar a evolução do tratamento. Nesse sentido, o objetivo é verificar a efetividade do Instrumento de Avaliação de Prontuários de Óbitos utilizados no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina para garantir a qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito. Trata-se de uma investigação quantitativa documental com pesquisa de campo, considerando os biênios 2013-2014 e 2018-2019, período em que houve a criação e a revisão do instrumento de avaliação. Os resultados da investigação apontaram a pouca efetividade do instrumento 2018-2019 em contribuição ao aperfeiçoamento do Prontuário Eletrônico do Paciente 2018-2019, permitindo, inclusive, a remanescência das principais anomalias do Prontuário Médico do Paciente 2013-2014. Na

comparação entre os períodos de 2013-2014 e 2018-2019, houve uma sutil evolução no clima institucional, com discreto ganho de conforto laboral.

DESCRITORES: Administração Hospitalar. Administração Pública. Hospital de Ensino. Prontuários dos pacientes.

ABSTRACT

Recording daily information in medical records is a legal obligation to monitor the progress of treatment. In this sense, this paper has the purpose of verifying the effectiveness of the Assessment Instrument of Death Records used at the University Hospital of the State University of Londrina in order to guarantee the quality of records and ethical-legal information of hospitalized patients who pass away. This is a quantitative documentary investigation with field research, related to the biennia 2013-2014 and 2018-2019, the period in which the assessment instrument was created and revised. The results of the investigation showed the lack of effectiveness of the 2018-2019 instrument in contributing to the improvement of the 2018-2019 Electronic Patient Record, even allowing the key anomalies in the 2013-2014 Patient Medical Record to remain. When comparing the periods of 2013-2014 and 2018-2019, there was a subtle evolution in the institutional climate, with a slight gain in work comfort.

DESCRIPTORS: Hospital administration. Public Administration. Teaching hospital. Patient records.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Registrar informações é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área de saúde. A reunião de dados fornecidos pelo paciente, pelos responsáveis legais ou por ambos, e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame constitui o chamado prontuário médico, também denominado prontuário do paciente ou do cliente, ou registro médico. Trata-se de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e, subsequentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, além de assinalar todas as medidas associadas, bem como a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde¹.

No Brasil, os hospitais universitários fazem parte do nível de maior complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dada essa condição, o esperado é que disponham de Prontuários de Pacientes melhor elaborados². Os registros, nestes hospitais, são especialmente úteis, mesmo que sejam apresentados em moldes tradicionais ou em suportes de papel, pois são utilizados para atividades de assistência, ensino e pesquisa. O sistema de saúde de um país é estabelecido pelo conteúdo documentado nos prontuários, uma vez que deles são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação³.

Com vistas à consecução da garantia da qualidade esperada dos registros médicos, os estabelecimentos de saúde, em atendimento à obrigatoriedade da revisão dos prontuários, vêm adotando, paulatinamente, variadas ferramentas administrativas. Dentre estas, o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL), campo deste estudo, utiliza-se de instrumento próprio, que contém os itens julgados necessários para operacionalizar a avaliação dos dados contidos nos prontuários.

Para entender a dimensão de instrumentos de análise de prontuários em âmbito hospitalar, e toda a cadeia de eventos e desdobramentos que os circundam, inicialmente é preciso ter claro que as situações de internamento, registradas individualmente nos prontuários médicos, quando finalizadas, resultam precipuamente em alta por cura, transferência, evolução substancial ou óbito. O óbito

estabelece-se como condição humana indesejada e temida pelo indivíduo, para si, para seus familiares, e os que com este se relacionam socialmente⁴ e, com efeito, cabe à instituição hospitalar a responsabilidade de fornecer informações e justificar a evolução em desfecho para familiares e indivíduos próximos, que podem se dispor à indignação e ao inconformismo.

A comissão de análise de prontuários de óbitos dos pacientes é uma exigência nas instituições que prestam serviço de saúde, sejam elas hospitalares, ambulatoriais ou de serviços de urgência e emergência. É essencial garantir a realização dessa análise para promover melhorias nas Entidades Assistenciais de Saúde (EAS), incluindo as revisões dos protocolos assistenciais com foco no aprimoramento dessa análise documental obrigatória (prontuários). Assim, torna-se evidente a relevância desta investigação para a área do conhecimento.

O problema de investigação deste artigo teve origem na busca de respostas à seguinte questão: o instrumento de avaliação documental de óbitos implementado no HU-UDEL demonstra-se efetivo na garantia da qualidade dos registros e das informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito nas perspectivas da segurança jurídica e do apoio ao desempenho organizacional das EAS? Para tanto, o objetivo geral consiste em verificar se o Instrumento de avaliação documental de óbitos implementado no HU-UDEL possui efetividade para a garantia da qualidade dos registros e das informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito.

MÉTODO

A pesquisa possui caráter descritivo, exploratório e comparativo, com análise qualitativa dos dados. Quanto às técnicas empregadas, utilizou-se a pesquisa documental¹⁰, baseada no levantamento de dados secundários de fontes documentais disponibilizadas pela instituição por meio de solicitação direta ao setor competente. Ademais, adotou-se a pesquisa de campo, realizada sob fontes primárias, por meio de formulários impressos semiestruturados, os quais contém perguntas abertas que foram diretamente aplicadas na amostra dimensionada. Há, ainda, a pesquisa participante, que consiste no processo observatório realizado por uma das autoras, já

que esta ocupa o cargo de Assistente Técnico das Comissões do HU-UEL, especialmente na Comissão de Impressos e Avaliação de Prontuários de Óbitos (CIAPO). O projeto desta pesquisa foi antecipadamente submetido à avaliação da Comissão Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM), obtendo o parecer favorável n. 4.357.347.

Em levantamento prévio, evidenciada diretamente pelos formulários de avaliação documental de óbitos utilizados entre 2013 e 2014, a ocorrência de óbitos de pacientes nas atividades da instituição denominada variável 1 quantifica-se em 800 óbitos em 2013 e 840 óbitos em 2014, gerando população 1-1 de 1640 ocorrências. Por meio da quantificação dos formulários de avaliação documental de óbitos atualmente em uso, aplicados em 2018 e 2019, apurou-se 900 óbitos em 2018 e 980 óbitos em 2019, perfazendo população 1-2 de 1.880 ocorrências.

O instrumento anterior (2013–2014) continha um número maior de itens para avaliação, fato que dificultava as devolutivas da comissão à época. Os avaliadores reclamavam que o instrumento era muito denso e que não obtinham carga horária exclusiva para análise. O biênio 2018–2019 contou com uma nova coordenação que validou um novo instrumento mais enxuto, com caráter de análise crítico-reflexiva dos prontuários de óbitos. Dessa forma, foi possível verificar que as equipes passaram a reportar 100% dos prontuários analisados de óbitos para a comissão, dada a efetividade e a objetividade do instrumento de avaliação revisado. A opção pelos dois marcos temporais justificou-se pela análise realizada no presente estudo, que teve como parâmetro a comparação do instrumento anterior (2013–2014) com o instrumento novo revisado (2018–2019).

A seleção dos respondentes aos formulários impressos semiestruturados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) obedeceu aos seguintes critérios: função que o respondente exerce na instituição e sua importância no contexto em estudo e; tempo de exercício na função não inferior a dois anos. A associação destes dois critérios, combinados com a diminuta população a ser estudada, formaliza a seleção de 25 respondentes, configurando abrangência amostral integral (100% da população).

Nesse sentido, a técnica comparativa numérica de proporcionalidade entre os

resultados obtidos nos períodos empregados, com a finalidade de apuração da variação de desempenho em parametria individual, foi a seguinte⁵: comparação analítica de proporcionalidade dos resultados obtidos no período de 2018–2019, com o de 2013–2014 para três variáveis principais: variável 2, variável 3 e variável 4.

A variação de desempenho em cada parâmetro deve ser comparada em termos de sentido e de proporção para a obtenção refinada de seu entendimento para posterior submissão a processo analítico, o qual pretende investigar as possíveis influências das características formais e operacionais do Instrumento de Avaliação de Portuários de Óbitos (IAPO) em aplicação.

A operacionalização da pesquisa de campo abarca a aplicação de formulários impressos semiestruturados do TCLE, os quais são formados por perguntas abertas, e foram diretamente aplicados pela autora à amostra dimensionada. Os dados ora obtidos foram submetidos à análise de conteúdo.

Os roteiros das questões contidas no formulário abrangem a dimensão de extrair dos respondentes suas percepções acerca dos aspectos do instrumento que contribuem para o entendimento e para a urbanidade do interlocutor ao receber as informações sobre as características e os procedimentos referentes ao óbito em questão. Esses pontos do documento induzem ao confronto e à qualidade ambiental do trabalho sob estas condições, remetendo conceitualmente ao comportamento e às crenças do respondente⁷.

O planejamento da coleta de dados possibilita a prática da triangulação e da análise de conteúdo de Laurence Bardin, abarcando aspectos relevantes, a saber⁶: estratificação das amostras conforme elencado; ausência da importância de cada estrato respondente no contexto; tabulação de cada estrato, elegendo respostas similares por assunto, em obtenção aos conteúdos organizadamente apresentados (etapa de explicitação do conteúdo); aplicação do conhecimento das características da instituição, do processo, da importância de cada tipo de respondente no contexto e da caracterização técnica e social que geram similaridades e dispersões nas respostas; elucidação do caráter da percepção do respondente que gera correlações entre respostas, obtendo o refino de tabulação (etapa de sistematização do conteúdo); codificação dos dados segmentados, classificados e tabulados; interpretação dos

resultados e sua tradução em percepções coletivas (etapa de expressão dos conteúdos).

Os resultados entregues pela análise de conteúdo, em termos do nível de satisfação e conforto ambiental laboral dos respondentes acerca do objeto em análise, combinado em triangulação de dados com os resultados expressos pela variação de desempenho em cada parâmetro, corrobora o entendimento sobre a identificação da existência de relevância efetiva do IAPO no cenário estudado.

RESULTADOS

O IAPO vigente no período 2013–2014 originou-se da convergência da cultura institucional e do conhecimento coletivo acerca da necessidade da oficialização de instrumento adequado para controle, mensuração, monitoramento e rastreabilidade dos registros médicos no HU-UJEL. Em meados de 2005, houve os primeiros movimentos para a materialização do instrumento de avaliação de prontuários com características próximas da visão atual da EAS.

Neste meato, fazia-se necessária a constituição de uma comissão dedicada aos impressos e às análises de prontuários e óbitos. No mesmo ano, instituiu-se a requerida comissão que, em consequência e aperfeiçoamento, sedimentou-se e evoluiu à atual CIAPO, que se presta a analisar os procedimentos e condutas profissionais realizadas e registradas em prontuário médico, bem como a avaliar a qualidade de informações dos atestados de óbitos, devendo proceder à análise total dos óbitos.

Ao consultar o instrumento de avaliação documental do Prontuário Médico do Paciente (PMP) de 2013–2014, percebe-se tratar de documento extenso composto por sete páginas, dotado de cabeçalho identificador, 25 grupos documentais, contendo 274 itens analíticos, divididos estruturalmente em quatro blocos: I) Identificação do paciente/prontuário, unidade, leito, data de internamento e óbito, data da avaliação, diagnóstico de internamento e identificação do avaliador; II) Avaliação do preenchimento de aspectos referentes à trajetória de internamento do paciente, constando a verificação de todos os documentos concernentes ao PMP, na forma de análise direta em múltipla escolha; III) Avaliação do atendimento/internamento, na

forma de informações gerais, distribuídas em modelo misto de análise direta em múltipla escolha e respostas abertas ao comentário literário em transcrição do observado e; IV) Avaliação das condições gerais do PMP, em modelo misto de análise direta em múltipla escolha e respostas abertas ao comentário literário em transcrição do observado.

O mesmo grupo documental também evidenciou redundância e repetitividade em alguns itens analíticos. Apesar de a estrutura de avaliação seguir sequência lógica, traduziu-se em *checklist* com essência auditorial. Os itens verificados em regime de múltipla escolha são pré-formatados para menções específicas: sim, parcial, não e não aplicável. Entretanto, pela não existência de grade verificadora em utilização, foi necessário promover rastreabilidade manual de não conformidades e, portanto, retrabalho, legitimado pelo grupo de questionamentos XXV.

No ensejo da aplicação da pesquisa de campo, os estratos 1.1.A, 1.1.B e 1.1.C qualificam-se à manifestação de importância e relevância acerca do IAPO 2013–2014, tratando-se de profissionais componentes da CIAPO naquele período e, portanto, participantes diretos da proposição dos processos iniciais de implementação e de aperfeiçoamento do IAPO. Dessa forma, as percepções disponibilizadas por esses estratos sobre o PMP são especialmente preciosas, pois refletem suas variadas preocupações dentro da ampla estrutura de sequência interrogatória do IAPO.

Observa-se esta característica ao longo de todo o documento, permanecendo como itens analíticos presentes na grande maioria dos grupos documentais: preenchimento legível, existência de rasuras ou etiquetas, identificação do profissional responsável pela anotação, utilização de impresso oficial do HU-UDEL, juntadas inadequadas e utilização de abreviaturas e terminologia padronizada. Neste ponto, quando os respondentes comentam sobre as características do IAPO 2013–2014, destacam ilustrativamente as seguintes informações:

A detecção da desorganização e falha nas anotações [do PMP] traz demora ao manipulá-lo... A desorganização em alguns momentos... dificulta ler algumas caligrafias... retardam o trabalho de avaliação. (Respondente 9).

Nos comentários livres direcionados ao IAPO 2013–2014, evidenciou-se que

os respondentes do estrato em questão inter-relacionam os objetivos finalísticos do PMP e do IAPO. Entretanto, descrevem a tônica auditorial do documento com relevância, para levantamento do cenário evolutivo ao óbito em seus vários momentos, e são recorrentes na percepção da inexistência de mecanismo correcional que justifique e legitime a avaliação, conforme exemplificação a seguir:

O documento criado para avaliação dos prontuários de óbitos ajuda na organização de dados, agiliza na manipulação do prontuário, direcionada para as informações relevantes desejadas, consegue resumir a estada do paciente no hospital e consegue avaliar a falha de informações da equipe multidisciplinar. (Respondente 11).

O instrumento continha itens relevantes, poderia ter espaço para a sinalização de falta de documentos, prontuário incompleto. Necessidade de intervenções quando detectado alguma inconsistência. (Respondente 12).

Os prontuários médicos são locados na unidade de internamento do paciente sob a guarda de sua secretaria, com a ocorrência da alta – curado ou óbito. Estes documentos são finalizados e encaminhados para o Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (SAME/HU-UDEL), onde permanecem disponíveis para consultas e avaliações. Neste contexto, os estratos 1.I.A, 1.I.B e 1.I.C são concordantes quanto às dificuldades da logística de obtenção e manuseio dos prontuários, para submissão à avaliação da CIAPO, além das fragilidades e inconsistências recorrentemente mencionadas. A título de ilustração, segue interessante manifestação:

Difícil locomoção dos prontuários a serem analisados, pois como não temos pré-determinado para esta atividade dentro da agenda, vamos encaixando esta demanda para dar conta; obs.: retira os prontuários com a secretária e faz a leitura no meu depto (esta é a difícil locomoção); caligrafia dos profissionais, muitas vezes ilegível; Fora de ordem os documentos dentro do envelope; Fragilidades nas evoluções/histórico/anamnese - sempre necessário ler a evolução de todos para concluir o caso. (Respondente 23).

Ao analisar as manifestações dos respondentes dos estratos 1.I.A, 1.I.B e 1.I.C, evidenciou-se a extrapolação dimensional do IAPO 2013-2014 e seu objeto de avaliação para além de sua formalização documental, transcendendo-o para campos concernentes às relações funcionais e ao clima organizacional.

Alinham-se os estratos 1.I.A, 1.I.B e 1.I.C durante o transcorrer do estudo de campo no entorno da ideia de o IAPO 2013–2014 ser adequado e assertivo quanto à sua finalidade avaliatória. Sua característica extremamente extensa e em formato fechado de múltipla escolha, em aspecto evolutivo, direciona a CIAPO para a compreensão da forma natural do surgimento dos campos: XXIV, que no impresso se mostra equivocadamente como segundo campo com identificação XXIII, intitulado Informações complementares – atendimento/internamento, e XXV, Condições gerais do prontuário, itens analíticos traduzidos no resumo sistematizado do documento¹⁰.

Em relação ao IAPO 2018–2019, com a identificação das redundâncias e repetitividade no IAPO 2013–2014, associadas à natural emergência de resumo sistematizado, a CIAPO compreendeu a necessidade de aperfeiçoamento do instrumento, buscando agilidade de avaliação, maior flexibilidade e alcance operacional, haja vista o conhecimento adquirido acerca dos aspectos crônicos apresentados pelo PMP, e a aparente impotência do IAPO enquanto instrumento de avaliação em efetivar posteriormente seus resultados.

Adere-se ao cenário de iminentes alterações a latente demanda para o aperfeiçoamento do PMP, que, independentemente do saneamento dos vícios crônicos identificados pelo IAPO, seguia rumo ao formato digital. Apresentou maior musculatura a partir de 2015 e recebendo substancial impulso em abril de 2017, com a aquisição de *software* dedicado ao gerenciamento digital parcial de dados relativos ao prontuário do paciente, na busca da materialização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no biênio 2018–2019.

Nesse sentido, a CIAPO 2018–2019 promoveu a consolidação dos movimentos de aperfeiçoamento do IAPO e dos aspectos de sua instrumentalização, tendo em vista os seguintes fatores: o objeto a ser avaliado, em primeiro momento, apresentava-se como documento híbrido; a necessidade de tornar o IAPO 2018–2019 menos extenso, sem comprometer sua essência auditorial e; a busca da conexão entre os resultados das análises e sua aplicação prática em efetivação.

Neste período, o desenvolvimento dos trabalhos da CIAPO foi norteado para além da rotina avaliatória e de encaminhamentos processuais. Houve incentivo para o desenvolvimento de meios e condições para a reformulação do IAPO em otimização

à sua abrangência e assertividade, visto que a alta administração da EAS, em reação às demandas de órgãos de fiscalização e controle, determinou, por meio da Ordem de Serviço n. 154/2018, a avaliação da totalidade dos prontuários médicos de pacientes em alta óbito.

Além da implementação do IAPO 2018–2019, em aperfeiçoamento, ocorreram alterações nos processos de logística da operacionalização aplicativa do instrumento, resultando, principalmente, em composição do grupo de avaliadores da CIAPO por profissionais com larga experiência assistencial e especificidade de atuação, associadas a amplo conhecimento a respeito dos prontuários, em atividades de utilização rotineira e de avaliação.

Ao verificar o instrumento de Avaliação Documental de Óbitos, foi possível constatar que se trata de um formulário compacto, dotado de cabeçalho identificador, quinze questões direcionais, contemplando 28 itens analíticos em formato estruturado misto e semiaberto, dispostos em duas páginas e divididos estruturalmente em quatro blocos: I) Identificação do paciente, nº. do prontuário, data de internamento, diagnóstico de internamento e identificação do avaliador, clínica e unidade de desfecho; II) Avaliação do preenchimento do PEP acerca de aspectos sequencialmente relevantes, em referência à evolução ao óbito e os respectivos procedimentos devidos; III) Avaliação da qualidade das informações contidas no PEP, em referência ao atendimento/internamento e; IV) Instruções ao avaliador sobre os objetivos da CIAPO, critérios a observar durante a avaliação, e rol dos agravos de notificação compulsória.

Observa-se a erradicação da repetitividade de itens analíticos e a formalização de estrutura de avaliação em sequência lógica, enquanto o caráter auditorial apresenta-se minimizado, cedendo espaço, embora limitado, para anotações do avaliador acerca de suas percepções sobre o todo, tangíveis à cadeia de eventos que levou ao desfecho. A preocupação com a padronização avaliativa está demonstrada no bloco de instruções ao avaliador, intitulado “Categorias Avaliativas para Análise”, em conotação à facilitação da produção de futuros relatórios descritivos.

A aplicação do formulário de pesquisa, neste caso, destinou-se aos estratos 2.1.A, 2.1.B e 2.1.C, cujos respondentes promoveram manifestações e percepções em

referência ao IAPO 2018–2019. Enquanto submetidos ao bojo analítico do conteúdo e da triangulação de dados, principalmente em relação a seus posicionamentos acerca do PEP, trouxeram à tona tendências e paradoxos em seus significados e mensagens. Os estratos em questão são compostos por profissionais médicos, enfermeiros, docentes e assistencialistas, qualificados como experientes avaliadores, que protagonizaram a materialização do IAPO 2018–2019. Esta condição exigiu processo analítico dos momentos distintos da entrevista compreensiva, que, em primeiro momento, gerou solo fértil para manifestações evolutivamente elogiosas, a saber:

O instrumento de análise de óbito me parece adequado. (Respondente 18).

Achei o documento muito pertinente, claro, dinâmico, fácil de preencher. Informações importantes. (Respondente 21).

O instrumento de avaliação é completo e sucinto e permite verificar se o prontuário está dentro das exigências propostas. (Respondente 16).

Entretanto, com a maturação da dinâmica respondente, obtém-se declarações dotadas de maior comprometimento prático, que demonstram a capacidade de direcionamento do IAPO 2018–2019 à percepção de inconsistências operacionais da equipe assistencialista em função de falhas no relacionamento com o PEP. Observe-se o exemplo em tela:

O instrumento de avaliação do prontuário de óbitos direciona muito o gestor a perceber as fragilidades da equipe, falhas no preenchimento dos documentos e assim criar meios para educação continuada. (Respondente 1).

A estrutura de forma do IAPO 2018–2019 apresenta caracterização de dados resumida, classificando as respostas como adequadas ou inadequadas. No entanto, os espaços para descrição da não conformidade observada são exíguos, expondo sua limitação em proporcionar ao avaliador a explicitação adequada de suas percepções puntiformes e dedicadas àquele item analítico. Apesar desta condição permear o documento, toma-se como exemplo as questões direcionais de n. 6 e n. 8:

Sobre o instrumento: limitação de informações para os casos encaminhados ao IML. Falta espaço um pouco maior para descrever a não conformidade. (Respondente 3).

Outra faceta observada nas respostas dos estratos inquiridos refere-se à defesa da relaxação do caráter auditorial do documento, concentrando-se na avaliação formal em detrimento de realizar uma análise crítica dos procedimentos e protocolos enquanto ações profissionais, bastando a investigação acerca da adequação do seu registro. Esta tendência está descrita na prototípica resposta:

Instrumento: Adequado para avaliação documental e não análise do prontuário que - med/enf/fisio - implica nas ações executadas durante o internamento do paciente. (Respondente 20).

Após a tratativa analítica, seus cruzamentos e triangulação impelem, entre outras, à inferência das mensagens relacionadas, no sentido da natural desconsideração das fragilidades estéticas, de interface e de conteúdos apresentados no PMP e confirmadas no PEP, e suas consequências negativas no manuseio e consulta.

Embora a maioria dos respondentes dos estratos tenha admitido anteriormente o amplo conhecimento das mencionadas fragilidades observadas nos prontuários, estes, enquanto protagonistas da formalização do IAPO 2018–2019, demonstraram rejeitar a realidade da existência de tais vícios no objeto de análise, e, conseqüentemente, seu não tratamento direto e formal via instrumento de avaliação.

DISCUSSÃO

Ao empreender a pesquisa qualitativa, em aplicação do formulário de pesquisa aos estratos dimensionados e o conseqüente desenvolvimento da metodologia proposta, foi possível apurar os pontos fortes e as fragilidades do PMP 2013–2014 sob a perspectiva dos respondentes qualificados, em formulação de suas percepções e mensagens. Esta ação propugna naturalmente indicadores de processos inseridos em ambiente organizacional de controle e passíveis de alterações, ajustes e aperfeiçoamento em favor de futuras medidas de desempenho.

A formalização dos pontos fortes do PMP 2013–2014 está descrita no rigor da

forma, asserção da cronologia documental proposta e sua relevância legal. As fragilidades foram detectadas no volume excessivo, juntadas de documentos desordenadas, falhas de preenchimento e interface humana deficiente. Adere-se aos resultados a significação de pouco comprometimento funcional com o documento e o prejuízo da agilidade de manuseio e interpretação, capacidade de rastreabilidade, preservação e guarda.

Durante a preparação da análise comparativa da evolução do PMP para o PEP, foram identificados os pontos fortes e as fragilidades do PEP 2018–2019. As fortalezas do documento confirmam sua essência evolutiva sedimentada sobre as bases do documento anterior, desprovida de alterações em caráter realisticamente inovador, descrevendo-se em: rigor de forma, cronologia documental proposta, relevância legal e celeridade prescritiva.

Por outro lado, as fragilidades identificadas no PEP 2018–2019 foram: volume excessivo, juntada documental desordenada, falhas de preenchimento, interface humana ineficiente e fragmentação do conteúdo. A despeito de a maioria dos respondentes ter admitido, nas respostas anteriores, o amplo conhecimento das mencionadas fragilidades observadas nos prontuários, estes, enquanto protagonistas da formalização do IAPO 2018–2019, demonstram rejeitar a realidade da existência de tais vícios no objeto de análise, e, conseqüentemente, seu não tratamento direto e formal via instrumento de avaliação, conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1. Comparativo entre Pontos fortes e Fragilidades do PMP e PEP inter-períodos

COMPARATIVO ENTRE PRONTUÁRIOS INTER-PERÍODOS	
PONTOS FORTES	
PMP 2013–2014	PEP 2018–2019
Rigor de Forma	Rigor de Forma
Cronologia Documental Proposta	Cronologia Documental Proposta
Relevância Legal	Relevância Legal
	Celeridade Prescritiva
PONTOS FRACOS	
PMP 2013–2014	PEP 2018–2019
Volume Excessivo	Volume Excessivo
Juntada Documental Desordenada	Juntada Documental Desordenada
Falhas de Preenchimento	Falhas de Preenchimento
Interface Humana Ineficiente	Interface Humana Ineficiente
	Fragmentação de Conteúdo

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A comparação do PMP 2013–2014 com o PEP 2018–2019, considerando seus pontos fortes e suas fragilidades em associação às mensagens e significações componentes das reações dos respondentes, indica uma discreta evolução operacional em favor do PEP 2018–2019. Esta melhoria está principalmente relacionada aos pontos fortes, impulsionada pela percepção de melhoria na celeridade prescritiva, em função da parcial informatização dos processos prescritivos. Entretanto, os demais pontos fortes se apresentam em aspecto de confirmação das características do PMP 2013–2014, não despertando a atenção dos respondentes para agregação de outros pontos fortes.

No confronto comparativo das fragilidades, de forma metodologicamente similar, evidenciou-se que o aspecto do volume excessivo permanece como ponto fraco, entretanto, em condição piorada, haja vista a essência híbrida do documento associada à inexistência de protocolo de certificação digital capaz de identificar o profissional em modo extra *login*, que impõe a necessidade de impressão dos documentos ora tratados virtualmente, para firma, juntada e arquivamento. A condição de fragilidade disposta na interface humana deficiente demonstra-se amplificada pelo desgaste gerado em função das condições supra elencadas, resultando em pouco comprometimento funcional, com exceção dos elementos prescritores e/ou diretamente envolvidos com a implantação do PEP.

As pontuações referentes à juntada documental desordenada e falhas de preenchimento são fragilidades remanescentes do modelo de documento aplicado no período anterior, impactadas negativamente pela condição documental híbrida em sua necessidade de adequação e recomposição física da informação para garantia de guarda e rastreabilidade.

O ganho de celeridade prescritiva associada à manutenção dos pontos fortes remanescentes do PMP 2013–2014, observada no PEP 2018–2019, não se mostrou suficientemente abrangente para mitigar a igual remanescência das fragilidades observadas, que se demonstraram amplificadas pelos aspectos negativos impostos pela essência híbrida do PEP 2018–2019, apresentando o agravante surgimento de nova fragilidade descrita na fragmentação do conteúdo. O cenário supra apresenta-se em direção à inexistência de aperfeiçoamento evolutivo relevante do PMP para o PEP, em contexto geral, e ao surgimento de novas intercorrências carentes de solução.

Neste sentido, foi crucial apurar os eventuais impactos e influências dos IAPO e seu processo evolutivo nas transformações ocorridas nos prontuários, buscando verificar a existência ou não de efetividade gerada em função da aplicação dos instrumentos sobre o PMP e PEP. Para isso, foi necessário analisar as características sob o manto das percepções, sentimentos e mensagens que permearam o arcabouço de manifestações emanadas pelos respondentes submetidos ao Formulário de Pesquisa, com foco nos IAPO 2013–2014 e 2018–2019.

Quanto às características do IAPO 2013–2014, as mensagens indicam infortúnio físico e pouca celeridade devido ao documento excessivamente longo, composto por redundâncias e repetitividades acerca dos mesmos temas, desprovido de grade verificadora, que gera a necessidade de rastreabilidade manual de não conformidades. Entretanto, apesar da extensão do instrumento, sua sequência interrogatória com essência auditorial é apontada como elemento contribuinte à análise dos prontuários na perspectiva investigativa.

As preocupações observadas no IAPO 2013–2014 sobre a legibilidade do preenchimento, a inexistência de rasuras ou etiquetas não oficiais, a ausência da identificação do profissional responsável pela anotação, o uso de impressos oficiais do HU-UEL, as juntadas inadequadas e a utilização de abreviaturas e terminologia padronizada legitimam o profundo conhecimento do grupo formalizador do documento acerca dos pontos fracos do PMP 2013–2014.

A percepção e a preocupação emanadas pelos respondentes quanto à falta de um mecanismo correlacional que justifique e valide a avaliação representam uma condição crítica do IAPO 2013-2014. Isso não se restringe à limitação formal e operacional do documento, mas invade a esfera administrativo-organizacional que o circunda.

Por outro lado, a caracterização do IAPO 2018–2019 revelou essencialmente a erradicação da repetitividade de itens analíticos e a formalização de estrutura de avaliação em sequência lógica, com o caráter auditorial minimizado. A conformação resumida de dados, com opções de respostas formatadas às menções adequado e inadequado, e os espaços exíguos para descrição da não conformidade observada, limitam o avaliador na clara explicitação do resultado da análise.

Com a evidente desconsideração das fragilidades estéticas, de interface e de conteúdos apresentados no PMP e confirmadas no PEP, apesar dos respondentes

qualificados provarem-se conhecedores das fragilidades evidenciadas nos prontuários, observou-se a demonstração da rejeição da existência de tais vícios no IAPO 2018–2019. Os vários paradoxos encontrados no conjunto de manifestações dos respondentes quanto à evolução do IAPO 2013–2014 para o IAPO 2018–2019 justificaram-se por situações específicas, como: busca de agregação de musculatura ao resumo sistematizado do IAPO 2013–2014, como fundamento para composição do IAPO 2018–2019; e urgência administrativa da implantação do PEP à revelia da sedimentação de critérios abrangentes e logística de TI compatíveis.

Nessa seara, resta claro que a evolução técnica e operacional do IAPO 2018–2019 obteve celeridade analítica em relação ao IAPO 2013–2014. Todavia, os subsídios utilizados para tal foram demonstrados em bases frágeis, considerando se tratar de: reformulação baseada em resumo sistematizado; mitigação da importância do conhecimento adquirido nas experiências passadas acerca das fragilidades e vícios do PMP e PEP; o não alinhamento temporal com o processo de maturação digital da migração do prontuário; e inexistência de mecanismo correccional que justifique e legitime a avaliação. Dessa forma, os resultados da investigação inferem a não relevância da efetividade do IAPO 2018–2019 em possibilitar condições favoráveis para o aperfeiçoamento do PEP 2018–2019, permitindo a remanescência das principais anomalias de seu antecessor.

As percepções dos estratos amostrais referentes às dificuldades de logística operacional e funcional para obtenção e manuseio dos prontuários em submissão à avaliação da CIAPO também contribuem para esse cenário. Embora tenha havido evolução de 2013–2014 para 2018–2019, ainda configura gargalo estratégico no processo, favorecendo com a defesa da relaxação do caráter auditorial do documento e inexistência de mecanismo correccional funcional, a transcendência da influência do IAPO para campos concernentes às relações funcionais e clima organizacional.

As ações de conversão do PMP em PEP imputam ao grupo funcional, pelo viés da modernização e informatização, sentimento de orgulho e pertencimento. Entretanto, a preservação das reais fragilidades do PMP e do PEP, e a inexistência de mecanismo correccional funcional indicam a composição de sentimento de insatisfação, repotencializando as situações de insegurança laboral e desconfiança funcional em contribuição à manutenção das tensões sociais no ambiente de trabalho, dispostas em manifestações afetas à segregação, competição e autoproteção.

Evidenciar a importância da qualidade do PMP e do PEP corrobora de maneira puntiforme ao cenário supradescerrado e aos seus norteadores – IAPO – para a prática do atendimento humanizado aos familiares dos pacientes em óbito¹¹, relacionando as incertezas geradas quanto ao conteúdo dos prontuários, a fator de estresse e angústia nos profissionais quando das circunstâncias da comunicação do óbito, impactando diretamente no equilíbrio e conforto emocional.

Apesar da discreta melhoria no ambiente laboral, evolução no clima institucional e ganho de conforto laboral identificados analiticamente pela pesquisa, durante os períodos de investigação e metamorfização dos prontuários, principalmente dos IAPO, a dimensão de incidência não indicou relevância suficiente para garantia de efetivação de consequências positivas no cenário laboral; entretanto, apontam para uma direção promissora e evolutiva.

Considerando a apresentação dos resultados e sua análise crítica, que subsidiam as constatações em tela, este estudo apresenta arrazoado recomendatório e de medidas sugeridas que podem cooperar com a evolução do IAPO em favor da efetivação de consequências contributivas à otimização administrativo organizacional da EAS.

A elucidação do real cenário que envolve o objeto de pesquisa proporcionou a identificação de características e tendências que proporcionalmente podem contribuir ou dificultar a retroalimentação do processo de utilização, manuseio e extração de informações do PMP e/ou PEP. Esse processo está em movimento contínuo de aperfeiçoamento, vetorizado pela essência normatizadora e norteadora dos IAPO, por meio das influências impactantes no cenário organizacional da EAS, particularizado a todos os setores operacionais de referência ao tratamento do óbito.

Do cenário organizacional ora particularizado, depreende-se sua constituição em condições institucionais, a saber: cultura institucional, rotina laboral, relações humanas de trabalho, zona de conforto laboral e em completude, clima organizacional, que em situação de segurança jurídica, quando tratado assertivamente pelo gestor público, pode evoluir para um cenário favorável à eficiente consecução dos objetivos da EAS em missão operacional de execução das políticas públicas de saúde em vigor.

Em contribuição, conforme o Quadro 2, este estudo propõe um conjunto de recomendações e medidas administrativas subsidiadas pelos resultados investigativos que, em sistema fechado, possuam capacidade suficiente para,

enquanto ferramentas de gestão, promover o aperfeiçoamento contínuo do IAPO. Isso pretende aumentar sua efetividade na garantia da manutenção da segurança jurídica relacionada ao óbito e ao favorecimento das condições institucionais mencionadas anteriormente⁸.

O arrazoado recomendatório apresentado, dotado de ações e de programas sugeridos e suas respectivas medidas administrativas específicas, encontra-se convenientemente setorizado e disposto em sequência lógico-estratégica para permitir implementação coerente à cadeia de eventos a desdobrar-se estruturalmente.

Quadro 2. Produto gerado pela investigação – ações e programas sugeridos/medidas específicas

PRODUTO GERADO PELA INVESTIGAÇÃO		
AÇÕES E PROGRAMAS SUGERIDOS	GRUPO GESTOR	MEDIDAS ESPECÍFICAS
APERFEIÇOAMENTO DO IAPO		
Preservação e aproveitamento do conhecimento adquirido em referência ao PEP e IAPO	CIAPO	Criar banco de dados de informações e conhecimento acerca do PEP e IAPO.
Otimização da atividade institucional da CIAPO	DS, DC e DE	Capacitação e organização formal da CIAPO.
Operacionalização do aperfeiçoamento do IAPO	CIAPO	Implementar Plano de Ação para aperfeiçoamento do IAPO, alinhado e associado à evolução digital do PEP.
Justificativa de fato e legitimação institucional do IAPO	DC	Dar publicidade institucional acerca da existência e aplicação do IAPO e das prerrogativas da CIAPO.
	DS, DC e DE	Promover mecanismo correccional institucional que justifique de fato e legitime a aplicação do IAPO e ações da CIAPO.
Garantia de rastreabilidade e segurança jurídica	DS e AJ/HU-UEL	Implementar a gestão arquivológica digital de processos jurídicos arrolados contra a EAS, dotada de rastreabilidade efetiva.
APERFEIÇOAMENTO DO PEP		
Promoção da transição integral do PEP para meio digital	DS, DC, DE, DA, TI, e Comissão PEP	Unificação do PEP em formato digital.
		Aquisição de sistema informatizado dedicado ao suporte dos processos operacionais e burocráticos demandados pelo PEP.
		Aquisição de protocolo em Certificado Digital Pessoal para operação do PEP.
		Estabelecimento de critérios sistêmicos e contínuos em TI para tratativas acerca do PEP, tangíveis à rastreabilidade de preservação e de guarda.
RECURSOS HUMANOS		
	DS, DC e DE	Capacitação organizacional formal da CIAPO.

Treinamento de pessoal especializado	DS, DC e DE	Promoção de treinamento acerca do preenchimento e utilização do PEP aos profissionais assistencialistas.
	DS, DC, DE e CCS-UEL	Promoção de treinamento acerca do preenchimento e utilização do PEP aos internos e residentes.
Saúde ocupacional	DS, DC, DE e DASC-HU	Implementar programa de identificação, acompanhamento, apoio e tratamento de profissionais em situação de estresse e angústia laboral.

Legenda:

AJ/HU – Assessoria Jurídica do Hospital Universitário
 CCS-UEL – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina
 CIAPO – Comissão de Impressos e Avaliação de Prontuários de Óbitos
 DA – Diretoria Administrativa
 DASC-HU – Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade do Hospital Universitário
 DC – Diretoria Clínica
 DE – Diretoria de Enfermagem
 DS – Diretoria Superintendente
 PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente
 TI – Tecnologia da Informação

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho buscou, de forma geral, verificar se o IAPO utilizado no HU-UEL possui efetividade para a garantia da qualidade dos registros e informações ético-legais dos pacientes internados que evoluíram a óbito. Assim, o estudo voltou-se para a busca das características do IAPO em seu processo evolutivo de aperfeiçoamento entre os períodos de 2013–2014 e 2018–2019, incluindo seu interstício, que poderiam ter oferecido influência nas características de desenvolvimento e contribuição para o aperfeiçoamento do PMP e/ou PEP.

Os resultados da investigação apontaram para a não relevância da efetividade do IAPO 2018–2019 em contribuição ao desenvolvimento e aperfeiçoamento do PEP 2018–2019, permitindo, inclusive, a remanescência das principais anomalias do PMP 2013–2014. Entretanto, foi crucial avaliar a inferência da interação entre o movimento evolutivo do IAPO, a metamorfose do PMP para o PEP, e o nexos causal de impactância apresentado pelos dados, tendências e cenários estabelecidos, estruturados e analisados criticamente. Isso abrange a confortabilidade laboral dos operadores do IAPO, PMP e PEP, bem como a cultura institucional e o clima organizacional.

Neste procedimento, evidenciou-se discreta melhoria no ambiente laboral, evolução no clima institucional e ganho de conforto laboral; porém, a dimensão de

incidência não indicou relevância suficiente para garantia da efetivação em contribuições ao cenário laboral.

Ademais, apontaram para direção promissora e evolutiva, e, em associação aos resultados anteriores, proporcionaram condições para a produção de grupo de recomendações e medidas sugeridas que podem cooperar com a evolução do IAPO em favor da efetivação de consequências contributivas à otimização administrativo organizacional da EAS.

Em relação à identificação da capacidade do IAPO, comparativamente entre os períodos de 2013–2014 e 2018–2019, em gerar efeitos contributivos para a melhoria do cenário organizacional da instituição, foi possível identificar, por meio das percepções e manifestações externadas e das mensagens apuradas, a existência de sutil evolução no clima institucional, com discreto ganho de conforto laboral. A dimensão desta incidência não indica relevância suficiente para garantia da efetivação de consequências positivas no cenário laboral, porém, aponta para uma direção potencialmente evolutiva.

A realização de análise crítica dos dados e resultados obtidos para apresentação de grupo de recomendações e medidas que possam cooperar para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do IAPO utilizado pelo HU-UJEL, em favor da intensificação de geração de efeitos contributivos à otimização administrativo organizacional da instituição.

Os dados, fatos, tendências e cenários identificados, analisados e sistematizados ao longo das etapas investigativas deste trabalho proporcionaram, de maneira organizada, a proposição de arcabouço de recomendações e medidas administrativas. Este produto tangível reflete o alcance do resultado proposto.

A partir de um processo analítico de considerável gama de dados, fatos, tendências e cenários, esta investigação pode contribuir para que os atores participantes da rotina laboral hospitalar operem e avaliem corretamente o IAPO e os prontuários médicos de pacientes que evoluíram a óbito.

O processo investigativo fez emergir a radiografia do cenário sob a perspectiva do elemento humano, oportunizando-se analiticamente da influência do IAPO nos processos técnicos e relacionais para a composição de ferramenta de ciclo contínuo em contribuição à majoração da eficiência administrativa da EAS quanto ao atendimento integral das exigências das políticas públicas de saúde a que é submetida.

REFERÊNCIAS

1. Massad E, Marin HF, Azevedo RS. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Martin; 2003.
2. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev. bras. educ. med. [Internet]. 2007 fev. 7;31(2):113-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/jnDQZyDMDbK9LHNdy3ZpPXS/abstract/?lang=pt>.
3. Marin HF, Massad E, Azevedo Neto RS. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: Massad E, Marin HF, Azevedo RS. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: H. de F. Martin; 2003.
4. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza ÂMA e, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Set;18(9):2615–23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zmtcmkRsXvyfcTcDCvjMRsd/abstract/?lang=pt>.
5. Marinho A, Façanha LO. Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica. Rio de Janeiro: IPEA; 2001. (Texto para Discussão; 805).
6. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
7. Chiavenato I. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. São Paulo: Manole; 2005.
8. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2002.
9. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (suppl 1): p. s173-s182. doi 10.1590/S0102-311X2008001300021.
10. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7a. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
11. Sousa GA, Giacomini K, Aredes JS, Firmo JOA. Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2019; 28(3), p. e280324. [doi](https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280324) 10.1590/S0103-73312018280324.

RECEBIDO: 22/02/2024
APROVADO: 11/06/2024

Desafios enfrentados durante a consulta de enfermagem aos pais de crianças do espectro autista: revisão integrativa

Challenges faced during nursing consultations with parents of children on the autistic spectrum: an integrative review

Celia Maria Ribeiro de Vasconcelos¹, Tainara Ferreira Leite², Emily do Nascimento Oliveira³, Laisa Marianna Soares de Oliveira⁴, José Tiago de Melo Santos⁵, Bruno Rafael de Melo Leite Farias⁶, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos⁷, Getúlio Rodrigues Cavalcanti Neto⁸, Letícia Maria Pinheiro Ribeiro de Vasconcelos⁹, Raimundo Valmir de Oliveira¹⁰

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9309-4795> Docente Titular, Doutora em Enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: celia@pesqueira.ifpe.edu.br
2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6702-3884> Discente de graduação em Enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: tf12@discente.ifpe.edu.br
3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1655-3760> Discente graduação em Enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: eno@discente.ifpe.edu.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6231-635X> Discente graduação em Enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: lmso1@discente.ifpe.edu.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5899-5360> Discente graduação em Enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: jtms1@discente.ifpe.edu.br
6. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8061-6477> Discente graduação em Enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: brmlf@discente.ifpe.edu.br
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3711-4194> Docente Titular, Pós Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife. Pernambuco. Brasil.
E-mail: vasconceloselianemaria@gmail.com
8. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5201-5998> Discente graduação em Enfermagem. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: grcn@discente.ifpe.edu.br
9. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0116-2684> Discente graduação em Nutrição. Universidade de Pernambuco (UPE) – Campus Petrolina. Petrolina. Pernambuco. Brasil.
E-mail: leticia.vasconcelos@upe.br
10. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8905-087X> Docente, Mestre em Ensino na Saúde. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) – Campus Pesqueira. Pesqueira. Pernambuco. Brasil.
E-mail: raimundo@pesqueira.ifpe.edu.br

RESUMO

Objetivo: Analisar, na literatura, como a consulta de enfermagem tem atuado na assistência aos pais de crianças autistas. Método: Revisão integrativa realizada entre março/outubro de 2023 nas bases SciELO, PubMed, BVS, Lilacs, Medline. Utilizaram-se os instrumentos Rayyan, Ursi e Critical Appraisal Skills Programme, para avaliação dos artigos. Resultados: Amostra final foi composta por três artigos, dois em português e um em inglês. O primeiro estudo destacou a importância da Enfermagem no descobrimento do autismo; o segundo, a precariedade da atenção básica e a necessidade de diálogo com os pais; o terceiro evidenciou a interação entre a família e a sociedade, destacando a relevância do trabalho em equipe. Conclusão: Evidenciou-se a falta de capacitação dos profissionais e a ineficácia no diagnóstico precoce do autismo na atenção primária. Por meio deste estudo observou-se que ações de educação permanente são necessárias visando garantir o atendimento integral aos pais.

DESCRITORES: Saúde da criança. Enfermagem. Transtorno Autístico. Pais.

ABSTRACT

Objective: To analyze, in the literature, how the nursing consultation has acted in assisting autistic children's parents. Method: Integrative review carried out between March/October 2023 on the SciELO, PubMed, BVS, Lilacs and Medline databases. The instruments used to evaluate the articles were the Rayyan, Ursi, and Critical Appraisal Skills Programme. Results: The final sample consisted of three articles, two in Portuguese and one in English. The first study highlighted the nursing importance in discovering autism; the second, the precariousness of primary care and the need for dialog with parents; the third highlighted the interaction between family and society, emphasizing the importance of teamwork. Conclusion: The lack of training for professionals and the ineffectiveness of early diagnosis of autism in primary care stood out. This study showed that continuing education actions are required to ensure comprehensive care for parents.

DESCRIPTORS: Child Health. Nursing. Autistic Disorder. Parents.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento do indivíduo, tendo como características desenvolvimento atípico, comportamentos anormais, dificuldades de comunicação e de interação social, comportamentos repetitivos e interesses considerados anormais¹.

Ainda não há uma causa etiológica conhecida que seja inteiramente comprovada pela ciência para o desenvolvimento do TEA²; contudo, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), existem alguns fatores de risco que podem estar envolvidos no desenvolvimento do distúrbio, como fatores ambientais, entre eles, idade avançada dos pais e baixo peso ao nascer. Existem também fatores genéticos e fisiológicos que podem influenciar no despertar do transtorno³.

Ademais, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estima-se que uma em cada 160 crianças nasça com TEA, e que nos últimos anos a prevalência de diagnósticos tem aumentado. Esse fato pode indicar uma melhora nos métodos de triagem, no aumento do conhecimento da população sobre a temática e nas ferramentas utilizadas⁴.

O diagnóstico do TEA é inteiramente clínico, colocando a equipe multiprofissional como vital para o diagnóstico e desenvolvimento de um tratamento adequado para cada criança. Profissionais de diferentes áreas, como psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e pediatras, desempenham papéis essenciais na avaliação detalhada do TEA. Ressalta-se que, devido à complexidade e particularidade de cada caso, a equipe necessitará prestar apoio adequado à pessoa autista e sua família⁵.

O processo diagnóstico deve ser feito por meio da observação clínica da criança e da conversa com os pais ou responsáveis, seguindo critérios de avaliação e triagem reconhecidos internacionalmente, como exemplo, a escala M-Chat, que consiste em um instrumento de rastreio precoce do autismo, utilizado como

ferramenta padrão no Brasil, com uma série de perguntas feitas aos pais para avaliar o risco de Perturbação do Espectro Autista (PEA)⁶.

Além da utilização da escala, existem variados instrumentos validados e utilizados em território brasileiro que contribuem de forma significativa para a identificação do transtorno. Alguns instrumentos utilizados são: Sistema de Avaliação do Transtorno do Espectro Autista (PROTEA-R), Escala de Avaliação para Autismo Infantil (CARS) e Lista de Checagem de Comportamento Autístico (ABC OU ICA)⁷.

Os padrões sintomáticos podem ser percebidos já nos primeiros meses de vida, e seu diagnóstico oficial deve ser realizado até os três anos⁸. Consoante o DSM-5 TR, existem características para o diagnóstico, divididas em critérios de A a D, que incluem: comprometimento na comunicação social e interação social (critério A), padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos (critério B), presença dos padrões desde a primeira infância e prejuízo no funcionamento diário (critérios C e D)³.

O DSM-5 TR classifica o autismo em três níveis, correlacionando o nível de severidade, comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos, observando a necessidade de suporte da pessoa autista. No nível 1, é necessário suporte, há poucas dificuldades de comunicação social e comportamentos que não comprometem a vida. No nível 2, é preciso suporte substancial, há dificuldades acentuadas na comunicação social e comportamentos restritivos aparecem com mais intensidade. A respeito do nível 3, é exigido suporte significativamente substancial, há déficits severos relacionados à comunicação social e comportamento restritivos³.

Por ser puramente clínico, as consultas de enfermagem e puericultura são essenciais na vida e no desenvolvimento psicossocial da criança, visto que o início das atividades para o desenvolvimento neural e social devem ser iniciados quanto antes, visando o melhor convívio social e de vida da criança no decorrer do seu crescimento⁹.

Nesse sentido, visando cumprir com os direitos humanos da criança, a educação permanente dos enfermeiros é algo crucial, uma vez que está previsto na

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que visa a transformação dos processos, estruturas, ações e principalmente das pessoas da área da saúde¹⁰.

Uma consulta de enfermagem bem efetuada pode ser fundamental na vivência e desenvolvimento da criança, visto que muitos autistas, atualmente, ainda são diagnosticados de forma tardia, primordialmente pela falta de conhecimento dos pais sobre o TEA, sobre o desenvolvimento normal da criança e sobre a confiança no profissional de saúde que lhe atende¹¹. Dessa forma, o profissional enfermeiro deve ter um olhar apurado sobre o assunto, trabalhando na educação e saúde da população e na percepção de sinais indicadores do transtorno¹².

Portanto, o estudo teve como objetivo analisar na literatura como a consulta de enfermagem pode contribuir de maneira positiva na observação da criança para obter-se um diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista (TEA) e estender seus cuidados para orientar de maneira precisa e segura os pais de crianças com TEA. Sendo assim, o estudo foi norteado pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais os desafios enfrentados durante a consulta de enfermagem voltada aos pais de crianças do espectro autista?

MÉTODOS

A pesquisa tem caráter exploratório por meio da revisão integrativa, composta por 6 (seis) etapas, sendo elas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão¹³. A coleta de dados foi realizada por meio das bases de dados SciELO, PUBMED, BVS, LILACS e MEDLINE no intervalo de março a outubro de 2023. Para a realização do cruzamento dos descritores nas bases de dados foi utilizado como motor de busca o operador booleano “AND”, sendo selecionados artigos publicados nos últimos 5 (cinco) anos (2018-2023), nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, teses, dissertações, editoriais, relatos de

experiência, artigos de revisão, reflexões teóricas, resenhas e artigos que não responderam à pergunta condutora.

Tabela 1. Descritores selecionados para pesquisa, em conformidade com os Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e o Medical Subject Heading (MESH), utilizando como motor de busca o operador booleano AND. Pesqueira -PE, 2023.

IDIOMA	DESCRITORES
PORTUGUÊS	Saúde da criança AND Enfermagem AND Transtorno Autístico AND Pais
INGLÊS	Child Health AND Nursing AND Autistic Disorder AND Parents
ESPAÑHOL	Salud Infantil AND Enfermería AND Trastorno Autístico AND Padres

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A pesquisa visou investigar na literatura os desafios enfrentados na consulta de enfermagem voltada aos pais de crianças do espectro autista. O estudo envolveu a leitura dos artigos com intenção de privilegiar a compreensão da questão em estudo; portanto, a revisão de literatura foi utilizada como técnica principal de coleta de dados, para permitir a interpretação e utilização dos dados encontrados.

Tabela 2. Número de artigos por bases de dados e na biblioteca virtual segundo o cruzamento dos descritores de ciências da saúde - DeCS, utilizando o operador booleano AND. Pesqueira -PE, 2023.

Bases de Dados	SCIELO	PUBMED	BVS	LILACS	MEDLINE	TOTAL
Saúde da criança AND Enfermagem AND Transtorno Autístico AND Pais	0	49	55	01	54	159

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Utilizou-se o sistema Rayyan®, para sintetizar e excluir os estudos que se encontravam em duplicata nas bases de dados, sendo esta etapa conduzida por cinco revisores de forma simultânea. O processo foi iniciado mediante a exclusão de artigos duplicados, resultando na eliminação de 68 artigos de um total de 159. Logo após

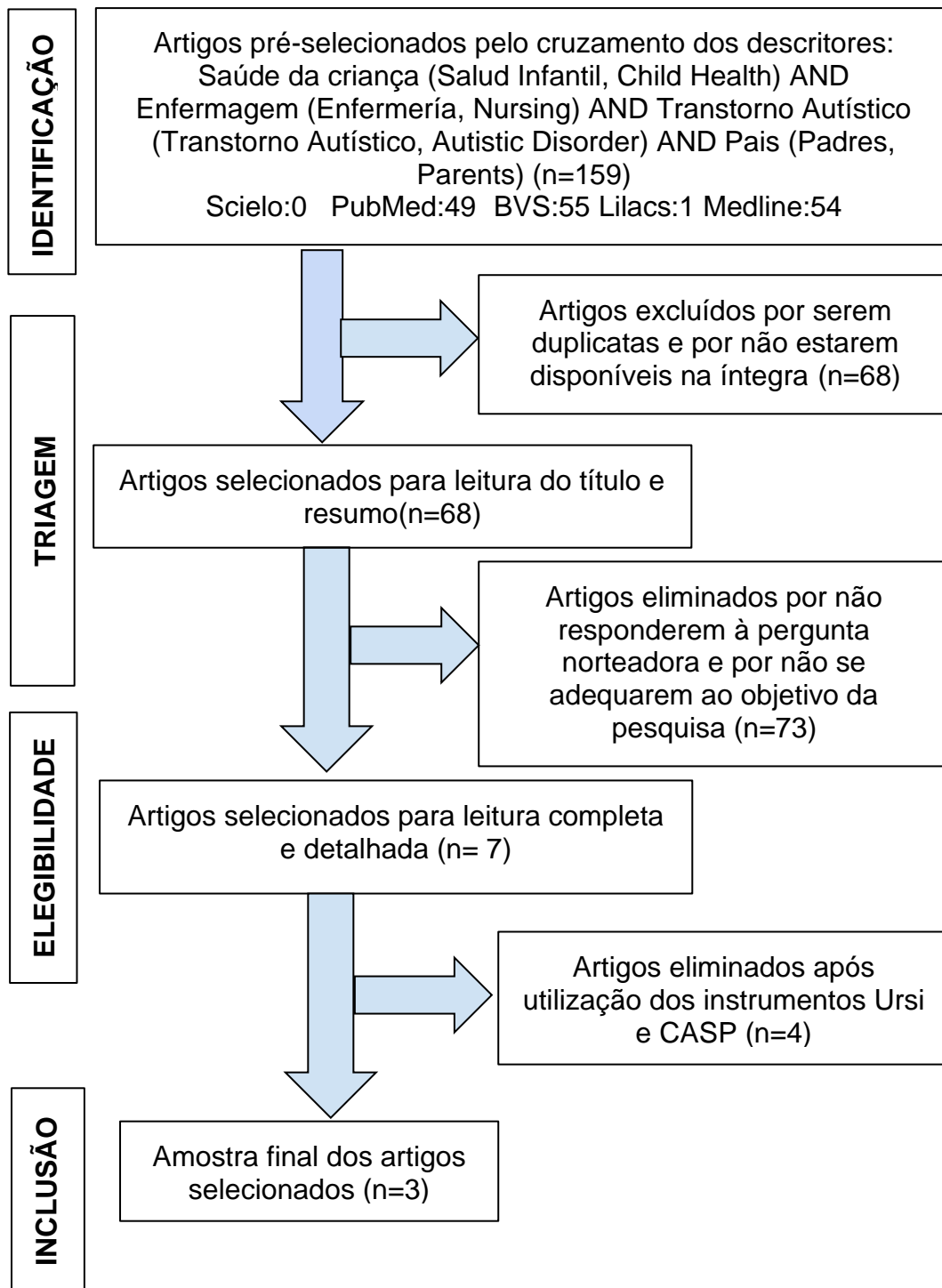
essa análise, restaram 91 artigos, que foram lidos e selecionados conforme a relevância para o tema abordado. Com essa seleção, foram eliminados 73 artigos que efetivamente não se adequaram à pergunta condutora do estudo. Em suma, foram selecionados sete artigos como amostra inicial para a revisão integrativa.

Os sete estudos pertencentes à amostra inicial foram lidos na íntegra para obtenção dos dados por meio da utilização do instrumento de coleta dos dados adaptado e validado por Ursi¹³. Esse instrumento contempla a identificação do artigo, ano de publicação, o periódico onde foi publicado, características metodológicas e síntese dos resultados encontrados. Nessa fase de verificação foram excluídos quatro estudos por não se adequarem ao objetivo do estudo, restando uma amostra final de três estudos.

Após o uso do Ursi¹³, empregou-se o Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para avaliar o teor metodológico dos estudos em relação a: identificação da descrição dos métodos estabelecidos nos critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados, processo de análise, resultados e limitações do estudo¹⁴. Posteriormente a esta análise, os três estudos foram selecionados por apresentarem nível A (7 a 10 pontos).

De acordo com a hierarquia das evidências pela abordagem metodológica, os estudos foram classificados em: nível I (revisões sistemáticas ou metanálises), nível II (ensaios clínicos randomizados controlados), nível III (ensaios clínicos sem randomização), nível IV (estudos de coorte ou de caso-controle), nível V (revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos), nível VI (estudos descritivos e qualitativos) e nível VII (opiniões de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialidades)¹⁴.

Fluxograma 1. Fluxograma da seleção dos artigos nas bases de dados.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023), adaptado de PRISMA Statement¹³

RESULTADOS

Dos três artigos selecionados, dois estavam no idioma português, o estudo um e o três^{15,17}, e o estudo dois em inglês¹⁶; em relação às bases de dados, os estudos um e três foram encontrados na BVS^{15,17} e o estudo dois na PubMed¹⁶. Concernente ao nível de evidência, os estudos um e três^{15,17} foram classificados como estudos qualitativos, enquanto o estudo dois¹⁶ utilizou de uma abordagem quanti-qualitativa, com delineamento experimental.

No estudo um¹⁵, destaca-se a vivência da família no descobrimento do autismo e a importância da enfermagem no momento da consulta com os pais da criança com autismo. Contudo, o estudo¹⁵ evidencia que os profissionais da enfermagem realizam a consulta de modo mecanizado, pois no âmbito acadêmico, muitas vezes, não foram devidamente preparados, ou seja, não se aprofundaram nas questões que vão além do diagnóstico, como nas dificuldades de adaptação a uma criança com autismo.

Em continuidade, no estudo dois¹⁶, destaca-se o método FCC (cuidado centrado na família) que fornece um atendimento mais humanizado e integral às crianças e seus pais, buscando ouvir, respeitar, compartilhar informações, colaborar, reconhecer e desenvolver os pontos fortes da criança e da família. O método é de suma importância, pois como foi destacado no estudo um¹⁵, os pais enfrentam inúmeras dificuldades, como sobrecarga do cuidado, conflitos conjugais e isolamento social devido ao diagnóstico de TEA.

Outrossim, no estudo três¹⁷, percebe-se que a principal luta enfrentada pela família consiste no estabelecimento do diagnóstico, que nem sempre é realizado precocemente devido às evidências comportamentais. Após essa fase, as dificuldades relacionais afetam a família e suas interações externas, gerando preconceito no núcleo familiar e social, mas também, manifestações de solidariedade impulsionam o acolhimento que os pais e a criança com autismo necessitam.

Quadro 3. Características dos estudos.

ARTIGO 1¹⁵	BASE / BVS
TÍTULO	Vivências familiares na descoberta do Transtorno do Espectro Autista: implicações para a enfermagem familiar ¹⁵ .
AUTORES	Bonfim TA, Giacon-Arrudal BCC, Hermes-UlianallC, GaleraIII SAF, Marchetil MA.
ANO	2020
OBJETIVO	Descrever a vivência da família no processo de descoberta do diagnóstico e início do tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista.
MÉTODO	Estudo de abordagem qualitativa, descritivo, que visou compreender a realidade intrínseca em que o indivíduo está inserido e qual significado ele dá àquela vivência.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível VI
INSTRUMENTO DE CONSULTA	A consulta foi realizada por meio de entrevistas com os pais ou responsáveis, abordando certas questões relacionadas às suas experiências no cuidado dos filhos.
CONCLUSÕES	O enfermeiro precisa ter conhecimento dessa rede de cuidados e do seu papel na equipe, para assim, poder promover uma rede de atenção integrada, articulada e efetiva em diferentes níveis, visando direcionar ações de cuidado que contemplem as necessidades e demandas tanto da criança quanto da família.
ARTIGO 2¹⁶	BASE / PUBMED
TÍTULO	Family-Centered Care: How Close Do We Get When Talking to Parents of Children Undergoing Diagnosis for Autism Spectrum Disorders? ¹⁶
AUTORES	Myers L., Karp SM, Dietrich MS. et al.
ANO	2020
OBJETIVO	Compreender como o FCC (cuidado centrado na família) atua durante o processo diagnóstico do TEA, além de investigar a relação entre problemas de saúde mental dos pais e níveis percebidos de FCC durante o processo diagnóstico.
MÉTODO	Estudo exploratório utilizou de métodos mistos e medidas qualitativas e quantitativas paralelas. O método qualitativo incluiu entrevistas individuais, seguidas da conclusão de uma pesquisa quantitativa estruturada on-line que acompanhou as perguntas da entrevista e incluiu breves perguntas relacionadas a questões de saúde mental dos pais.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível IV
INSTRUMENTO DE CONSULTA	Utilizou-se o método FCC (cuidado centrado na família) que busca fornecer um tratamento que enfatiza a escuta, fornecendo um atendimento mais humanizado e integral.
CONCLUSÕES	Grande parte dos pais que relataram um grande nível de estresse mencionou experiências negativas com a equipe, como: atitudes desdenhosas e falta de escuta dos profissionais, evidenciando a importância das interações entre profissionais e pais no diagnóstico do TEA em crianças.
ARTIGO 3¹⁷	BASE / BVS
TÍTULO	Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar ¹⁷ .
AUTORES	Mapell LD, Barbieri MC, Castro GVZB, Bonelli MA, Wernet M, Dupas G.
ANO	2018
OBJETIVO	Conhecer a experiência da família no cuidado da criança com Transtorno do Espectro Autista e discutir possibilidades do cuidado em saúde.
MÉTODO	Pesquisa descritiva, qualitativa, com análise de narrativa.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível IV
INSTRUMENTO DE CONSULTA	A consulta foi realizada por meio de entrevistas com os pais ou responsáveis, abordando certas questões relacionadas às suas experiências no cuidado dos filhos.
CONCLUSÕES	Evidencia-se que a principal luta enfrentada pela família consiste no estabelecimento do diagnóstico. Após essa fase, as dificuldades de interação afetam a família em suas atividades externas, gerando preconceitos vindo de terceiros.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

DISCUSSÃO

O transtorno do espectro autista e seu diagnóstico demandam compreensão e dedicação dos pais para cuidar da criança diagnosticada desde a infância até o desenvolvimento dela. É crucial que o cuidado da equipe de enfermagem se estenda não apenas para a criança diagnosticada, como para os genitores e/ou responsáveis.

Esse apoio visa ajudá-los e direcioná-los para melhor entendimento do TEA. Assim, os artigos¹⁵⁻¹⁷ apresentaram as dificuldades, os métodos e a importância da Enfermagem para os pais e os familiares frente ao diagnóstico do TEA.

O estudo um¹⁵ é fundamentado no enfrentamento do diagnóstico do autismo na vivência familiar, em que se discute a importância da enfermagem para as famílias no processo de aceitação e adaptação da criança com TEA. Neste contexto, a literatura demonstra que o adoecimento causa diversas alterações e mudanças na vida da criança e de sua família. Dessa forma, tais mudanças impactam na vida da família e são definidas como difíceis de serem combatidas. Ademais, elas abarcam modificações na conjuntura e nas correlações familiares, tais como: contato social com amigos, intensa carga de cuidado, desavenças entre casais e retraimento social¹⁵.

No ambiente das políticas públicas de saúde, a pessoa com TEA está amparada pela Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista¹⁸ e pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência¹⁹, sendo reservados direitos à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de proporcionar promoção da qualidade de vida e assistência integral à criança e sua família. Entretanto, demonstra-se no estudo um¹⁵ que há dificuldades para a implementação dessa política, visto que o despreparo dos profissionais de saúde devido ao pouco conhecimento em relação à maneira ideal de atender essas crianças e suas famílias dificulta a organização e integração da Rede de Atenção à Saúde para elas¹⁵.

A enfermagem é fundamental na assistência a essa população, uma vez que, na atenção primária, realiza o acompanhamento da criança desde o pré-natal, tornando-se um profissional importante no dia a dia dessas famílias¹⁵, visto que as interações impulsionam a aceitação dos pais frente ao diagnóstico do filho, onde o enfermeiro acompanha e passa todo conhecimento necessário para o início de uma nova jornada.

No entanto, a falta de preparação desses profissionais no momento da consulta impede a identificação do diagnóstico precoce, devido a não haver programas de

formação específicos para a enfermagem. Além disso, por não terem o conhecimento necessário, esses profissionais acabam oferecendo um atendimento mecanizado e, conseqüentemente, terminam provocando o encaminhamento dessa família para outro segmento de atenção, que na maioria das vezes acontece em cidades distantes, dificultando assim o tratamento da criança¹⁵.

Em relevância ao estudo anteriormente citado, ressalta-se a importância da gestão do sistema único de saúde (SUS), de investir na capacitação dos enfermeiros, principalmente da atenção primária, haja vista que estão na linha de frente para acompanhar os pais da criança com autismo nas dificuldades que surgem diante do diagnóstico, com intuito de preparar e demonstrar o conhecimento necessário para oferecerem uma consulta holística que visa todos os segmentos da pessoa autista e sua família.

O estudo dois¹⁶ analisou como o método FCC (Cuidado Centrado na Família) buscou fornecer um atendimento mais humanizado e integral às crianças e seus pais, por meio da escuta, do respeito, compartilhamento de informações, colaboração, reconhecimento e desenvolvimento dos pontos fortes da criança e da família²⁰, e se de fato tem atuado durante o processo de diagnóstico do TEA em crianças. Neste estudo, ficou evidente a necessidade de os pais serem ouvidos e atendidos quanto às suas dúvidas e problemáticas. Além disso, os pais enfatizaram essas falhas principalmente na atenção básica, que, na verdade, deveria ser o ponto forte da atenção à saúde dessa população. Observou-se, também, que após a utilização do PHQ-4 (Questionário de Saúde do Paciente), houve um elevado nível de ansiedade e estresse nesse processo de diagnóstico, como foi referenciado no estudo um¹⁵. É importante ressaltar como esse processo é difícil e mentalmente desafiador para os pais, até mesmo para os que demonstraram estar tendo suporte dos profissionais do FCC.

Sob esse viés, o estudo realizado com profissionais de três equipes multidisciplinares de serviços da Rede de Atenção à Saúde destacou a dificuldade em estabelecer de forma efetiva o cuidado para as famílias da criança com TEA em todas as assistências (primária, secundária e terciária) em decorrência da grande demanda

do trabalho e da equipe resumida, além do desconhecimento das redes específicas e do obstáculo em acompanhá-las após acessarem o serviço especializado²¹. Em contrapartida, no estudo dois¹⁶, a família é excluída como integrante do cuidado, não contribuindo no planejamento do tratamento da criança, ferindo os pressupostos da filosofia do CCF 21. Na verdade, a família deve ser inserida nesse contexto, pois sua participação é de suma importância para a aceitação e adaptação da nova rotina com o diagnóstico de TEA. Outrossim, por sua vez, os profissionais de saúde devem apoiar, encorajar e ajudar nas tomadas de decisões necessárias ao bem-estar da criança e dos membros familiares²¹.

O estudo três¹⁷ apresenta uma análise da vivência das famílias que possuem filhos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e sua interação com a sociedade. O convívio familiar desempenha um papel fundamental nesse contexto, como já foi evidenciado nos estudos um¹⁵ e dois¹⁶, uma vez que os familiares desempenham papéis ativos na interpretação das situações e nas interações com a criança, direcionando suas ações. Destaca-se, também, a relevância do trabalho em equipe nesse contexto, desde o seu diagnóstico até o seu tratamento.

Os sinais do TEA, como déficits na comunicação e na interação social, podem ser percebidos pelos pais já no início de vida da criança⁸. No entanto, muitos pais não reconhecem esses sinais como indicativos do transtorno, interpretando-os como comportamentos típicos de uma criança. Essa falta de reconhecimento acarreta diagnósticos tardios, que podem representar um desafio para as famílias. A aceitação do diagnóstico pode ser um processo difícil, resultando em sentimento de culpa, negação, insegurança e desesperança, os quais são influenciados pelo julgamento da sociedade e pela aceitação por parte dos familiares¹⁵.

O estudo dois¹⁶ e o três¹⁷ destacam a importância de um atendimento humanizado por parte dos profissionais de saúde, levando em consideração o elevado nível de estresse e ansiedade enfrentados pelas famílias. No entanto, os pais observam que muitos profissionais não possuem o conhecimento adequado para lidar com crianças com TEA, demonstrando falta de paciência para um diagnóstico bem

planejado, contribuindo para a não realização de exames apropriados e essenciais, o que resulta em lacunas no processo de avaliação.

A partir dessa análise, torna-se evidente que as famílias que suspeitam que seus filhos possam ter TEA enfrentam grandes desafios. Esses desafios incluem a falta de preparo dos profissionais de saúde, como foi retratado no estudo um¹⁵, a demora na aceitação do diagnóstico por parte da família e os preconceitos e estigmas presentes na sociedade. É necessário superar esses obstáculos, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida para as crianças com TEA e suas famílias.

CONCLUSÃO

Observou-se que ainda existem muitas falhas dos profissionais e do sistema de saúde frente ao diagnóstico do autismo e na assistência aos responsáveis. Assim, o debate a respeito do tema deveria ser previsto já nas primeiras consultas, considerando que o impacto do diagnóstico na vida das famílias e do paciente é grande e muitas vezes torna-se um motivo de confronto dentro do contexto familiar, resultando na falta de aceitação pelos que ainda não conhecem o distúrbio.

Um ponto bastante evidenciado a partir dessa revisão é a falta de conhecimento dos profissionais acerca do autismo. Frequentemente, esses profissionais não são capazes de orientar corretamente os pais sobre os cuidados necessários para os filhos com TEA ou onde buscar ajuda especializada, já que não receberam a devida capacitação durante ou após a sua formação.

É importante que esses profissionais sejam entusiastas da educação permanente, num processo de ensino e aprendizagem contínuo, em que o trabalhador é guiado a solucionar problemas cotidianos, a fim de atender às necessidades da família. Ela pode incluir: informações sobre identificação de sinais e sintomas do autismo, necessidades da família, direitos do paciente, diagnóstico e auxílio de uma equipe multiprofissional para atender às necessidades físicas, psicológicas ou de outra natureza da família.

Apesar da relevância do tema exposto, observa-se um déficit na quantidade de publicações encontradas nas bases de dados, sendo essa a principal dificuldade durante a elaboração deste estudo. Pouco se tem falado sobre o autismo, suas vertentes e seus desdobramentos. Dessa forma, ainda há muita desinformação e precariedade de estudos na área. Notou-se, a partir da análise desses estudos, que no atendimento integral há uma grande lacuna a respeito da assistência prestada aos pais/responsáveis dessas crianças.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em: 2023 abr 04] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-transtornos-do-espectro-do-autismo.pdf/view>
2. Ribeiro ACP, Nave CR, Antonucci AT, Batistella VA. Fatores etiológicos e riscos associados ao transtorno do espectro autista: Revisão Bibliográfica. *Jornal Paranaense de Pediatria*. [Internet]. 2021 jul 15 [acesso em 2023 mar 15]. Disponível em: : <https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepediatria.org.br/pdf/aop-28.pdf>
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / [Internet]. 5. ed. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana. 2022. [acesso em: 2023 abr 03]. Disponível em: https://www.academia.edu/96657644/DSM_5_Atualizado_Portugu%C3%AAs_DSM_5_TR_American_Psychiatric_Association
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Transtorno do espectro autista [Internet]. paho. [acesso em: 2023 abr 3]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista#:~:text=O%20transtorno%20do%20espectro%20autista,e%20realizadas%20de%20forma%20repetitiva.>
5. Costa NM, Santos PR dos, Beluco ACR. A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM TEA. *Autismo: avanços e desafios* [Internet]. [acesso em: 2023 abr 3]. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210705226.pdf>.
6. Robins D, Fein D, Barton M. Questionário M-CHAT-R para Despiste Precoce de Autismo com Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F)TM [internet]. 2009. [acesso

- em: 2023 abr 04] Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Portuguese_Portugal.pdf.
7. Rodrigues MS. INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS PARA AVALIAR O AUTISMO - TEA - Instituto Inclusão Brasil [Internet]. Instituto Inclusão Brasil. 2018 [acesso em: 2023 abr 4]. Disponível em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/instrumentos-diagnosticos-para-avaliar-o-autismo-tea/>
 8. Canut A, Yoshimoto D, Silva G, Carrijo P, Gonçalves A, Silva D. Diagnóstico Precoce do Autismo: Relato de Caso . Revista de Medicina e Saúde de Brasília [Internet]. 2014. [acesso em: 2023 abr 06]. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/4254/3132>.
 9. Moraes AS, Ferreira TV. Atuação da enfermagem frente ao autismo infantil. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro [Internet]. 2022 [acesso em: 2023 abr 07. 1 (ISSN 2178-6925). Disponível em: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2022/779_atuacao_da_enfermagem_frente_ao_autismo_infantil.pdf
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. 1. ed. Brasília. Ministério da Saúde; 2018. [acesso em: 2023 abr 08]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sqtes/publicacoes/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude-o-que-se-tem-produzido-para-o-seu-fortalecimento_web-2.pdf/view
 11. Homercher B, Peres L, Arruda L, Smeha L. Observação Materna: Primeiros Sinais do Transtorno do Espectro Autista Maternal. Estudos e Pesquisas em Psicologia [internet]. 2020. [acesso em: 2023 abr 08]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.52585>.
 12. Nascimento YCML, Castro CSC de, Lima JLR de, Albuquerque MC dos S de, Bezerra DG. Transtorno do espectro autista: Detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família . Rev. baiana enferm. [Internet]. 2018 [acesso em: 2023 abr 08]; 32. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25425>
 13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enfermagem [Internet]. 2008 [acesso em 2023 mai. 08]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>
 14. Silva GA, Cunha LP, Freire MAM, Tocantins FR. Produção Científica, Ações Profissionais E Atenção à Saúde Do Homem: Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem UFPE. [Internet]. vol. 10, no. 12, 16 novembro 2016, pp. 4657–4663 [Acesso em: 2023 Junho 8]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11535/13437>

15. BonfimTA, Giacon-ArrudaBCC, Hermes-Ulianall C,Galeralll SAF, Marchetil MA. Vivências familiares na descoberta do Transtorno do Espectro Autista: implicações para a enfermagem familiar. [Internet]. 2020. Revista Brasileira de Enfermagem. [Acesso em: 2023 maio 2]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cpkwQJQP8kccvs8zN4LgHCH/?lang=en>
16. Myers L., Karp SM, Dietrich MS. et al. Family-Centered Care: How Close Do We Get When Talking to Parents of Children Undergoing Diagnosis for Autism Spectrum Disorders?.[Internet]. J AutismDevDisord 51, 3073–3084. 2021. [acesso em 2023 abr 27]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33140145/>
17. Mapell LD, Barbieri MC, Castro GVZB, Bonelli MA, Wernet M, Dupas G. Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar. *Escola Anna Nery*, 22. [Internet]. 2018. [acesso em: 2023 jun]. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ean/a/zxYG5PMypVZf4YJSfjgyYg/?lang=pt&format=pdf>
18. Brasil. [Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Presidência da República. Diário Oficial da União. 27 dez 2012. \[Acesso em: 2023 maio 2\]. Disponível em:\[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm\]\(https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm\)](#)
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Saúde Da Pessoa Portadora de Deficiência.Brasilia; Ministério da Saúde; 2008. [Acesso em: 2023 maio 2]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_de_ficiencia.pdf
20. Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC) Patient- and family-centered care and the pediatrician's role.[Internet].2012. Pediatrics.[acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cpkwQJQP8kccvs8zN4LgHCH/?lang=en>
21. Bonfim T de A, Giacon-Arruda BCC, Galera SAF, Teston EF, Nascimento FGPD, Marcheti MA. Assistance to families of children with Autism Spectrum Disorders: Perception soft the multiprofessional team. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2023 [acesso em:2023 out 20] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5694.3780>

RECEBIDO: 31/10/2023
APROVADO: 25/04/2024

A relação das áreas cerebrais com o transtorno de personalidade antissocial: revisão integrativa

The relationship of brain areas with antisocial personality disorder: an integrative review

Hannara Andrade Gabina de Oliveira¹

1. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0658-6549>. Medicina. Graduando. Centro Universitário do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.
E-mail: hanna03ra@gmail.com

RESUMO

O transtorno de personalidade antissocial (TPA) é relacionado às variações estruturais e funcionais das regiões cerebrais. Frente a isso, buscou-se, por meio da revisão integrativa da literatura, verificar o que a literatura aponta como alterações estruturais e funcionais mais relevantes no TPA. Foram incluídos 6 artigos associados ao tema de pesquisa, independentemente do idioma, disponíveis na íntegra dentro do período de 2010 – 2023 nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e U.S. National Library of Medicine (PubMed). Concluiu-se que as regiões cerebrais mais relevantemente relacionadas com o TPA compreenderam a área pré-frontal, amígdala e o giro temporal superior, devido à importância desses locais para o funcionamento adequado das funções executivas e da regulação emocional.

DESCRITORES: Transtorno de Personalidade Antissocial. Cérebro. Sistema Nervoso.

ABSTRACT

Antisocial Personality Disorder (APD) is related to structural and functional variations in brain regions. In light of this, an integrative literature review was conducted to examine what the literature indicates as the most relevant structural and functional alterations in APD. Six articles associated with the research theme, regardless of language, were included, and they were fully

available within the period of 2010 – 2023 in the following databases: Virtual Health Library (BVS) and U.S. National Library of Medicine (PubMed). It was concluded that the brain regions most significantly associated with APD included the prefrontal area, amygdala, and superior temporal gyrus, due to the importance of these areas for the proper functioning of executive functions and emotional regulation.

DESCRIPTORS: Antisocial Personality Disorder. Cerebrum. Nervous System.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de personalidade frequentemente levam o indivíduo a adotar características adaptativas que são inflexíveis e destoam das expectativas culturais do meio em que estão inseridos. Existem subtipos diferentes para esses transtornos, divididos em três grupos: o grupo A, que engloba os tipos esquizotípico, esquizoide e paranoide, sendo caracterizados pela excentricidade; o grupo B, composto pelos tipos narcisista, borderline, antissocial e histriônico, sendo a regulação emocional falha comum a todos eles; e o grupo C, que inclui obsessivo-compulsivo, dependente e evitativo, reconhecidos principalmente pela ansiedade exacerbada¹.

O transtorno de personalidade antissocial (TPA), pertencente ao grupo reconhecido pela regulação emocional frequentemente falha, caracteriza-se por um comportamento de natureza antissocial, que desencadeia, por sua vez, situações de impulsividade, manipulação, agressividade e violação dos direitos de terceiros. Ademais, sua prevalência, em um período de 12 meses, corresponde aos índices entre 0,2% e 3%¹. Além disso, pode-se ser reconhecido como um transtorno do neurodesenvolvimento, dado que, para se enquadrar nessa categoria, é necessário que ele esteja presente desde a infância, apresente características atípicas na estrutura cerebral e cause danos significativos nas interações sociais, características intrínsecas ao transtorno. O TPA é marcado por falhas na conduta social, que se manifestam como insensibilidade ou indiferença aos estados emocionais de outras pessoas. Ademais, caracteriza-se pela baixa tolerância à frustração, falta de remorso ou indiferença^{2, 5-9}.

O TPA pode ser considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, apresentando uma progressão no decorrer da infância à idade adulta. Na infância, surgem sintomas característicos do transtorno desafiador opositivo, como acessos de raiva, que podem desencadear situações de conflitos no âmbito familiar e escolar. Na adolescência, a progressão transita para comportamentos agressivos e, por vezes, ilegais, característicos do transtorno da conduta, que podem desencadear atos de vandalismo e bullying. E, na idade adulta, a evolução do quadro se direciona para um padrão de desrespeito generalizado característico do TPA².

A literatura converge ao associar alterações cerebrais com o TPA, consistindo na estrutura e função reduzida da área pré-frontal, localizada na região anterior do cérebro, menor ativação da amígdala, pertencente ao sistema límbico, e estrutura reduzida do giro temporal superior, saliência situada no lobo temporal, que, por sua vez, está localizado na parte lateral e inferior do cérebro^{2,4,5,7}. Torna-se esperado que indivíduos com esse transtorno, apresentem conduções elétricas alteradas ao passarem pelo eletroencefalograma (EEG). Desse modo, o EEG, exame altamente sensível para casos de disfunção cerebral, pode ser especialmente relevante em situações em que a consciência está preservada, porém o comportamento destoa do padrão, o que é característico no TPA. Embora esse exame não seja utilizado para o diagnóstico do transtorno, ele pode indicar as desregulações emocionais e o comportamento impulsivo exacerbado por meio da atividade elétrica atípica na amígdala e no córtex pré-frontal¹.

Tendo em vista as implicações sociais que esse transtorno gera para o indivíduo afetado e para as pessoas do meio em que está inserido, como o isolamento social devido à tendência à manipulação, a inclinação para atividades ilegais, faz-se relevante a compreensão das bases neurobiológicas do TPA. O maior entendimento das alterações neuroanatômicas associadas ao TPA, possibilitaria o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas e eficazes. As intervenções farmacológicas e psicológicas têm sido limitadas no controle do comportamento antissocial². Portanto, pesquisas e implementações de tratamentos farmacológicos específicos para modular áreas associadas ao TPA, otimizando as funções neurobiológicas comprometidas, tornam-se necessárias. Além de que, a maior compreensão dessas alterações destaca a importância de disseminar técnicas utilizadas na psicologia clínica para controlar o comportamento atípico do indivíduo com TPA e analisar suas consequências. Diante disso, o objetivo desta revisão integrativa foi apresentar as variações estruturais e funcionais da neuroanatomia consideradas mais relevantes para as características atípicas correlacionadas ao TPA.

MÉTODO

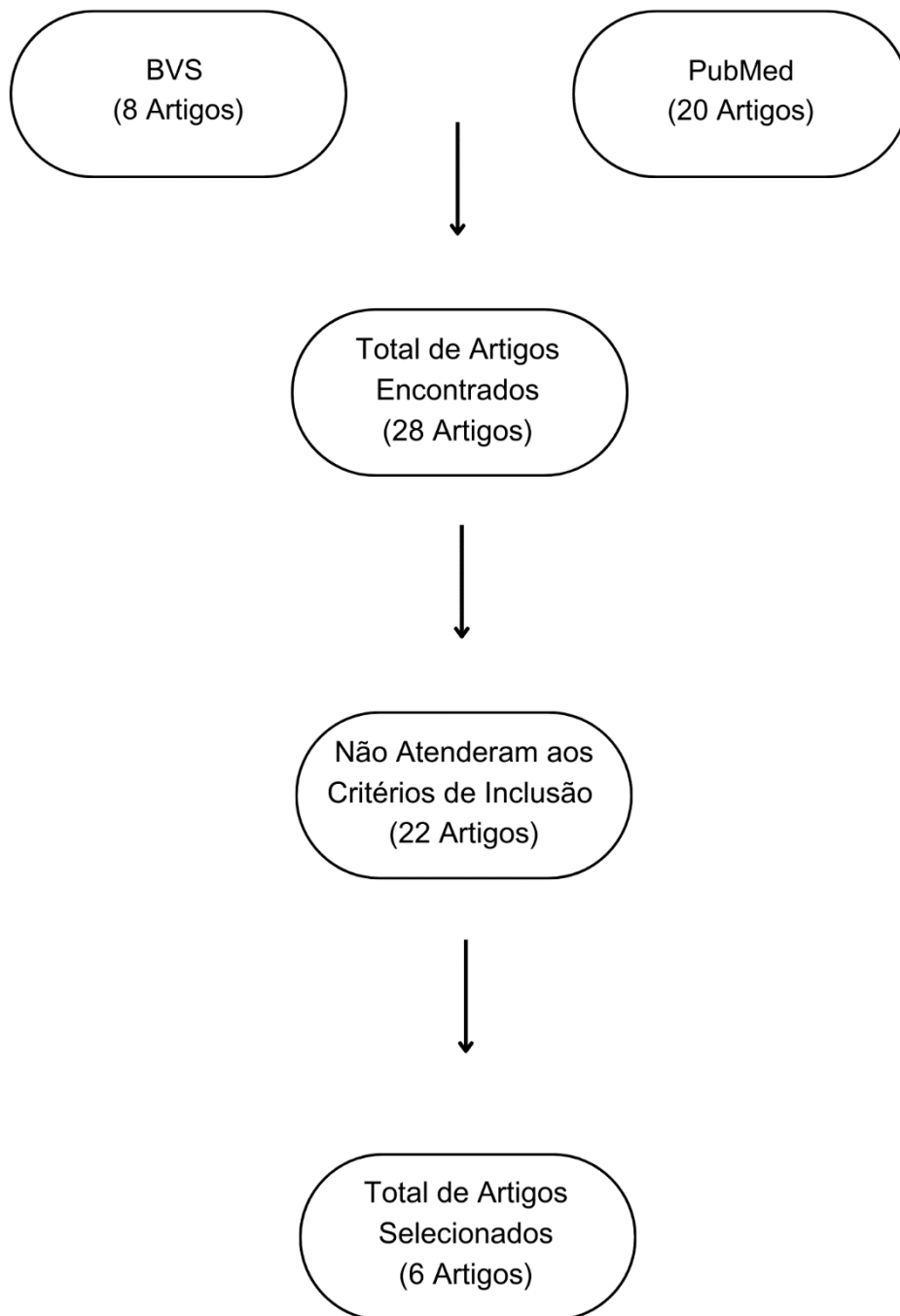
Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL) organizada em seis etapas, sendo a 1ª) elaboração da questão de pesquisa; 2ª) etapa busca por literatura em banco de dados, de acordo com critérios de inclusão e exclusão; 3ª) extração dos dados; 4ª) avaliação dos estudos incluídos; 5ª) interpretação dos resultados; 6ª) síntese do conhecimento³. A questão de pesquisa que este estudo buscou responder foi: qual a relação entre as áreas cerebrais e o transtorno de personalidade antissocial?

A busca por literatura foi conduzida na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da U.S. National Library of Medicine (PubMed), utilizou-se descritores disponíveis no Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH). Os descritores utilizados foram i) Transtorno de Personalidade Antissocial; ii) Cérebro e iii) Sistema Nervoso, com o operador booleano “AND”. Deste modo, a busca utilizou “Transtorno de Personalidade Antissocial AND Cérebro AND Sistema Nervoso”. O critério de inclusão utilizado considerou apenas artigos dos últimos treze anos (2010 – 2023), disponíveis gratuitamente e na íntegra, independentemente do idioma. Excluíram-se todos os manuscritos não relacionados com o tema proposto e que não cumpriram os critérios de inclusão. No processo de análise crítica dos artigos foram coletados dados como título da revista, ano de publicação, nome dos autores, objetivo do estudo, tipo de estudo, aspectos metodológicos, principais resultados e conclusões.

Na plataforma BVS, foram encontrados oito manuscritos, sendo que seis artigos foram excluídos e dois artigos passaram por avaliação crítica. Na plataforma PubMed, foram encontrados vinte artigos, dezesseis foram excluídos e quatro passaram pela avaliação crítica, totalizando seis artigos. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos, avaliando a relevância em relação à pergunta norteadora, o que resultou em uma amostra de vinte artigos. A partir da leitura completa dos manuscritos, foram selecionados seis artigos que atendiam os critérios de inclusão e exclusão, formando a amostra final. A figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos.

Figura 1. Seleção de artigos de acordo com as bases de dados.

Fonte:



Elaborado pelo autor (2023)

RESULTADOS

De acordo com os resultados, dos artigos selecionados, quatro foram artigos originais, um foi do tipo relato de caso e um uma revisão, sendo em sua maioria dos últimos dez anos (Quadro 1).

Quadro 1. Características dos artigos avaliados.

Ano/ Autores	Título	Periódico	Metodologia
2018/ Raine A	Antisocial Personality as a Neurodevelopmental Disorder	<u>Annual Review of Clinical Psychology</u>	Revisão
2016/ Jianga W, Lic G, Liua H, Shic F, Wangc T, Shenc C, et al	Reduced Cortical Thickness and Increased Surface Area in Antisocial Personality Disorder	Neuroscience	Artigo Original
2011/ Boes AD, Grafft AH, Joshi C, Chuang NA, Nopoulos P, Anderson SW	Behavioral effects of congenital ventromedial prefrontal cortex malformation	BMC Neurology	Relato de Caso
2017/ Schiffer B, Pawliczek C, Müller BW, Wiltfang J, Brüne M, Forsting M	Neural Mechanisms Underlying Affective Theory of Mind in Violent Antisocial Personality Disorder and/or Schizophrenia	Schizophrenia Bulletin	Artigo Original
2018/ Yang Y, Raine A, Joshi AA, Joshi S, Chang Y-T, Schug RA, et al	Frontal information flow and connectivity in psychopathy	<u>The British Journal of Psychiatry</u>	Artigo Original
2014/ Kumari V, Uddin S, Premkumar P, Young S, Gudjonsson GH, Raghuvanshi S, et al	Lower anterior cingulate volume in seriously violent men with antisocial personality disorder or schizophrenia and a history of childhood abuse	<u>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</u>	Artigo Original

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

O seguinte quadro representa os objetivos de cada estudo encontrados na literatura.

Quadro 2. Objetivos de cada estudo

Título	Objetivo
Antisocial Personality as a Neurodevelopmental Disorder	Definir o TPA como um transtorno do neurodesenvolvimento.
Reduced Cortical Thickness and Increased Surface Area in antisocial personality disorder	Correlacionar a espessura cortical mais fina com o TPA.
Behavioral effects of congenital ventromedial prefrontal cortex malformation	Relacionar a malformação congênita do córtex pré-frontal ventromedial a um perfil comportamental antissocial.
Neural Mechanisms Underlying Affective Theory of Mind in Violent Antisocial Personality Disorder and/or Schizophrenia	Correlacionar o comportamento antissocial à ativação maior em sub-regiões associadas à ToM cognitiva e menor em sub-regiões ligadas à ToM afetiva.
Frontal information flow and connectivity in psychopathy	Relacionar o TPA com a transmissão de informações no córtex frontal.
Lower anterior cingulate volume in seriously violent men with antisocial personality disorder or schizophrenia and a history of childhood abuse	Associar o volume reduzido do cíngulo anterior a comportamentos violentos presentes no TPA e esquizofrenia.

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

O quadro 3 apresenta as principais informações dos artigos sendo que três trazem a sintomatologia, dois abordam perfil comportamental e sua relação com

regiões cerebrais e outro apresenta a correlação da espessura cortical nos indivíduos com TPA.

Quadro 3. Descrição dos principais achados correlacionados com a pergunta norteadora.

Título	Principais achados
Antisocial Personality as a Neurodevelopmental Disorder	Abordagem do TPA como um transtorno do neurodesenvolvimento, destacando a progressão dos seus sintomas ao longo das etapas da infância, adolescência e idade adulta.
Reduced Cortical Thickness and Increased Surface Area in antisocial personality disorder	Correlação da espessura cortical mais fina aos indivíduos com TPA.
Behavioral effects of congenital ventromedial prefrontal cortex malformation	Descrição de um perfil comportamental antissocial relacionado à malformação congênita do córtex pré-frontal ventromedial.
Neural Mechanisms Underlying Affective Theory of Mind in Violent Antisocial Personality Disorder and/or Schizophrenia	Correlação do comportamento antissocial à ativação maior em sub-regiões associadas à ToM cognitiva e menor em sub-regiões ligadas à ToM afetiva.
Frontal information flow and connectivity in psychopathy	Descrição de características fundamentais do TPA, como a falta de sensibilidade pelo estado emocional de terceiros.
Lower anterior cingulate volume in seriously violent men with antisocial personality disorder or schizophrenia and a history of childhood abuse	Abordagem de características presentes no comportamento antissocial, como a baixa tolerância à frustração, falta de remorso ou indiferença.

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

DISCUSSÃO

Os artigos selecionados convergiram ao associar estruturas cerebrais com o TPA, em destaque a área pré-frontal como a principal estrutura relacionada e, em menor evidência, algumas regiões do sistema límbico e do lobo temporal^{2, 5-9}.

Os pacientes com TPA costumam apresentar uma estrutura e função reduzida no córtex pré-frontal dorsolateral, bem como no córtex orbito frontal². Essas duas sub-regiões fazem parte da área pré-frontal do córtex cerebral, tendo significativa importância para o controle de comportamentos socialmente inadequados. Do ponto de vista da neuroanatomia, o córtex pré-frontal dorsolateral participa do comando das funções executivas de um indivíduo, ou seja, a capacidade de planejar com antecedência e analisar as consequências das próprias ações é responsabilidade dessa estrutura. Enquanto, o córtex orbito frontal, está envolvido no processamento de emoções e na manutenção da atenção⁴.

Constatou-se que lesões no córtex pré-frontal resultaram em falta de controle inibitório, intrinsicamente ligado ao ato de planejar e à análise de consequências, assim como resultaram na falta de tomada de decisões, características presentes no comportamento antissocial. Além disso, analisou-se que a impulsividade está positivamente associada à espessura cortical do giro frontal superior, giro frontal médio e do giro frontal inferior, sendo essas três estruturas pertencentes ao córtex pré-frontal. Logicamente, o córtex orbito frontal, bem como a parte triangular e orbital do giro frontal inferior, apresentaram a espessura cortical mais fina em indivíduos com transtorno de personalidade antissocial⁵.

Um estudo anterior descreveu um perfil comportamental relacionado à malformação congênita do córtex pré-frontal ventromedial, em que características antissociais se destacavam, provando como uma lesão cortical nessa sub-região pode interromper o comportamento pró-social. Esse relato de caso foi marcado pela agressividade, manipulação e insensibilidade. Ademais, foi exposto que o desacato pelas autoridades e a falta de resposta à punição, advinda de comportamentos inapropriados, foram desfechos constantes nesse retrato comportamental. A ponderação de escolhas, a empatia, o comportamento pró-social, assim como a resposta a autoridades e punições mostraram-se afetadas por essa malformação

congenita, uma vez que o córtex pré-frontal ventromedial, que está localizado nas regiões ventral e medial da área pré-frontal, tem papel importantíssimo nas funções executivas⁶.

Em pessoas com a personalidade antissocial, foi encontrada uma ativação maior na área pré-frontal e uma ativação menor no corpo amigdalóide. A Teoria da Mente (ToM) consiste na capacidade da compreensão dos estados mentais, podendo ser próprios ou de terceiros. Essa compreensão é fundamental para a interação social, entendimento acerca das intenções e, conseqüentemente, para a previsão das ações de outras pessoas, o que desencadeia as ações comportamentais dos indivíduos. Divide-se em ToM cognitiva, a habilidade de entender as intenções, ações e pensamentos dos outros, e em ToM afetiva, que diz respeito ao entendimento das emoções dos outros. O TPA foi relacionado com a maior ativação em sub-regiões associadas à ToM cognitiva, regiões da área pré-frontal, bem como uma ativação menor em áreas relacionadas à ToM afetiva, como a amígdala. Logicamente, a tendência à manipulação, encontrada no TPA, pode ser desencadeada por essa maior estimulação da ToM cognitiva, enquanto a insensibilidade pode ser originada a partir da redução da atividade da ToM afetiva⁷. Além disso, tanto o volume reduzido da amígdala, estrutura ligada à regulação emocional, como deformações dos núcleos basal e central, também encontrados no corpo amigdalóide, foram associados às características antissociais².

Os pacientes com TPA costumam apresentar a espessura cortical afilada do giro temporal superior. Essa estrutura caracteriza-se como uma saliência localizada na região temporal do córtex cerebral, estando associada ao processamento de emoções e o comportamento advindo delas. Por isso, essa espessura cortical afilada também foi correlacionada à falta do controle inibitório, ou seja, o comportamento impulsivo presente no TPA, tornando-se mais uma área associada às características desse transtorno⁵.

CONCLUSÃO

O maior entendimento das alterações estruturais e da função reduzida das sub-regiões da área pré-frontal, juntamente à amígdala e ao giro temporal superior, podem

contribuir para a compreensão das características atípicas do TPA, embora seja importante reconhecer as limitações devido à complexidade das bases neurobiológicas relacionadas ao comportamento. A tomada de decisão moral debilitada, que pode levar a comportamentos ilícitos, por exemplo, muitas vezes presente nesse transtorno, tende a ocorrer devido ao alto nível de impulsividade, ou seja, a menor capacidade da tomada de decisões e, por sua vez, ocorre a falha na análise das consequências das próprias ações. Desse modo, as alterações do córtex orbito frontal e dos giros frontais, pertencentes ao córtex pré-frontal, podem explicar esse tipo de comportamento. Ademais, a menor ativação em áreas da regulação emocional, analisada pela Teoria da Mente, como a amígdala, tende a resultar em maior dificuldade na demonstração de empatia. Apesar dos achados dessa revisão tentarem explicar a origem neuroanatômica e neuroquímica dos atos característicos do TPA, constatando as alterações estruturais e funcionais das áreas pré-frontal, límbica e temporal, é necessário um maior aprofundamento da relação da neuroanatomia e neurobiológica com esse transtorno. Tal aprofundamento pode ser executado a partir da investigação da contribuição genética para o TPA e de possíveis modificações epigenéticas que possam influenciar a expressão gênica associada ao transtorno, análises não tão disseminadas na literatura. Isso se torna fundamental devido às implicações sociais para os indivíduos afetados e para o ambiente ao seu redor, assim como para viabilizar o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas e eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
2. Raine A. Antisocial Personality as a Neurodevelopmental Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018; 14:259–89. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084819>
3. Teixeira E, Medeiros HP, Nascimento MHM, Silva BACe, Rodrigues C. Revisão integrativa da literatura passo a passo & convergências com outros métodos de revisão. *Rev enferm UFPI*. 2014; 3(2). doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v2i5.1457>

4. Machado A, Haertel LM. Neuroanatomia Funcional. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2014.
5. Jianga W, Lic G, Liua H, Shic F, Wangc T, Shenc C, et al. Reduced Cortical Thickness and Increased Surface Area in Antisocial Personality Disorder. *Neuroscience*. 2016; 337:143–52. doi: [10.1016/j.neuroscience.2016.08.052](https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.08.052)
6. Boes AD, Grafft AH, Joshi C, Chuang NA, Nopoulos P, Anderson SW. Behavioral effects of congenital ventromedial prefrontal cortex malformation. *BMC Neurology*. 2011; 11(1). doi: <https://doi.org/10.1186%2F1471-2377-11-151>
7. Schiffer B, Pawliczek C, Müller BW, Wiltfang J, Brüne M, Forsting M, et al. Neural Mechanisms Underlying Affective Theory of Mind in Violent Antisocial Personality Disorder and/or Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2017 43(6). doi: <https://doi.org/10.1093%2Fschbul%2Fsbx012>
8. Yang Y, Raine A, Joshi AA, Joshi S, Chang Y-T, Schug RA, et al. Frontal information flow and connectivity in psychopathy. *BJPsych*. 2018; 201(5). doi: [10.1192/bjp.bp.111.107128](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107128)
9. Kumari V, Uddin S, Premkumar P, Young S, Gudjonsson GH, Raghuvanshi S, et al. Lower anterior cingulate volume in seriously violent men with antisocial personality disorder or schizophrenia and a history of childhood abuse. *ANZJP*. 2014; 48(2). doi: <https://doi.org/10.1177/0004867413512690>

RECEBIDO: 31/07/2023
APROVADO: 10/05/2024

O cuidado ao câncer de boca na Atenção Primária: uma revisão integrativa

Oral cancer care in Primary Care: An integrative review

Renata d'Andrada Tenório Almeida Silva¹, Renata Guerda de Araújo Santos², Luciano Bairros da Silva³, Maricelly Gómez Vargas⁴ e Sonia Maria Soares Ferreira⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5615-1172>, Médica. Mestre. Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, Centro Universitário Cesmac. E-mail: d_andrada@hotmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0682-8880>, Professora. Doutora. Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, Centro Universitário Cesmac. E-mail: renata.santos@cesmac.edu.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8864-3881>, Professor. Doutor. Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, Centro Universitário Cesmac. E-mail: luciano.santos@cesmac.edu.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2389-7821>, Professora. Universidade de Antioquia, Colômbia. E-mail: maricelly.gomez@ufba.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4825-171X>, Professora. Doutora. Mestrado Profissional Pesquisa em Saúde, Centro Universitário Cesmac. E-mail: sonia.ferreira@cesmac.edu.br

RESUMO

O câncer de boca segue sendo um problema de Saúde Pública. O estabelecimento de fluxos, organogramas e protocolos clínicos é ferramenta indispensável para o cuidado. O objetivo desta Revisão Integrativa foi identificar, na literatura, as práticas dos Cirurgiões-Dentistas na Atenção Primária sobre o cuidado ao câncer de boca. Foram utilizadas as bases de dados BVS e PubMed, com os descritores: Atenção Primária, Câncer de Boca e Cirurgião-Dentista. Foram incluídos artigos publicados nos idiomas português e inglês, entre os anos 2012 e 2021. Onze artigos foram selecionados para análise. As categorias produzidas foram: o papel do cirurgião-dentista no manejo do câncer de boca, o conhecimento do profissional e a organização da rede de atenção. Apesar de os artigos

relatarem um bom nível de conhecimento, foram identificados relatos de inconsistências em relação ao manejo clínico e à insegurança na execução das práticas assistenciais.

DESCRITORES: Neoplasias Bucais. Odontólogos. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Oral cancer continues to be a public health problem. The establishment of flows, organizational charts, and clinical protocols are indispensable tools for care. The objective of this Integrative Review was to identify in the literature the practices of Dental Surgeons in Primary Care regarding oral cancer care. The VHL and PubMed databases were used, with the descriptors: Primary Care, Oral Cancer and Dental Surgeon. Articles published in Portuguese and English between 2012 and 2021 were included. Eleven articles were selected for analysis. The categories produced were: The role of the dental surgeon in the management of oral cancer, the knowledge of the professional and the organization of the care network. Although the articles reported a good level of knowledge, reports of inconsistencies in relation to clinical management and insecurity in the execution of care practices were identified.

DESCRIPTORS: Mouth Neoplasms. Dentists. Primary Health Care



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Os tumores malignos de cavidade oral representam mais de 40% dos cânceres de cabeça e pescoço, com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino acima de 50 anos¹. As causas estão relacionadas ao tabagismo (charuto, cachimbo, fumo de rolo, rapé, narguilé e outros produtos derivados de tabaco, inclusive cigarros eletrônicos), ao etilismo, ao consumo de alimentos não saudáveis (dieta pobre em frutas e vegetais), à infecção pelo papilomavírus humano (HPV) oncogênico e à exposição ao sol¹. De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), para cada ano do triênio 2023-2025, são previstos 15.100 novos casos de câncer da cavidade oral no Brasil².

A despeito dos avanços em produção científica, o câncer de boca permanece como um problema de saúde pública, com ações pouco efetivas para reduzir os indicadores de incidência e mortalidade em quase todo o mundo³. O diagnóstico tardio tem sido amplamente estudado e associado com frequência a um pior prognóstico, com elevados índices de mortalidade e de tratamentos mutiladores⁴.

A identificação de lesões suspeitas na cavidade oral não deveria oferecer grandes desafios, pois a boca é um local anatômico de fácil acesso para exame, viabilizando assim o diagnóstico das lesões em seus estágios iniciais. No entanto, a situação do câncer da cavidade oral no Brasil é preocupante, pois o país continua entre os de mais elevadas taxas de incidência e mortalidade do mundo, atribuídas ao diagnóstico tardio da maioria das lesões⁵.

A atual concepção de organização dos serviços de saúde aponta a Atenção Primária como centro de comunicação e ordenação do cuidado⁶. No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS) se mostra favorecida pelo desenho da Política Nacional de Saúde Bucal, que fortalece os princípios do cuidado, da equidade e da integralidade⁷. Nesta direção, a Estratégia de Saúde da Família, em função de sua abrangência de atuação no território, desempenha um papel crucial nas ações de prevenção primária e educação em saúde, sobretudo, ao considerar as especificidades das populações adscritas, tais como: cultura, economia local, saberes e práticas populares, entre outros aspectos.

O estabelecimento de fluxos, organogramas e protocolos clínicos é ferramenta indispensável para organizar os processos de trabalho para a gestão e atenção à saúde, de forma a garantir a integralidade e resolutividade do cuidado,

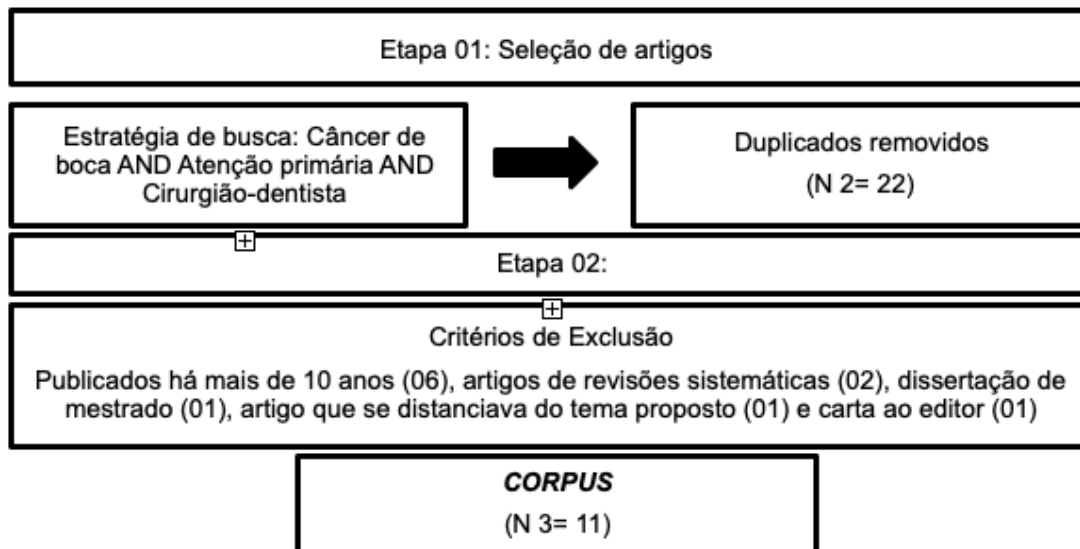
sobretudo a partir da perspectiva dos profissionais que estão vinculados à Atenção Primária⁹. Sendo assim, essa Revisão Integrativa (RI) busca identificar as práticas dos profissionais da odontologia na Atenção Primária sobre o cuidado ao câncer de boca presentes nas publicações disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no PubMed.

MÉTODO

De acordo com Souza et al.¹⁰, a RI emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos. Ainda segundo as autoras, tal abordagem metodológica permite visualizar dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Para este trabalho de RI, adotamos os bancos de dados da BVS e do PubMed como estratégias centrais para a construção das buscas. A escolha destes bancos de dados se deu em função de sua representatividade e importância para o campo da saúde pública e coletiva no Brasil e também por serem alguns dos mais acessados entre os/as pesquisadores/as brasileiros/as. Foi estabelecida como pergunta norteadora: “*O que falam os artigos sobre o cuidado ao câncer de boca na perspectiva dos cirurgiões-dentistas?*”. As buscas foram realizadas no período entre julho e setembro de 2021.

A estratégia de busca utilizou os Descritores em Ciências da Saúde (Desc) e o MeSH (*Medical Subject Headings*), na tentativa de ampliar os resultados. Os descritores utilizados foram: Atenção Primária, Câncer de Boca e Cirurgião-Dentista, assim como os seguintes termos MeSH: *Dentist*, *Mouth Neoplasms* e *Primary Care*. Para refinar a estratégia de busca, foi utilizado o operador booleano AND, a fim de facilitar o acesso aos temas de interesse. Dessa forma, ao cruzar todos os descritores, chegou-se a um valor de N1 = 38. Foram descartados os artigos duplicados, resultando no valor de N2 = 22. Destes, aplicados os critérios de inclusão dos artigos publicados entre os anos 2012 e 2021 e relacionados com os temas e objetivos desta RI, e exclusão, artigos de revisão sistemática ou de literatura, relatos de casos, capítulos de livros, cartas ao editor, teses, dissertações e artigos que se distanciavam do tema proposto, chegou-se ao total de N3 = 11, conforme o Quadro 01.

Quadro 01. Fluxograma da realização do estudo



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023)

Para as análises, primeiramente, foi realizada uma leitura na íntegra de todos os artigos (N3 = 11) com o objetivo de possibilitar uma aproximação dos temas e repertórios presentes nos textos. Em seguida, foi construído um mapa contendo os autores, ano, objetivos, tipo de estudo e resultados. Este mapa permitiu sistematizar e caracterizar o *corpus* para análise. Posteriormente, estes dados foram submetidos a leituras e releituras com o objetivo de identificar os temas de interesse presentes nessas publicações. Por fim, foram produzidas três categorias, que articulam as práticas sobre a produção do cuidado ao câncer de boca dos cirurgiões-dentistas na Atenção Primária, considerando os argumentos e posicionamentos presentes nas publicações: o papel do cirurgião-dentista no manejo do câncer de boca, o conhecimento do profissional e a organização da rede de atenção.

RESULTADOS

O tipo de estudo que predominou foi o quantitativo (9), sendo um estudo de natureza qualitativa e outro estudo adotou as duas abordagens (quantitativo-qualitativo). Em relação ao idioma, os artigos foram publicados em inglês (7) e português (4), em revistas originadas no Brasil (6), Alemanha (1), Itália (1), Estados Unidos (2) e Tailândia (1), entre os anos de 2012 e 2020. Após a busca nas bases de dados conforme procedimento explicitado no item anterior, os artigos selecionados foram sistematizados conforme o Quadro 02.

Quadro 02. Características das publicações selecionadas, objetivos e aspectos metodológicos

ID	Autor(a)	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
Artigo 01	Galante et al., 2020 ¹⁶	Avaliar o fluxo de pacientes com câncer de boca na atenção primária e a percepção dos dentistas a respeito do diagnóstico na cidade de São Paulo.	Quantitativo- Qualitativo	A maneira como a rede de atenção ao câncer de boca está organizada cria barreiras ao exercício profissional em sua plenitude, gerando perdas no processo de cuidado. Os dentistas da atenção primária reconhecem seu papel na rede de atenção, mas a fragmentação dos processos de trabalho compromete o cuidado integral.
Artigo 02	Oliveira et al., 2020 ¹⁷	Avaliar o conhecimento do CD que atua na atenção primária de Mossoró-RN sobre o câncer de boca.	Quantitativo	A maioria dos CD apresenta nível de conhecimento entre bom e regular, mas sente-se insegura para realizar procedimentos diagnósticos. Menos da metade participou de cursos de capacitação em câncer bucal nos últimos 5 anos.
Artigo 03	Nazar et al., 2019 ¹⁸	Avaliar o conhecimento dos dentistas acerca do câncer de boca, suas opiniões, atitudes e práticas na atenção primária do Kuwait.	Quantitativo	A maioria dos profissionais não incorpora o conhecimento em sua prática rotineira, além de desconhecer aspectos importantes sobre a história natural da doença. Mais da metade refere não ter recebido treinamento adequado para realizar rastreamento do câncer de boca e 81% encaminha o paciente com lesões suspeitas.
Artigo 04	Barros et al., 2017 ¹⁹	Compreender os significados, crenças e valores produzidos pelos CD dentro da realidade social e cotidiana.	Qualitativo	A doença sofre de invisibilidade, sendo o tema pouco abordado nas reuniões setoriais. Há inconsistências em relação aos fluxos de referência de pacientes com lesões suspeitas, pois nenhum dentista conhecia o fluxo recomendado pela central reguladora. Os CD referem fragilidade técnica e insegurança no diagnóstico de lesões suspeitas, denunciando lacunas na formação desses profissionais.

Artigo 05	Noro et al., 2017 ²⁰	Compreender o papel dos CD que atuam na AP de Fortaleza, considerando seu conhecimento e disposição em realizar diagnóstico precoce e biópsia na Unidade Básica.	Quantitativo	A maioria teve contato com lesões suspeitas, mas apenas 10,7% sente-se apta a realizar a biópsia na UBS. Há lacunas no treinamento para realização de biópsia durante a graduação, visto que não houve diferença entre os participantes, de acordo com o tempo de graduação.
Artigo 06	Roxo-Gonçalves et al., 2017 ²¹	Avaliar a habilidade de dentistas e não dentistas da atenção primária em realizar diagnóstico de lesões da cavidade oral, além de descrever a proposta de um curso de educação continuada para profissionais da atenção primária como estratégia de educação continuada.	Quantitativo	Os participantes apresentaram grande dificuldade em identificar lesões compatíveis com câncer no estágio inicial, evidenciando lacunas no conhecimento relacionado a identificação de lesões na cavidade oral. Os não dentistas apresentaram maior dificuldade na identificação das lesões, deixando sem resposta um número elevado de questões.
Artigo 07	Hassona et.al., 2016 ⁴	Determinar as práticas realizadas por profissionais da atenção primária, comparar atuação de dentistas e médicos e identificar fatores que influenciam sua habilidade em reconhecer lesões com potencial maligno e evidências clínicas de câncer de boca.	Quantitativo	Há lacunas no conhecimento sobre fatores de risco, lesões com potencial maligno e métodos diagnósticos. Apenas 13% recebeu treinamento em técnicas de diagnóstico e 87,6% encaminham os pacientes com lesões suspeitas a centros especializados. O nível de conhecimento foi maior entre os profissionais que já tiveram contato com lesões suspeitas ou diagnosticadas e entre os graduados há menos de 10 anos.
Artigo 08	Sousa et.al, 2014 ²²	Compartilhar a experiência da implementação de uma rede voltada	Quantitativo	Foram encontradas fragilidades no nível primário de atenção. Apenas metade dos CD reconhecem as eritroplasias e a

		ao diagnóstico do câncer de boca através da integração da atenção primária, secundária e terciária, e identificação de possíveis fragilidades desse processo.		queilite actínica como lesões pré-malignas. 57% dos dentistas nunca realizou uma biópsia e 59,3% expressa ansiedade ao se deparar com um caso de câncer da cavidade oral.
Artigo 09	Andrade et al., 2014 ²³	Identificar o grau de conhecimento dos CD atuantes na atenção primária da rede pública sobre o câncer de boca.	Quantitativo	A maioria realiza exame físico da cavidade oral. Todos os participantes referem participação em cursos de educação continuada, mas a maioria descreve os fatores de risco equivocadamente e desconhece o sítio mais comum de lesão, expondo lacunas no conhecimento básico.
Artigo 10	Cunha et al., 2013 ²⁴	Esclarecer, a partir da percepção dos profissionais, as possíveis razões presentes na AP que justifiquem o atraso na chegada do paciente aos setores de atenção à saúde de maior complexidade.	Quantitativo	A maioria compreende o papel da AP no manejo do CB e a reconhece como porta de entrada na rede de atenção. Apenas 62,2% encaminha o paciente ao CEO para biópsia, mas apenas 33,8% dos CD contam com um CEO em seu município de atuação. Um terço dos entrevistados não acompanha o paciente enquanto realiza o tratamento em serviços especializados e a maioria relata insegurança na realização de procedimentos de rastreamento e diagnóstico.
Artigo 11	Sartori et al., 2012 ²⁵	Determinar a acurácia de um programa de rastreamento de lesões potencialmente malignas através de inspeção da cavidade oral realizada por dentistas da atenção primária.	Quantitativo	Os 15 dentistas do estudo conseguiram identificar a maioria das lesões com aspecto suspeito. O resultado evidencia a importância de investir em treinamento das equipes de saúde bucal na identificação de lesões suspeitas e sugere inclusão de agentes de saúde em capacitações semelhantes.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022)

A leitura dos artigos na íntegra permitiu a identificação de categorias temáticas em que estão inseridos assuntos correlatos, conforme descrito no Quadro 03.

Quadro 03. Sistematização das categorias temáticas

Categoria temática	Artigos e assuntos abordados
O papel do cirurgião-dentista no manejo do câncer de boca	Práticas assistenciais ^{4, 11, 18-20, 24} , procedimentos diagnósticos ^{4, 17-20, 22-25} , exame da cavidade oral ^{4, 17, 23, 25} , sentimentos mobilizados no enfrentamento ao câncer de boca ^{19, 22} .
Conhecimento do profissional	Nível de conhecimento ^{4, 17, 18, 21-23} , lacunas no conhecimento ^{4, 17-19, 21-23} , cursos de capacitação ^{4, 17-21, 23-25} , formação acadêmica ^{4, 17-20, 23} .
Organização da rede de atenção	Processos de trabalho ¹⁹ , invisibilidade da doença ¹⁹ , fluxos de referência ^{16, 18, 19} , cuidado integrado ^{16, 19} , papel da Atenção Primária ^{16, 24} , atraso no diagnóstico ^{16, 22, 24} , deficiência de serviços especializados ²⁴ , fragmentação do cuidado ¹⁶ .

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023)

DISCUSSÃO

O papel do cirurgião-dentista no manejo do câncer de boca

Neste eixo, articulam-se temas que situam o desenvolvimento de competências e habilidades dos cirurgiões-dentistas para o manejo clínico do cuidado ao câncer de boca no contexto da Atenção Primária. Aparece, como questão de pesquisa, o estabelecimento de fluxos que possam garantir resolutividade e integralidade do cuidado e o desafio que o CD enfrenta ao se deparar com a possibilidade de diagnóstico de câncer bucal.

O CD que atua na Atenção Primária exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, ao assumir a responsabilidade de propor ações que facilitem o reconhecimento de pacientes pertencentes aos grupos de risco e ao desenvolver ações voltadas ao diagnóstico precoce de lesões suspeitas²⁶. Segundo o Ministério da Saúde, no tocante ao câncer de boca, compete à Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica a realização de exames periódicos em grupos de risco, o

desenvolvimento de intervenções centradas na promoção da saúde, com ações individuais e coletivas de prevenção e detecção precoce das lesões, ações direcionadas ao controle dos fatores de risco, integrar a Equipe de Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo e etilismo, além de informar sistematicamente a população sobre locais de referência para exame de diagnóstico precoce do câncer de boca²⁷.

O exame detalhado da cavidade oral representa uma das ações mais importantes no manejo clínico da doença, e sua realização deve ser encorajada e inserida na rotina dos atendimentos dos profissionais da odontologia da Atenção Primária. Em um dos artigos, os resultados apontam que a maioria dos CD reconhece essa etapa do exame como prática mandatária no manejo do câncer de boca¹⁸. Andrade et al.²³ corroboram esse achado, ao relatar que 86,9% dos dentistas da Atenção Básica referem realizar exame clínico da cavidade oral. Esses achados são semelhantes a Yellowitz et al.²⁸ e Pinheiro et al.²⁹, nos quais 74% e 73,7% dos dentistas, respectivamente, afirmaram incorporar essa prática à rotina de atendimentos. Em contraste com os estudos anteriores, Hassona et al.⁴ constataram que apenas 17,8% dos CD realizam exame da cavidade oral. A discrepância entre os resultados poderia ser explicada pelo fato de o último preocupar-se em detalhar o exame da cavidade oral realizado na triagem do câncer de boca, acessando outras informações, como todos os sítios orais e extra-orais que são examinados. Nesse aspecto, observou-se que a minoria dos entrevistados nesta pesquisa examina o soalho de boca, considerado como local mais comum de lesão e, dessa forma, não realiza o exame completo preconizado.

Quanto a ações coletivas voltadas à prevenção e promoção da saúde no contexto do câncer de boca, nenhum estudo incluído nessa RI abordou o tema. O fato dessa temática estar ausente nas discussões em análise poderia estar relacionado à pouca importância atribuída a tais práticas. Um dos estudos aponta que o câncer de boca não é foco das discussões em reuniões mensais da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que os autores descrevem como invisibilidade dessa doença, o que implica pouca mobilização da assistência e da gestão, no sentido da organização da rede voltada ao manejo do câncer de boca¹⁹. Esse achado é apoiado por Souza³⁰, quando descreve que apenas 30% dos dentistas entrevistados afirmam realizar atividades de caráter educativo ou preventivo de maneira coletiva.

Ainda relacionados às práticas assistenciais, os artigos incluídos nessa revisão abordam a realização de procedimentos diagnósticos pelos CD na Atenção Primária. Em grande parte dos estudos, há relatos de que esses profissionais não se sentem capacitados a realizar biópsias, principalmente por relatarem falta de treinamento técnico, e a maioria encaminha os pacientes a centros de referência em diagnóstico^{4,17-20,22-25}. De maneira semelhante, Hashim³¹ descreve que menos de 10% dos dentistas sentem-se capacitados a realizar biópsias de lesões suspeitas e a maioria sente a necessidade de aprimorar o treinamento do manejo clínico do câncer de boca. Neste contexto, foi possível identificar nessa RI os sentimentos dos CD no enfrentamento ao câncer de boca, os quais expressaram impotência, angústia e tristeza¹⁹, além de relatarem ansiedade ao lidar com pacientes com esse diagnóstico²². Os relatos a respeito dos afetos que são mobilizados na linha do cuidado ao câncer de boca são impactantes, mas pouco explorados, tendo sido discutidos em apenas um dos estudos dessa RI, o qual adotou a abordagem qualitativa¹⁹. Ao adotar uma abordagem interpretativa-compreensiva, a pesquisa qualitativa é capaz de analisar os fenômenos e relações sociais, assim como os elementos que os envolvem, possibilitando o desenvolvimento de um estudo que se constrói a partir da complexidade desses fenômenos e seus efeitos na produção da realidade. Portanto, uma perspectiva que busque se aproximar desta complexidade poderia responder algumas questões que ainda permanecem com pouca visibilidade, tais como a dimensão da gestão e da organização do processo de trabalho, das políticas públicas, dos afetos, da relação simbólica sobre o câncer, da vida do sujeito em sociedade e outros aspectos³².

O conhecimento do profissional

O tema central de discussão que mais se repetiu foi o conhecimento dos CD sobre o câncer de boca, no que diz respeito especialmente a fatores de risco e apresentação clínica da doença^{4,17,18,21-23}. Nesse contexto, enfatiza-se a importância do diagnóstico precoce como um dos fatores de maior impacto nas taxas de sobrevivência e o papel central que o CD desempenha, por se tratar do profissional que realiza esse diagnóstico com mais frequência³³.

No que diz respeito ao nível de conhecimento dos CD em relação ao câncer de boca, a maioria dos estudos apontam para lacunas no conhecimento^{4,17-19,21-23}, além

de inconsistências ao incorporar esse conhecimento na prática clínica^{4,18}. Silva³⁴ reporta condutas contraditórias no manejo do câncer, apesar da maioria dos CD apresentarem nível de conhecimento satisfatório no estudo em questão. Para Giannini³⁵, tais inconsistências seriam reflexo da falta de treinamento prático desde a graduação, pois o CD sentiria-se mais confortável com habilidades que foram praticadas de forma consistente.

Os estudos que evidenciaram nível regular ou insatisfatório de conhecimento, registraram a descrição equivocada de fatores de risco, dificuldade na identificação de lesões pré-malignas e de lesões em estágios iniciais^{17,18,21-23}. No entanto, houve diferença entre o desempenho dos participantes quando avaliados o tempo de formação e o contato prévio com casos de câncer. Os CD com menos de 10 anos de formação e aqueles que tiveram contato com casos de câncer durante a graduação apresentaram melhor nível de conhecimento^{4,17}. Outros estudos apoiam esse achado e sugerem que profissionais jovens têm um conhecimento superior em comparação aos profissionais graduados há mais tempo^{36,37}. Segundo Spaulonci³⁸, um menor tempo de graduação indicaria maior atualização dos profissionais sobre o manejo do câncer.

A avaliação de lesões suspeitas de malignidade não faz parte da rotina do CD. Estudo conduzido entre discentes do curso de Odontologia e cirurgiões-dentistas aponta que 95% dos discentes não tiveram contato com casos de câncer na graduação e apenas metade dos CD havia se deparado com algum caso em sua vida profissional³⁴. Esse achado ressalta a importância de viabilizar cursos de atualização permanente sobre o tema, de modo a capacitar esses profissionais na promoção de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce³⁹. Em um dos artigos, a maioria dos entrevistados afirmou participação em cursos de educação continuada, no entanto demonstraram com frequência insegurança e desconhecimento sobre o tema²³. Esse dado gera reflexão sobre a abordagem do câncer de boca nos cursos de Odontologia, que, aliada à educação continuada, deveria capacitar esses profissionais no manejo clínico da doença¹⁷, além de torná-los aptos para a realização de procedimentos de natureza diagnóstica²⁰.

A organização da rede de atenção e a fragmentação do cuidado

Nesse eixo de discussão, os artigos abordam a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no manejo ao câncer de boca. A RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁹. Essa proposta de organização das ações em saúde surge como resposta à fragmentação do cuidado, buscando a integração das ações e serviços de saúde para proporcionar uma atenção longitudinal e integral a determinada população⁴⁰. A Atenção Primária, como porta de entrada de todo o sistema de atenção em saúde, aparece como espaço privilegiado das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção em saúde do paciente oncológico³.

Em um estudo que aborda a percepção dos profissionais da Atenção Primária sobre os possíveis motivos que justifiquem o atraso da chegada de pacientes com câncer de boca a níveis de maior complexidade de atenção, observa-se que 93% dos participantes reconhecem a Atenção Primária como porta de entrada na rede de atenção ao câncer de boca. No entanto, apenas 62,2% encaminham o paciente aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para biópsia, fluxo considerado ideal segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17, fato que pode ser justificado tanto pelo desconhecimento dos fluxos quanto pela carência de CEOs²⁴. Outro estudo, que avalia de forma semelhante os fatores relacionados ao atraso do diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de boca, aponta aspectos relacionados ao paciente, ao profissional e ao sistema de saúde⁴¹, destacando a morosidade do sistema de marcação de consultas e exames para início do tratamento oncológico como causas frequentes de atraso relacionado ao sistema de saúde.

Os resultados de um dos artigos revelaram a inexistência de fluxos capazes de orientar profissionais para o cuidado integral a usuários com lesões suspeitas ou confirmadas de câncer de boca, traduzindo-se em fragmentação do cuidado, desperdício de tempo, insegurança profissional e maior sofrimento a usuários e às suas famílias¹⁹. Da mesma maneira, Galante et al.¹⁶ apontam que os profissionais da Atenção Primária compreendem seu papel na rede de atenção, no entanto a continuidade do cuidado é perdida devido à fragmentação dessa rede. Em outro estudo conduzido no estado do Ceará, os autores relatam que a integração entre a

Atenção Primária e a Secundária permitiu um diagnóstico mais precoce nos casos suspeitos de câncer da cavidade oral, quando a rede de atenção se apresentou melhor articulada²².

Portanto, o desafio da Atenção Primária, como coordenadora do cuidado, é garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema e a referência a outros níveis de atenção quando necessário, mantendo a corresponsabilização sobre o caso e longitudinalidade do cuidado²⁷, exigindo de maneira direta o reposicionamento das práticas profissionais e do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas.

Como limitação dessa revisão pode-se citar o número reduzido de estudos disponíveis na literatura, mesmo tendo ampliado a busca para duas bases de dados. Outra limitação refere-se à avaliação do conhecimento dos profissionais, que classifica o CD utilizando instrumentos de avaliação não padronizados. Entende-se que a escassez de artigos sobre o tema em estudo pode sinalizar a necessidade de investir em pesquisas que possibilitem ampliar esse conhecimento e trazer respostas às questões apontadas nessa discussão.

CONCLUSÃO

O tema de maior interesse entre os artigos foi o conhecimento dos cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária sobre o câncer de boca. Os estudos preocuparam-se com aspectos gerais da doença e sua apresentação clínica, além de explorar a capacidade de reconhecer lesões com aspecto suspeito. A maioria dos estudos demonstrou bom nível de conhecimento, mas aponta que os profissionais não foram capazes de incorporar esse conhecimento à prática clínica, além de revelar inconsistências no manejo clínico da doença. Esse achado sugere fragilidades no ensino e a necessidade de reestruturar os cursos de graduação em Odontologia.

Quando avaliadas as práticas assistenciais, percebe-se que as ações coletivas foram pouco exploradas nos artigos, e um dos estudos descreve a ausência do tema nas discussões como a invisibilidade da doença, que estaria relacionada aos afetos mobilizados no enfrentamento do câncer de boca. Mesmo as discussões sobre exame da cavidade oral e realização de procedimentos diagnósticos expuseram insegurança entre os profissionais, ao revelar com frequência o desejo de maior investimento em cursos de educação continuada.

Apenas um estudo de natureza qualitativa foi encontrado nesta RI. Embora essa abordagem metodológica permita visibilizar os olhares dos atores que integram a produção do cuidado em saúde e o câncer de boca, na tentativa de explorar a complexidade do cuidado integral, percebe-se que a pesquisa qualitativa ainda é pouco utilizada no campo de produção do conhecimento sobre o câncer de boca.

Nesse sentido, apesar dos estudos de natureza quantitativa aparecerem em maior proporção no que refere o estudo do câncer da cavidade oral, ainda há uma predominância do paradigma da simplificação nos estudos da saúde, o qual contribui para a manutenção do modelo biomédico hegemônico. Desta maneira, os interesses e as orientações de investigação são atravessados pela lógica sinal-sintoma-procedimento e aponta para a necessidade da realização de estudos que abordem a complexidade do cuidado integral, da formação à prática profissional e educação permanente em serviço e, sobretudo, da promoção e prevenção com a atenção centrada na pessoa e nos territórios.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diagnóstico precoce do câncer de boca [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [acesso em 2024 maio 13]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diagnostico-precoce-do-cancer-de-boca>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [acesso em 2024 maio 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
3. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos Júnior CA, Oliveira EMF. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde [Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services]. Cad Saúde Pública. 2012; 28(suppl): s30–9. Portuguese. doi: [10.1590/S0102-311X2012001300005](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005). PubMed PMID: 22714965.
4. Hassona Y, Scully C, Shahin A, Maayta W, Sawair F. Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. J Cancer Educ. 2016; 31(2): 285–91. doi: [10.1007/s13187-015-0823-2](https://doi.org/10.1007/s13187-015-0823-2). PubMed PMID: 25851202.
5. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade Sobrinho J, Ramos G, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: Factors related to the tumour, the patient and health professionals. Eur J Cancer Part B Oral Oncol

- [Internet]. 1994; 30B(3): 167–73. doi: [10.1016/0964-1955\(94\)90086-8](https://doi.org/10.1016/0964-1955(94)90086-8). PubMed PMID: 7920162.
6. Brasil. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
 7. Carrer FCA, Pucca Júnior GAP, Araújo ME, Silva DP, Gabriel M, Galante ML, organizators. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019.
 8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
 9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
 10. Souza MT De, Silva MD da, Carvalho R De. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). 2010 Jan; 8(1): 102–6. doi: [10.1590/s1679-45082010rw1134](https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134)
 11. Santos RGA, Íñiguez-Rueda L. Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica. Saúde Debate. 2021; 45(128): 234–48. doi: [10.1590/0103-1104202112818](https://doi.org/10.1590/0103-1104202112818)
 12. National Library of Medicine. Medical Subject Headings [internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2022 [atualizada em 2022 dez 12; acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
 13. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [internet]. Alma Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
 14. Vanselow NA, Donaldson MS, Yordy KD. A new definition of Primary Care. JAMA. 1995; 273(3): 192. doi: [10.1001/jama.1995.03520270026023](https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520270026023)
 15. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>
 16. Galante ML, Silva DP, Gabriel M, Carrer FCA. Oral cancer and dentists in Primary Care: difficulties, behavior and expectation in Brazil. Minerva Stomatol. 2020; 69(3): 183–9. doi: [10.23736/S0026-4970.19.04229-8](https://doi.org/10.23736/S0026-4970.19.04229-8). PubMed PMID: 32610726.

17. Oliveira SRS, Gonzaga AKG. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família de Mossoró (RN). *Rev Ciência Plur.* 2020; 6(3): 137–53. doi: [10.21680/2446-7286.2020v6n3ID19940](https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n3ID19940)
18. Nazar H, Shyama M, Ariga J, El-Salhy M, Soparkar P, Alsumait A. Oral Cancer Knowledge, Attitudes and Practices among Primary Oral Health Care Dentists in Kuwait. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2019; 20(5): 1531–6. doi: [10.31557/APJCP.2019.20.5.1531](https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.5.1531). PubMed PMID: 31128059; PubMed Central PMCID: PMC6857859.
19. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Mouth Cancer: the challenge of the dentist approach. *Rev Enferm UFPE.* 2017; 11(11): 4273–81. doi: [10.5205/1981-8963-V11I11A23542P4273-4281-2017](https://doi.org/10.5205/1981-8963-V11I11A23542P4273-4281-2017)
20. Noro LRA, Landim JR, Martins MCA, Lima YCP. The challenge of the approach to oral cancer in primary health care. *Cien Saude Colet.* 2017; 22(5): 1579–87. doi: [10.1590/1413-81232017225.12402015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.12402015). PubMed PMID: 28538928.
21. Roxo-Gonçalves M, Strey JR, Bavaresco CS, Martins MAT, Romanini J, Pilz C, et al. Teledentistry: A Tool to Promote Continuing Education Actions on Oral Medicine for Primary Healthcare Professionals. *Telemed J E Health.* 2017; 23(4): 327–33. doi: [10.1590/10.1089/tmj.2016.0101](https://doi.org/10.1590/10.1089/tmj.2016.0101). PubMed PMID: 27802117.
22. Sousa FB, Silva MR de F e, Fernandes CP, Silva PG de B, Alves APNN. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. *Braz Oral Res.* 2014; 28(spe): S1806-83242014000200006. doi: [10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0018](https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0018). PubMed PMID: 24964281.
23. Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIM de A. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Odontol.* 2014; 71(1): 42–7. doi: [10.18363/RBO.V71N1.P.42](https://doi.org/10.18363/RBO.V71N1.P.42)
24. Cunha AR da, Bavaresco CS, Carrard VC, Lombardo EM. Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com suspeita de câncer bucal: percepção dos cirurgiões-dentistas na atenção primária à saúde. *J Bras Tele.* 2013; 2(2): 66–74. doi: [10.12957/jbrastele.2013.8167](https://doi.org/10.12957/jbrastele.2013.8167)
25. Sartori LC, Frazão P. Accuracy of screening for potentially malignant disorders of the oral mucosa by dentists in primary care. *Oral Health Prev Dent.* 2012; 10(1): 53–8. PubMed PMID: 22908088.
26. Santos IV, Alves TDB, Falcão MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol Clin Cient [internet].* 2011 [acesso em 2023 abr 25]; 10(3): 207–10. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n3/a03v10n3.pdf>
27. Ministério da Saúde (BR). Saúde bucal. Caderno de Atenção Básica; 17 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
28. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. *J*

- Am Dent Assoc. 1998; 129(5): 579–83. doi: [10.14219/jada.archive.1998.0275](https://doi.org/10.14219/jada.archive.1998.0275). PubMed PMID: 9601170.
29. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Rev Bras Cancerol.* 2010; 56(2): 195–205. doi: [10.32635/2176-9745.RBC.2010v56n2.1496](https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2010v56n2.1496)
 30. Souza JGS, Sá MAB, Popoff DAV. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. *Cad Saúde Colet.* 2016; 24(2): 170–7. doi: [10.1590/1414-462X201600020250](https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020250)
 31. Hashim R, Abo-Fanas A, Al-Tak A, Al-Kadri A, Abu Ebaid Y. Early Detection of Oral Cancer: Dentists' Knowledge and Practices in the United Arab Emirates. *Asian Pacific J cancer Prev.* 2018; 19(8): 2351–5. doi: [10.22034/APJCP.2018.19.8.2351](https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.8.2351). PubMed PMID: 30141314; PubMed Central PMCID: PMC6171382.
 32. Slomp Júnior H, Franco TB, Merhy EE. Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2022. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Projeto-terapeutico-como-dispositivo-para-o-cuidado-compartilhado.pdf>. doi: [10.18310/9788554329778](https://doi.org/10.18310/9788554329778)
 33. Bandeira CM, De Almeida AÁ, Carta CFL, Almeida JD, Kaminagakura E. How to improve the early diagnosis of oral cancer? *Braz Dent Sci.* 2017; 20(4): 25–31. doi: [10.14295/bds.2017.v20i4.1439](https://doi.org/10.14295/bds.2017.v20i4.1439)
 34. Silva LMAC, Diniz MHF, Moura JMBO, Almeida GCM, Pessoa DMV. Câncer de boca: conhecimento e atitudes de acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde. *Braz J Develop.* 2021; 7(9): 94028–43. doi: [10.34117/bjdv7n9-526](https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-526)
 35. Giannini A. Comparação do conhecimento dos cirurgiões dentistas atuantes na Estratégia de Saúde da Família na Zona Oeste do Rio de Janeiro sobre câncer bucal e lesões potencialmente malignas antes e após uma capacitação [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/50/teses/m/CCS_M_884105.pdf
 36. Alaizari NA, Al-Maweri SA. Oral cancer: knowledge, practices and opinions of dentists in yemen. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014; 15(14): 5627–31. doi: [10.7314/apjcp.2014.15.14.5627](https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.14.5627). PubMed PMID: 25081677.
 37. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc.* 2002; 68(7): 415–20. PubMed PMID: 12119092.
 38. Spaulonci GP, Souza RS de, Pecorari VGA, Dib LL. Oral cancer knowledge assessment: newly graduated versus senior dental clinicians. *Int J Dent.* 2018; 2018: Article ID 9368918. doi: [10.1155/2018/9368918](https://doi.org/10.1155/2018/9368918). PubMed PMID: 29666649; PubMed Central PMCID: PMC5832120.

39. Rangel EB, Lucietto DA, Stefenon L. Autopercepção de cirurgiões-dentistas sobre conhecimentos e práticas em relação ao câncer de boca. Rev Rede Cuid Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2023 abr 25]; 12(2): 28–40. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998976/artigo-5-revisado.pdf>
40. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA L, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. Esc Anna Nery. 2015; 19(1): 169–73. doi: [10.5935/1414-8145.20150023](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023)
41. Le Campion ACOV, Santos KCB, Carmo ES, Silva Júnior FF, Peixoto FB, Ribeiro CMB, et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. Cad Saúde Colet. 2016; 24(2): 178–84. doi: [10.1590/1414-462X201600020004](https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004)
42. Vazquez FL, Guerra LM, Vítor ES, Ambrosano GM, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil [Referencing and counter-referencing in specialized dental health procedures in Campinas in the state of São Paulo, Brazil]. Cien Saúde Colet. 2014 Jan; 19(1): 245–55. Portuguese. doi: [10.1590/1413-81232014191.1986](https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1986). PubMed PMID: 24473621.
43. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli P JL, organizators. Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil [recurso eletrônico]. Recife: UFPE; 2016. [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BA+de+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7

RECEBIDO: 10/11/2023
APROVADO: 11/06/2024