

Revisões em

Saúde Coletiva

tendências, recorrências e lacunas

Badr Abou Dehn Pestana
Isadora Gomes de Souza
Izabela Lima Perissato

| Organizadoras

Col@b

Revisões em

**Saúde
Coletiva**

tendências, recorrências e lacunas



acesso livre



Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional

Direitos reservados à Editora Colab. É permitido download do arquivo (PDF) da obra, bem como seu compartilhamento, desde que sejam atribuídos os devidos créditos aos autores.

Não é permitida a edição/alteração de conteúdo, nem sua utilização para fins comerciais.

A responsabilidade pelos direitos autorais do conteúdo (textos, imagens e ilustrações) de cada capítulo é exclusivamente dos autores.

Autores:

Vários autores

Conselho Editorial e Responsabilidade Técnica

A Colab possui Conselho Editorial para orientação e revisão das obras, mas garante, ética e respeitosamente, a identidade e o direito autoral do material submetido à editora.

Conheça nossos Conselheiros Editorias em <https://editoracolab.com/sobre-n%C3%B3s>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Vários autores.

Revisões em Saúde Coletiva [livro eletrônico]: tendências, recorrências e lacunas

Badr Abou Dehn Pestana, Isadora Gomes de Souza e Izabela Lima Perissato | **Organizadoras**

Uberlândia, MG : Editora Colab, 2021.

2,0 MB; PDF

Bibliografia

ISBN: 978-65-86920-17-8

doi: <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178>

1. Saúde - Coletiva. 2. Revisão. 3. Literatura. 4. Sistemática. 5. Informação

Índices para catálogo sistemático: Revisões em Saúde Coletiva.

614 – Saúde Pública

APRESENTAÇÃO

As revisões de literatura acadêmica são convenientes e oportunas, uma vez que reúnem evidências da literatura científica, minimizam vieses, aumentam a confiabilidade dos achados e, assim, contribuem para subsidiar as tomadas de decisões nas práticas de saúde e no campo da pesquisa.

Aqui, reunimos revisões produzidas por pesquisadores das diferentes áreas e campos da Saúde - tão importantes para o avanço do conhecimento científico quanto em benefício do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Esperamos que a publicação da obra 'Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas' possa representar mais um argumento em favor do uso de evidências científicas para responder às demandas da Saúde Pública.

Desejamos boas reflexões durante a leitura de cada capítulo.

Badr Abou Dehn Pestana, Isadora Gomes de Souza e Izabela Lima Perissato | **Organizadoras**

Como citar este trabalho:

PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. 184. p. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178>

Sumário

APRESENTAÇÃO	04
---------------------------	-----------

CAPÍTULO I | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178820>

A importância da triagem para Transtorno do Espectro Autista na Atenção Primária

Roberta Ribeiro Souto, Andreza Maria Pereira Alves, Camila Nunes de Lima,

Carla Anatália Aparecida de Araújo Pereira e Mariana Rodrigues de Paulo**08**

CAPÍTULO II | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201782127>

Abordagem da toxoplasmose em gestantes na Atenção Primária

Marislene Pulsena da Cunha Nunes, Khetholyn Andrade Marques e Natália Queiroz Souza dos Santos**21**

CAPÍTULO III | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201782840>

Deficiência Intelectual: perspectivas e desafios na Saúde Pública

Roberta Ribeiro Souto, Dênio Dutra Barbosa Júnior, Marcos André Macêdo Do Vale Silva,

Mariana Ingrid Messias Gonçalves e Mariana Rossi Silva Da Paixão**28**

CAPÍTULO IV | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201784151>

Doenças Raras: reflexões e perspectivas sobre as políticas públicas no Brasil

Roberta Ribeiro Souto, Andreza Maria Pereira Alves, Camila Nunes de Lima,

Carla Anatália Aparecida de Araújo Pereira e Mariana Rodrigues de Paulo**41**

CAPÍTULO V | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201785264>

Os desafios diagnósticos e terapêuticos dos erros inatos do metabolismo na Saúde Coletiva

Roberta Ribeiro Souto, Camila Nunes de Lima, Carolina Ramos de Oliveira, Mariana Rodrigues de Paulo e

Natália Queiroz Souza dos Santos.....**52**

CAPÍTULO VI | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201786575>

Hesitação e negação à vacina da COVID-19: uma revisão sistemática

Mariene Garcia Gomes e Boscolli Barbosa Pereira**65**

CAPÍTULO VII | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201787685>

Acesso à saúde da pessoa com deficiência

Felipe Trevisan de Almeida, Giovanna Mendonça Ivancko, Isadora Gomes de Souza e

Tamara Melo Pereira.....**76**

CAPÍTULO VIII | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201788696>

Os impactos da pandemia da COVID-19 na realização do pré-natal e na epidemiologia da sífilis congênita no município de Uberlândia (MG)

Aline Fagundes Mayer, Rafael Dias Nassar Naback, Sofia Baraldi Lamana e Stefan Vilges de Oliveira.....86

CAPÍTULO IX | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/978658692017897109>

A música terapêutica sob ótica da Enfermagem: uma revisão integrativa de literatura

Bruna de Souza Magalhães, Karen Cristiny Dias Lourenço, Erica Magão de Lima; Isadora Vieira Netto Rabelo e Poliana Rodrigues Alves Duarte.....97

CAPÍTULO X | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201789110122>

Epidemiologia e cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa

Eduardo de Paula Nunes, Larissa de Paula Silva, Karine Bassani, Ana Paula Araújo Botelho e Wellington Roberto Gomes de Carvalho..... 110

CAPÍTULO XI | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178123136>

Comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde: uma revisão integrativa

Patrícia Barberá Gallego, Layla Raquel Silva Gomes e Rodrigo Sanches Peres 123

CAPÍTULO XII | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178137147>

O cuidado da pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde

Isadora Gomes de Souza e Boscolli Barbosa Pereira 137

CAPÍTULO XIII | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178148161>

Reorganização da qualificação profissional em saúde com a pandemia da COVID-19

Kellen Cristina da Silva Gasque, Jonatas Reis Bessa, François Isinaldo Dias Caldeira, Josué Miguel Oliveira e Wenderson Diniz de Farias..... 148

CAPÍTULO XIV | doi: <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178162174>

Racismo como determinante social de saúde: uma revisão sistemática

Vanessa Cristina Tavares da Silva, Badr Abou Dehn Pestana, Mônica Emanuelle Santos de Oliveira, Guilherme Macedo de Melo e Marcos Aparecido da Silva 162

ÍNDICE 175

SOBRE AS ORGANIZADORAS E AUTORES 176

A importância da triagem para Transtorno do Espectro Autista na Atenção Primária

Roberta Ribeiro Souto

Mestranda em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Uberlândia
roberta.souto@imepac.edu.br

Andreza Maria Pereira Alves

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
andreza.silva1306@gmail.com

Camila Nunes de Lima

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
camila21alimac@gmail.com

Carla Anátalia Aparecida de Araújo Pereira

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
carla.anatalia@hotmail.com

Mariana Rodrigues de Paulo

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
mariana.rodrigues0912@gmail.com

RESUMO: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico, de maior prevalência no sexo masculino, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos e restritos. As principais manifestações clínicas são: déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos e na presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento que causam prejuízos significativos no âmbito social e profissional. As evidências científicas comprovam que o diagnóstico precoce do TEA promove melhores prognósticos clínicos relacionados a intervenções clínicas e sociais de estimulação da neuroplasticidade neuronal das crianças diagnosticadas com TEA. Para isso, é essencial que o rastreamento pela Lista Modificada de Verificação do Autismo em Crianças (M-CHAT-R) seja um instrumento de rastreio amplamente utilizado no Sistema Público e Privado de Saúde em todo o território brasileiro. Muito além da sua aplicação, os profissionais de saúde necessitam de educação e instrução adequada para perceber os sinais de anormalidade das crianças sugestivos ao TEA, principalmente, os atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor na faixa etária de 18 a 30 meses. O atendimento em saúde na Atenção Primária é essencial tanto no rastreamento, quanto no seguimento do tratamento após diagnóstico. Isso porque o vínculo terapêutico estabelecido entre equipe multiprofissional, família e paciente auxilia na melhora no quadro clínico, mas também dá suporte à família e à comunidade, na qual o indivíduo com TEA está inserido, de forma a garantir a sua emancipação social e econômica.

Palavras-chave: Transtorno do espectro autista; M-chat-r; Atenção primária.

Como citar este trabalho:

SOUTO, R.R.; ALVES, A.M.P.; LIMA, C.N.; PEREIRA, C.A.A.A.; PAULO, M.R. A importância da triagem para Transtorno do Espectro Autista na Atenção Primária. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 8-20. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178820>

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos (SBP, 2019). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, em todo o mundo, uma em cada 160 crianças têm TEA. O uso do termo espectro decorre da variabilidade de manifestações e da gravidade desse transtorno, que geralmente manifesta-se na infância, sendo os sintomas perceptíveis dos 12 aos 24 meses de idade.

No entanto, no Brasil o diagnóstico do TEA ocorre, em média, aos 4 ou 5 anos de idade, sendo comumente até mais tardio e isso é preocupante pois a intervenção precoce é fundamental para o desenvolvimento cognitivo e adaptativo da criança com TEA. Ademais, o cérebro nos primeiros anos de vida é altamente plástico e maleável o que pode impedir a manifestação completa do transtorno.

Em 2012, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que determina o direito dos autistas a um diagnóstico precoce, tratamento, terapias e medicamentos pelo Sistema único de Saúde (SUS). Porém, apesar dos direitos garantidos por lei aos autistas, o diagnóstico precoce do TEA, o tratamento e acompanhamento adequado ainda é um desafio no país. Diante disso, e da alta prevalência do TEA, percebe-se a importância da triagem apropriada desse transtorno na atenção primária. Tendo isso em vista, esse estudo tem como objetivo esclarecer o que vem a ser o TEA, suas manifestações clínicas, sinais de alerta e ainda abordar como deve ser feita a triagem, diagnóstico, tratamento e seguimento, assim como quais são os direitos das pessoas com esse transtorno e sobre qual é o papel da atenção primária à saúde no acompanhamento do desenvolvimento infantil, analisando a legislação vigente que regulamenta esse tema.

Definição do TEA

De acordo com o DSM-5 (2014), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por prejuízos sociocomunicacionais e comportamentais acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses

restritos e insistência nas mesmas coisas. Além disso, indivíduos com TEA também podem apresentar comprometimento intelectual e/ou da linguagem. A causa do TEA é desconhecida, mas pesquisas apontam fatores genéticos e ambientais (KODAK; BERGMANN, 2020).

A gravidade do TEA é variável, assim como suas manifestações, podendo variar de acordo com o contexto ou oscilar com o tempo, por isso o uso do termo espectro. Trata-se de um transtorno pervasivo e permanente, não havendo cura, ainda que a intervenção precoce possa alterar o prognóstico e suavizar os sintomas (SBP, 2019).

Epidemiologia e prevalência

De acordo com Kodak, T.; Bergmann, S. (2020), uma em cada 59 crianças tem um diagnóstico de TEA e esse transtorno é quatro vezes mais prevalente no sexo masculino do que no feminino. Além disso, o TEA afeta indivíduos em todas as raças, etnias, e grupos socioeconômicos e tem uma alta probabilidade de ocorrer com outro transtorno do desenvolvimento ou transtorno psiquiátrico. Estima-se que em torno de 30% dos casos apresentam deficiência intelectual (SBP, 2019). Conforme estudo de Maenner, M. et al. (2016), a deficiência intelectual associada ao TEA tem maior prevalência entre meninas do que meninos (39% contra 32%).

Segundo a SBP (2019), as estimativas da prevalência do autismo têm aumentado dramaticamente nos últimos anos em decorrência da ampliação dos critérios diagnósticos e do desenvolvimento de instrumentos de rastreamento e diagnóstico. Além disso, Posar, A. e Visconti, P. (2017) apontam que muitos aspectos da etiopatogenia do TEA ainda são desconhecidos, de forma que a prevalência dessa doença heterogênea aumentou muito sem explicações satisfatórias, mas referem que a determinação desse transtorno sofre impacto significativo dos fatores ambientais dos hábitos de vida.

Manifestações clínicas

As manifestações do TEA variam muito, dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica (DSM-5). As características clínicas incluem: déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos

contextos e a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento.

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), são características de comunicação social e interação social relacionadas ao TEA: evitar ou não manter contato visual; não responder ao nome aos 9 meses de idade; não mostrar expressões faciais como feliz, triste, zangado e surpreso aos 9 meses de idade; não jogar jogos interativos simples aos 12 meses de idade; usar poucos ou nenhum gesto até os 12 meses de idade (por exemplo, não dar tchau); não compartilhar interesses com outras pessoas (por exemplo, mostra um objeto de que gosta aos 15 meses de idade); não apontar ou olhar para o que você aponta aos 18 meses de idade; não perceber quando os outros estão magoados ou tristes aos 24 meses de idade; não fingir estar brincando (por exemplo, não finge "alimentar" uma boneca aos 30 meses de idade); mostrar pouco interesse em colegas; ter dificuldade para entender os sentimentos das outras pessoas ou falar sobre os próprios sentimentos aos 3 anos de idade ou mais e não jogar jogos com tomada de turnos aos 5 anos de idade.

Pessoas com TEA podem ter interesses e comportamentos que podem parecer incomuns, como: alinhar brinquedos ou outros objetos e ficar chateado quando a ordem é alterada; repetir palavras ou frases continuamente (ou seja, ecolalia); brincar com brinquedos da mesma maneira sempre; focar em partes de objetos (por exemplo, rodas); ficar chateado com pequenas mudanças; ter interesses obsessivos; seguir certas rotinas; abanar as mãos, balançar o corpo ou gira em círculos e ter reações incomuns à forma como as coisas soam, cheiram, saboreiam, parecem ou sentem.

Além disso, de acordo com o CDC, a maioria das pessoas com TEA também podem apresentar outras características como: atraso nas habilidades de linguagem; habilidades de movimento retardado; atraso cognitivo ou habilidades de aprendizagem; comportamento hiperativo, impulsivo e / ou desatento; epilepsia ou distúrbio convulsivo; hábitos incomuns de comer e dormir; problemas gastrointestinais (por exemplo, constipação); humor incomum ou reações emocionais; ansiedade, estresse ou preocupação excessiva e falta de medo ou mais medo do que o esperado.

Aspectos essenciais da avaliação de crianças com TEA

A busca por sinais precoces são aspectos cruciais para avaliação e manejo de crianças

com TEA, visto que a intervenção precoce está associada a ganhos significativos no funcionamento cognitivo e adaptativo da criança.

Com isso, segundo a SBP (2019), sinais sugestivos importantes no primeiro ano de vida que requerem atenção incluem: perder habilidades já adquiridas, como balbúcio ou gesto dêitico de alcançar, contato ocular ou sorriso social; não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente; não apresentar sorriso social; baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado; baixa atenção à face humana (preferência por objetos); demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas; não seguir objetos e pessoas próximos em movimento; apresentar pouca ou nenhuma vocalização; não aceitar o toque; não responder ao nome; imitação pobre; baixa frequência de sorriso e reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta) interesses não usuais, como fixação em estímulos sensorio-viso-motores; incômodo incomum com sons altos; distúrbio de sono moderado ou grave e irritabilidade no colo e pouca responsividade no momento da amamentação.

Principal teste de triagem: M-CHAT

O objetivo do rastreamento do autismo é garantir rapidez diagnóstica para um melhor tratamento e menores déficits de desenvolvimento neuropsicomotor dos pacientes (SILVA, 2018). A Lista Modificada de Verificação do Autismo em Crianças (M-CHAT-R) foi produzida no formato autoaplicável de um questionário que realiza perguntas diretas para os responsáveis legais e de maior convívio social com a criança com objetivo de identificar sinais precoces de TEA. Assim, por meio de um questionário padronizado estruturado contendo 23 itens com respostas do tipo SIM/NÃO para os cuidadores das crianças entre 16 a 30 meses de idade M-CHAT-R possui questões de 4 áreas de conhecimento que são: resposta social (ZAQUEU et al., 2015). O questionário é subdividido em itens de análises em que as 23 perguntas iniciais são destinadas às percepções dos pais ou cuidadores. As demais 14 questões têm como objetivo realizar uma avaliação ampla do comportamento sensorial e motor, referenciamento social, imitação e reação ao próprio nome. As perguntas mais predisponentes a um diagnóstico de TEA são as perguntas referentes aos itens críticos: 2, 7, 9, 13, 14, 15. No final da realização do questionário o profissional realiza a conversão das respostas SIM/NÃO para APROVAÇÃO/REPROVAÇÃO falhas de dois ou mais dos itens críticos ou três dos itens

totais avaliados sugere o diagnóstico de TEA (SILVA, 2018).

Na prática clínica é bastante utilizado o M-CHAT-R/F no rastreamento de risco de TEA em crianças de 16 a 30 meses de vida com apresentações de prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor. A entrevista estruturada com os responsáveis pelas crianças é realizada com objetivo de determinar falha ou não percepção de características clínicas analisadas pelas respostas. Em relação à análise de seguimento, em um dos itens da entrevista M-CHAT-R/F inicialmente é recomendada estimulação da criança em suas atividades diárias e encaminhamento para avaliação especializada. Há estudos recentes que associam a aplicação do rastreamento pelo questionário M-CHAT-R e a percepção de alterações que em 85 % dos casos posteriormente são diagnosticados com TEA. A consequência do atraso no diagnóstico é a não intervenção precoce, que reduz a capacidade neuroadaptativa que é diminuída com o decorrer do desenvolvimento fisiológico do indivíduo (SBP, 2019).

Comorbidades associadas

Alterações fenotípicas morfológicas são prevalentes em pacientes com TEA. A investigação de deficiência intelectual deve ser investigada em pacientes com idade inferior a 18 anos, sendo ideal nos primeiros anos de vida a partir de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. As alterações genéticas como Síndrome do X Frágil, Esclerose Tuberosa, Síndrome de Down, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman podem estar associadas ao TEA. O exame de cariótipo e análise da quantidade de estruturas dos cromossomos permite identificar microdeleções associadas às comorbidades desenvolvidas concomitantemente com o TEA (MAGALHÃES et al., 2019).

Déficits funcionais, intelectuais, domínios do conhecimento conceitual, social e prático são desenvolvidos com o decorrer do desenvolvimento neuropsicomotor do indivíduo. Em pacientes com TEA que apresentam alterações na avaliação clínica, nos testes de inteligência padronizados como o Quociente de inteligência (QI) realizados antes dos 18 anos permite diagnosticar os pacientes como portadores de Deficiência Intelectual (DI) que em pacientes com Transtorno do Espectro Autista apresenta uma prevalência de 31% das crianças. Além do DI há outros transtornos mentais e de neurodesenvolvimento relacionados com o TEA como: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno Depressivo e Bipolar, Transtorno

de Ansiedade, Transtorno de Movimento Estereotipado, Transtorno do Controle de Impulso e Transtorno Neurocognitivo Maior (MAGALHÃES et al., 2019).

Pacientes diagnosticados com TEA apresentam distúrbios crônicos do ciclo vigília-sono que envolve dificuldade em estabelecer sono prolongado, diminuição da eficácia do sono, apresenta redução do tempo total de sono, tem resistência a hora de dormir e sonolência diurna. Além disso, outra comorbidade associada ao Transtorno do Espectro Autista é a deficiência ou disfunção auditiva que pode causar perda auditiva bilateral e tem prevalência de 3,5% nos pacientes com TEA em que os pacientes apresentam dificuldades auditivas periféricas.

Por esse motivo, é essencial a avaliação audiológica precoce em pacientes diagnosticados com autismo para precocemente detectar essa alteração auditiva e promover a reabilitação do paciente. Outras comorbidades bastante comuns em pacientes com Transtorno do Espectro Autista é apresentar queixas de sintomas gastrointestinais como dor abdominal, obstipação e diarreia (RIBEIRO, 2015).

Diagnósticos diferenciais

Os principais diagnósticos diferenciais do Transtorno do Espectro Autista são: déficits auditivos, deficiência intelectual (DI), transtorno de linguagem relacionado com gestos e comportamentos repetitivos, Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), Transtorno de Ansiedade e transtorno do apego relativo (TAR) que alteram a comunicação social e a sociabilização, Esquizofrenia que causa prejuízos na interação social com padrões de pensamentos incomuns associados a delírios e alucinações que não ocorrem no TEA, Síndrome de Landau-Kleffner (Afasia Epiléptica Adquirida) de surgimento de 2 a 8 anos de idade que causa um grave prejuízo cognitivo, principalmente com afasia de expressão, Síndrome de Rett de causa genética de caracterização de prejuízos cognitivos e físicos significativos de regressão do desenvolvimento psicomotor normal após os 6 meses de vida e um dos sinais apresentados é o comprometimento da comunicação e interação social (SBP, 2019).

Redes de apoio, seguimento e reabilitação

Após a confirmação do diagnóstico de uma criança com Transtorno do Espectro Autista, a equipe multidisciplinar deve realizar uma comunicação humanizada, clara e acolhedora sobre o que é o TEA, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas que define certa condição de vida diferente da normalidade. É necessário respeitar o silêncio, a dor e as inseguranças da família em relação ao futuro desenvolvimento fisiológico e social da criança. O vínculo terapêutico é essencial para iniciar a estruturação da equipe multidisciplinar e a família para os tratamentos mais adequados para a criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A individualização do tratamento da criança diagnosticada com TEA deve ser direcionada à habilitação e reabilitação da criança com objetivo de melhorar sua qualidade de vida, principalmente, no que se refere à socialização. Além disso, doenças de base associadas ao autismo devem ser tratadas concomitantemente para estabilização da condição de saúde da criança. Sem dúvida, a família do paciente com TEA deve ser instruída sobre as demandas específicas que o paciente necessita, como estimulações, terapias e consultas periódicas que são importantes para melhoria e ampliação das capacidades funcionais do paciente. Infelizmente, o diagnóstico de TEA provoca alterações das rotinas familiares e maior fragilidade das relações entre os tutores da criança. Por esse motivo é importante apoio da equipe multidisciplinar, como psicólogos para saber auxiliar a família a restabelecer uma nova normalidade de hábitos que sejam benéficos para a criança autista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Um grande problema enfrentado pelas famílias de baixa renda com crianças com TEA é uma restrição de renda pós diagnóstico, pelo fato que, geralmente, as matriarcas ou tutor da criança destina tempo integral a educação e as condições de saúde da criança que demanda tempo, paciência e dedicação. O maior objetivo do suporte psicológico para as famílias com crianças autista é auxiliar na “resiliência familiar”, ou seja, a família restabelecer um novo cotidiano sem prejuízos para os demais membros familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As atividades sociais cotidianas devem ser estimuladas como a autonomia, a mobilidade, capacidade de autocuidado e trabalho. É importante o estabelecimento de uma rotina clínica de atendimentos médicos, psicológicos, terapias comportamentais, para que a criança tenha estimulação adequada de acordo com sua incapacidade de desenvolvimento

neuropsicomotor, para que os planos terapêuticos sejam avaliados enquanto sua eficácia de estimulação de melhora do quadro clínico dos pacientes de maneira individualizada. A meta terapêutica esperada é garantir que o paciente com Transtorno do Espectro Autista tenha acesso a sociabilidade, mercado de trabalho, lazer e qualidade de vida e saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Papel da atenção primária à saúde no acompanhamento do desenvolvimento infantil

Nos últimos dez anos, relevantes iniciativas voltadas à atenção à criança foram implantadas no Brasil, com destaque para a Rede Cegonha, O Brasil Carinhoso, Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (LARI; LOURENÇO; DELLA BARBA, 2018). Além disso, políticas públicas e algumas legislações foram publicadas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e a Lei do Marco Legal para a Primeira Infância.

Em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a PNAISC que tem como objetivo garantir o direito à vida e à saúde, o acesso universal à saúde das crianças do nascimento aos nove anos de idade, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa.

Em 2016, foi promulgada a Lei nº 13.257, conhecida como a lei do Marco Legal para a Primeira Infância que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância no país de forma a contribuir para o fortalecimento da atenção integral à saúde da criança.

Entretanto, segundo Lari, L.V.; Lourenço, G. F.; Della Barba, P. C. S. (2018), apesar das conquistas e avanços nas políticas públicas no Brasil, identificam-se lacunas acerca da efetividade de monitoramento do desenvolvimento infantil e detecção de problemas de desenvolvimento da criança, de forma que atenda aos objetivos que vêm sendo propostos nas políticas mais recentes de atenção integral à criança, de forma intersetorial e que responda às necessidades das famílias.

As crianças portadoras do Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam direitos de âmbito legal, econômico e social garantidos pela constituição Brasileira de 1988 e pelo Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069/90). A Organização das Nações Unidas (ONU) caracteriza pessoas portadoras de deficiência como aqueles indivíduos com impedimento de natureza

física, intelectual ou sensorial que atrapalham sua participação plena e efetiva de sua sociabilidade com demais pessoas. Dessa forma, mesmo os autistas considerados de elevado desempenho com a Síndrome de Asperger e uma inteligência acima do normal também são considerados pessoas com deficiências (NIETSCHE et al., 2011).

O objetivo das políticas públicas brasileiras é garantir equidade para essa parcela da população em relação aos direitos sociais de acesso à educação, trabalho, transporte, serviços de saúde e renda. Assim, legislações foram criadas para garantir esses direitos. A legislação de maior relevância para os portadores de deficiências como os portadores de TEA é o Benefício de Prestação Continuada que garante às pessoas com deficiência mental que inviabilizam a vida independente garantia de um salário mínimo para suprir as necessidades básicas de vida assegurado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei 8.742/9313) (NIETSCHE et al., 2011).

Na legislação brasileira da Constituição Cidadã de 1988, o artigo 208º ressalta o dever do estado em garantir educação para todos, em especial aos portadores de deficiências, com atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino. Também, o Estatuto da Criança e Adolescente, no artigo 54, garante que o estado promova esse atendimento especializado, no caso de crianças autista, com a disponibilidade de tutores para auxiliar as crianças nas atividades escolares com as demais crianças no ensino regular do sistema público. A Lei Federal 10.048/2000 garante prioridade nos atendimentos em órgão públicos às pessoas com deficiência, como exemplo o atendimento médico hospitalar.

Em relação aos atendimentos médicos, os pacientes diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista têm direito a atendimento multidisciplinar com acesso a médicos generalistas e especialidades clínicas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais (NIETSCHE et al., 2011). Direito esse assegurado pela inclusão da Lei nº 13.977 com a criação da Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA) de forma a garantir atendimento integral à saúde com prioridade no atendimento e aos serviços públicos e privados (BRASIL, 2020).

CONCLUSÃO

O tratamento de uma criança com TEA perpassa as esperas clínicas fisiológicas, familiares, sociais e políticas e a comunidade pelo qual a criança está inserida é fundamental para o prognóstico clínico, mas também a promoção da equidade de direitos, pela qual a Constituição Brasileira de 1988 se refere como “igualdade de direitos à saúde, à educação, à cidadania e aos empregos”.

Sem dúvida, para que os plenos direitos sejam adquiridos pelas crianças e futuros adultos autistas é necessária uma rede de apoio desde o diagnóstico para que essa emancipação social ocorra. Assim, o sistema de saúde deve ofertar conhecimento para os familiares, grupos de apoio para as famílias trocarem suas experiências, desafios e superações e apoio psicológico tanto para o paciente quanto para a família da criança com TEA. O entendimento das particularidades das vivências de uma pessoa autista por parte da comunidade em que ele está inserido auxilia no prognóstico clínico dos pacientes diagnosticados com TEA, pois muito além de ser um espaço de garantia das estimulações sociais necessárias é um espaço acolhedor para a promoção da independência social desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 848 p. Disponível em <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em 01 maio 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em 15 maio 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Brasília, DF, 2016. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em 15 maio 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020**. Brasília, DF, 2020. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em 27 maio 2021.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Signs and Symptoms of Autism**

Spectrum Disorders. Disponível em <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>. Acesso em 24 maio 2021.

KODAK, T.; BERGMANN, S. Autism Spectrum Disorder Characteristics, Associated Behaviors, and Early Intervention. **Pediatric Clinics of North America**, v. 67, p. 525–535, 2020.

LARI, L.V.; LOURENÇO, G. F.; DELLA BARBA, P. C. S. Legislações e documentos brasileiros sobre a atenção à criança e suas implicações para o monitoramento do desenvolvimento infantil. 2018. **Da Investigação às Práticas**, v. 8, p. 4-20. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/inp/v8n2/v8n2a02.pdf>. Acesso em 16 maio 2021.

MAENNER, M. J. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. **MMWR Surveillance Summaries**. v. 69, p. 1-12, 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>. Acesso em 24 maio 2021.

MAGALHÃES, C. M. et al. **Comorbidades em escolares com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. 2019. Disponível em <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/4577>. Acesso em 01 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em 01 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 13 maio 2021.

NIETSCHE, A. D. et al. **Estudos sobre autismo na perspectiva dos direitos**. 2011. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/121250>. Acesso em 03 maio 2021.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Transtorno do espectro autista**. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>. Acesso em 01 maio 2021.

POSAR, A.; VISCONTI, P. Autism in 2016: the need for answers. **Jornal de Pediatria**. v. 93, n. 2, p.111- 119, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/j/jped/a/WWH8xDrXxL3KTLFhL7vX9Px/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 maio 2021.

RIBEIRO, J. F. A. **Perturbação do espectro do autismo: artigo de revisão das comorbidades associadas**. 36 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade de Lisboa, 2015. Disponível em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/25713/1/JoaoFARibeiro.pdf>. Acesso em 04 maio 2021.

SILVA, D. F. **Modelos de Classificação para Diagnóstico precoce do Transtorno do**

Espectro Autista. 2018. 114 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica) - Universidade de Coimbra, 2018. Disponível em https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/86732/1/Tese_final.pdf. Acesso em 04 maio 2021.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. **Transtorno do Espectro do Autismo.** n. 05, 2019. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775d-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo_2_.pdf. Acesso em 01 maio 2021.

ZAQUEU, L. C. C. et al. Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 293-302, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ptp/a/5pc9wQZsmnq36dHK9sZzNXm/?lang=pt>. Acesso em 02 maio 2021.

Abordagem da toxoplasmose em gestantes na Atenção Primária

Marislene Pulsena da Cunha Nunes

Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidades
IMEPAC - Centro Universitário
marislene.pcnunes@imepac.edu.br

Khetholyn Andrade Marques

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
khetmarques@gmail.com

Natália Queiroz Souza dos Santos

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
nataliaqssantos@gmail.com

RESUMO: A toxoplasmose é uma parasitose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, e é uma infecção de alta prevalência mundial. Nos humanos, a transmissão ocorre via oral - por meio da ingestão de alimentos contaminados - e congênita, devido à passagem transplacentária do patógeno. Essa pode causar acometimentos fetais a depender da idade gestacional quando da infecção. Logo, a detecção precoce da doença torna-se essencial para o prognóstico do binômio mãe-bebê. Tal abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica é garantida pelo Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, o Ministério da Saúde ressalta a importância da atuação dos profissionais envolvidos na APS para que, os casos em gestantes e em recém-nascidos sejam diagnosticados, notificados e tratados oportunamente de acordo com os fluxos estabelecidos.

Palavras-chave: Toxoplasmose gestacional; Toxoplasmose congênita; Atenção Primária à Saúde

Como citar este trabalho:

NUNES, M.P.C.; MARQUES, K.A.M.; SANTOS, N.Q.S. Abordagem da toxoplasmose em gestantes na Atenção Primária. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 21-27. <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201782127>

A toxoplasmose é uma zoonose, ou seja, é uma doença transmitida por animais, de distribuição mundial, cujo o agente etiológico é o *Toxoplasma gondii*, protozoário intracelular obrigatório e parasita de humanos e outros animais, como aves, caprinos, suínos e animais silvestres (hospedeiro intermediário) e de felídeos (hospedeiro definitivo) (AVELAR, 2020).

A toxoplasmose pode manifestar-se de duas formas: adquirida e congênita. A transmissão mais comum é a adquirida, causada pela ingestão de oocistos infectantes encontrados na terra ou pela ingestão de carnes cruas e mal cozidas de porco, de vaca e carneiro, que contenham cistos teciduais, o que chama-se de toxoplasmose adquirida. Já na forma congênita, mais rara, o *T. gondii* é transmitido através de transfusões sanguíneas, via transplacentária, transplantes de órgãos ou acidentes de trabalho (RODRIGUES, 2015).

Sabe-se que a infecção possui elevada prevalência na população mundial. Nas Américas Central e do Sul, aproximadamente, 80% dos adultos apresentam sorologia positiva para toxoplasmose (DE CARVALHO et al., 2014). O clima quente e úmido favorece a propagação do parasita, o que acaba contribuindo para a elevada frequência da parasitose no Brasil (BÁRTHOLO et al., 2015).

Entretanto, apesar desses valores elevados, as maiores preocupações são voltadas às gestantes, devido à possibilidade de infecção congênita, que pode ser muitas vezes grave e até letal (MARGONATO, et al., 2007). Nesse sentido, a toxoplasmose gestacional (TOG) é causada quando ocorre a infecção da gestante pelo parasita durante o período de gestação.

Dessa forma, a transmissão ao neonato ocorre pelas formas taquizoítas que cruzam a placenta, a partir da circulação materna durante a primoinfecção, na dependência de certos fatores – virulência da cepa adquirida, capacidade do sistema imunológico da mãe e do período gestacional em que ela se encontra – causando danos de diferentes graus. Portanto, ao atingir o concepto, ocorre uma grave ameaça à saúde do mesmo (DE SIQUEIRA COSTA, 2010).

Assim, a prevalência da TOG varia em função de fatores sociais, econômicos, regionais, hábitos alimentares, faixa etária e procedência urbana ou rural. Já que o contato com gatos, ingestão de verduras mal lavadas e ingestão de carnes mal cozidas, são as formas mais comuns de contrair a doença (TABILE, et al., 2015).

Atualmente, estima-se que a taxa global de transmissão materno-fetal é de aproximadamente, 30 a 40%. Nota-se uma relação inversa entre a idade gestacional em que ocorre a infecção fetal e a gravidade da doença (SERRANO, 2016), sendo que na sexta, décima oitava e trigésima semanas de gestação, o risco de infecção fetal é de 2,2%, 23% e 56%, respectivamente (SÃO PAULO, 2019).

Segundo Rorman et al. (2006), apesar de no primeiro trimestre ser menor a taxa de transmissão materno-fetal, a doença é mais grave e, eventualmente, está associada ao aborto. Em contrapartida, no terceiro trimestre, a taxa de transmissão materno-fetal é maior, porém, as consequências para o feto são apenas ligeiras (apud CUCCATO, et al., 2013).

Observa-se que cerca de 75 a 90% dos recém-nascidos infectados são assintomáticos, entretanto, quando não tratados podem desenvolver sequelas que persistem na infância ou adolescência, tais como: tríade de Sabin (hidrocefalia, retinocoroidite, calcificações cerebrais).

E ainda, cefaleias acometendo 52 a 80%; microcefalia, 26 a 32%; surdez, 15%; espasticidade ou paresias, 55 a 69%; déficit acentuados de visão, 50 a 76%; atraso mental, 58 a 86% (SERRANO et al., 2016).

A partir disto, considera-se quatro apresentações clínicas, de acordo com a fase de vida do surgimento dos primeiros sintomas: doença neonatal sintomática; doença que se manifesta ao longo do primeiro mês de vida; sequelas na infância ou adolescência decorrentes de uma infecção prévia não diagnosticada e infecção subclínica (SERRANO et al., 2016).

Logo, visto que a toxoplasmose é uma doença de elevada gravidade e alta prevalência no Brasil, a prevenção da infecção congênita depende do diagnóstico da infecção materna. A partir disso, torna-se fundamental a triagem sorológica específica no início do primeiro trimestre da gestação, o que possibilita o diagnóstico precoce dos casos agudos de toxoplasmose gestacional (SARTORI et al., 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência pré-natal representa o passo inicial para promoção de uma gestação, parto e nascimento saudáveis, além de fornecer à gestante informação e orientação sobre esse processo. Preconiza-se e assegura-se o direito de início desse acompanhamento de forma precoce, preferivelmente, no primeiro trimestre, e mantido regularmente de modo a contabilizar o mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre.

Nesse sentido, na primeira consulta de pré-natal, todas as gestantes devem ser rastreadas quanto a sorologia IgM e IgG para toxoplasmose, de modo a definir o seguimento necessário. As pacientes com IgM negativo e IgG positivo são consideradas imunes e, portanto, não necessitam de novas coletas. Por outro lado, as pacientes com exames evidenciando IgM e IgG negativos são consideradas susceptíveis à doença e requerem novas sorologias a fim de detectar a soroconversão materna.

Quando a mulher grávida possui IgM positivo e IgG negativo ou IgM e IgG positivos e um teste de gravidez de IgG baixo - teste auxiliar da estimativa do momento em que ocorreu a infecção - trata-se de provável infecção aguda, e faz-se necessária abordagem terapêutica e investigação infecciosa fetal.

Como exames destaques para essa investigação, tem-se amniocentese e reação em cadeia da polimerase (PCR) do líquido amniótico, os quais devem ser realizados após a décima oitava semana de gestação e ainda, ultrassonografia mensal do feto.

A Atenção Primária à Saúde (APS), criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é considerada a forma de entrada aos serviços de saúde e é através dela que se dispara toda a rede de atenção. Sua principal missão é entregar à população um cuidado integral, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, visando a promoção da saúde (SILVA et al. 2017). Diante dessa problemática, a atenção primária de saúde e seus profissionais envolvidos, principalmente, o médico responsável pelo pré-natal, desempenham papel primordial no diagnóstico, além de tratamento, profilaxia e notificação.

As drogas utilizadas no tratamento da toxoplasmose são elegidas de acordo com a idade gestacional, instituídas até o término da gestação e disponibilizadas gratuitamente pelo SUS. Confirmada a infecção antes da trigésima semana, utiliza-se Espiramicina 1 g - 3.000.000 UI, de 8/8h via oral, continuamente até o final da gravidez. Caso ocorra infecção após a trigésima semana, recomenda-se administração de tratamento tríplice materno: Pirimetamina 25 mg 12/12 horas por via oral, Sulfadiazina 1.500 mg 12/12 horas por via oral e Ácido Folínico 10 mg/dia por via oral (MINAS GERAIS, 2018). Ao nascimento, o esquema tríplice deve ser mantido para a criança até doze meses de idade nas seguintes dosagens: Pirimetamina 1mg/kg/dia em 1 dose diária durante dois a seis meses e após, Pirimetamina 1mg/kg três vezes por semana por 1 ano, Sulfadiazina 100mg/kg/dia em duas doses diárias durante 1 ano e Ácido Folínico 10mg três vezes por semana. E, se recém-nascido, apresentando retinocoroidite em atividade ou hiperproteínorraquia, deve-se associar Prednisona ou Prednisolona nas doses: 1mg/kg/dia em duas doses diárias (BRASIL, 2014).

A toxoplasmose, embora não reconhecida por diversos países, inclusive o Brasil, é incluída como uma problemática da saúde pública. Tal fato reafirma a suma importância do papel do médico e demais profissionais, frente a esta adversidade. Com o intuito de prevenir, de forma eficaz a toxoplasmose congênita, torna-se necessário que as equipes de saúde realizem ações de promoção de saúde e educação em saúde, compartilhando os saberes, com enfoque em algumas orientações essenciais neste contexto: evitar consumo de carnes mal cozidas, lavagem de mãos, principalmente, ao manipular carne crua, ingestão de água filtrada e leite pasteurizado, atentar a exposição dos alimentos a insetos, higienização de frutas e legumes, evitar contato com gatos e materiais possivelmente contaminados por esses.

Ademais, é imprescindível enfatizar a adoção dessas medidas durante todo período gestacional, principalmente, às gestantes suscetíveis. Nesse contexto, a educação em saúde é

uma via importante na atenção básica para possibilitar uma aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade em um processo de ensino aprendizagem (PORTO FERNANDES et al., 2010). E ainda, a atuação médica continuada, individualizada ou coletiva é essencial para obter uma maior adesão dessa população.

As portarias do Ministério da Saúde GM/MS nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, e GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, asseguram no Brasil, a obrigatoriedade de notificação da toxoplasmose gestacional e congênita por meio da ficha de Notificação Individual (NOTINDIV) para agravos previstos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa contempla todos os agravos causados por protozoários que causam complicações na gravidez, parto e puerpério e, não apenas toxoplasmose. Portanto, faz-se necessário, o preenchimento completo desta documentação uma vez que não há uma ficha específica e padronizada para tal doença, o que impossibilita a elaboração de dados detalhados (MINAS GERAIS, 2018). Logo, tem-se uma má caracterização epidemiológica, tornando-se um agravo de notificação compulsória negligenciado (CAPOBIANGO, et al., 2016).

Assim, o pré-natal completo realizado na atenção primária constitui um importante aliado na triagem sorológica da toxoplasmose congênita, bem como na notificação compulsória, confirmação precoce, tratamento eficiente e melhor prognóstico do binômio mãe e bebê.

AGRADECIMENTOS

Nossos especiais agradecimentos à orientadora Dra. Marislene, por todo incentivo e apoio necessários para produção científica desse projeto. Agradecemos, ainda, à Editora Colab, pela materialização do capítulo e contribuição na publicação do mesmo.

REFERÊNCIAS

AVELAR, Juliana Boaventura et al. **Toxoplasmose crônica em gestantes**. Avaliação da prevalência, fatores de risco e acompanhamento de um grupo de recém-nascidos em Goiânia–Goiás. 2013.

BÁRTHOLO, Bárbara BG Raskovisch et al. Toxoplasmose na gestação. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 2, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jan 26; Seção 1:37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2472, de 31 de agosto de 2010**. Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2010 set 1; Seção 1:50.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Toxoplasmose congênita**. In: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAPOBIANGO, Jaqueline Dario et al. Toxoplasmose adquirida na gestação e toxoplasmose congênita: uma abordagem prática na notificação da doença. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 187-194, 2016.

CUCCATO, Ligia Pinho et al. Biologia e epidemiologia de *Toxoplasma gondii*: Artigo de revisão. **PUBVET**, v. 7, p. 1002-1136, 2013.

DE CARVALHO, Anna Gabryela Medeiros Afonso et al. Diagnóstico laboratorial da toxoplasmose congênita. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 90-97, 2014.

DE SIQUEIRA COSTA, Livia. Manifestações bucais da toxoplasmose congênita: relato de caso. **Revista Fluminense de Odontologia**, 2010.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

MARGONATO, Fabiana Burdini et al. Toxoplasmose na gestação: diagnóstico, tratamento e importância de protocolo clínico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 381-386, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância Ambiental. Nota Técnica nº 1/SES/SUBVPS-SVEAST-DVA. 2018. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/nota-tecnica-no-1-ses-subvps-sveast-dva-2018-avaliacao-do-indicador-07-vigiagua-1o-quadrimestre-de-2018/?wpdmdl=4597>. Acesso em: 15 maio 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Toxoplasmose na gestação**. 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/TOXOPLASMOSE_NA_GESTAO.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

SARTORI, Ana Lucia et al. Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia, Goiás. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 2, p. 93-98, 2011.

SERRANO, Marcos Guilherme Inácio et al. Toxoplasmose Na Gravidez: Revisão Bibliográfica. **CONNECTION LINE-REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG**, n. 14, 2016.

SILVA, Natália Ferreira; FERREIRA, Natália Madureira; CARNEIRO, Nicole Geovana Dias. Ação multidisciplinar na educação permanente de agentes comunitárias de saúde. **Revista de Educação Popular**, v. 16, n. 3, p. 156-165, 2017.

TABILE, Patrícia Micheli et al. Toxoplasmi Gestational: a review of the literature. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 3, p. 158-162, 2015.

Deficiência Intelectual: perspectivas e desafios na Saúde Pública

Roberta Ribeiro Souto

Mestranda em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Uberlândia
roberta.souto@imepac.edu.br

Dênio Dutra Barbosa Júnior

Graduando em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
denio.junior@aluno.imepac.edu.br

Marcos André Macêdo Do Vale Silva

Graduando em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
marcos.macedo@aluno.imepac.edu.br

Mariana Ingrid Messias Gonçalves

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
mariana.goncalves@aluno.imepac.edu.br

Mariana Rossi Silva Da Paixão

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
mariana.paixao@aluno.imepac.edu.br

RESUMO: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a deficiência intelectual (DI) inicia-se antes dos 18 anos, além de ser definida como uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, acompanhada de comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, que contribuem para o nível global de inteligência, isto é, cognitivas, de linguagem, motoras e habilidades sociais (OMS, 1992). Identificar e conhecer os preditores de risco para DI é essencial para a conduta adequada os quais podem ser classificados em pré-natais, perinatais e pós-natais. O manejo com esses pacientes requer um cuidado integral, podendo incluir reabilitação auditiva, física, visual, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências; urgência e emergência. É de extrema importância que o diagnóstico de DI seja realizado corretamente e de forma precoce, observando-se o quadro clínico do paciente bem como as áreas emocionais, cognitivas e motoras. O tratamento dependerá da causa da deficiência intelectual, sua gravidade, e comorbidade do indivíduo. O seguimento dos pacientes diagnosticados com DI deve ser sempre feito com o apoio familiar, para garantir ao paciente as condições adequadas para aprendizado de habilidades, assim como manter sua qualidade de vida no geral.

Palavras-chave: Deficiência; TDAH; Diagnóstico.

Como citar este trabalho:

SOUTO, R.R.; JÚNIOR, D.D.B.; SILVA, M.A.M.V.; GONÇALVES, M.IM.; PAIXÃO, M.R.S. Deficiência Intelectual: perspectivas e desafios na Saúde Pública. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 28-40. <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201782840>

INTRODUÇÃO

Um dos primeiros conceitos da Deficiência Intelectual (DI) foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1992, definido como uma capacidade consideravelmente reduzida de captar conhecimentos novos ou complexos e de desenvolver e executar novas habilidades (inteligência prejudicada). Assim é definida, por modificações, de duração perdurável no decurso do desenvolvimento, com alterações nas habilidades motoras, sociais e linguagem do indivíduo (WHO, 2010). Atualmente, o conceito mais empregado é o da *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAID), no qual essa condição é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expressas em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas, com origem prévia aos 18 anos de idade.

Dessa forma seria possível, além de avaliar o grau do coeficiente de inteligência (QI), analisar a capacidade de adaptar-se dessa criança. Ademais, Grossman, que foi um dos chefes responsáveis pelo conceito da DI, definida pela AAID, também estabeleceu que o desenvolvimento intelectual abaixo da média é associado ao escore do QI inferior à 70-75, além das capacidades adaptativas, como comunicação, autocuidado, vida no lar, desempenho na comunidade, habilidades sociais, acadêmicas, saúde, trabalho, lazer e autodireção. (ALMEIDA, 2012). De acordo com Melo, et al (2018, p.74):

DI tem prevalência global estimada entre 1 e 3%, sendo mais frequente no sexo masculino (razão 3:2), em todas as faixas etárias. A prevalência também é maior em países de baixa e média renda, onde as taxas costumam ser quase duas vezes maiores do que nos países de alta renda. No Brasil, dados do Censo de 2010 indicam que 1,4% da população possui algum grau de DI.

A deficiência intelectual apresenta inúmeras causas, desde fatores genéticos à origem ambiental. Desse modo, há evidências de que os fatores genéticos têm agentes com maior relevância devido a alterações microssomais, macrossomais, monogênicas, além da consanguinidade ser um fator de risco importante. Ademais, segundo Ke e Liu (2015, p.2): “a prevalência é maior no sexo masculino, tanto nas populações de adultos quanto de crianças e adolescentes. Entre os adultos, a proporção do sexo feminino para masculino varia entre 0,7: 1 e 0,9: 1, enquanto que nas crianças e adolescentes, varia entre 0,4:1 e 1:1”.

Fatores de Risco para Deficiência Intelectual

A despeito dos recentes avanços nos instrumentos de investigação médica, a etiologia da deficiência intelectual (DI) permanece desconhecida em 30% a 50% dos casos. A etiologia da DI é multifatorial, podendo ser genéticas ou ambientais, e congênitas (exposição fetal a teratógenos, distúrbios cromossômicos) ou adquiridas (infecções do sistema nervoso central, traumatismo craniano). Identificar e conhecer os preditores de risco para DI permite identificar maneiras para apoiar o indivíduo e a família para que estes fatores de risco possam ser evitados ou melhorados por meio de estratégias. Esses preditores podem ser classificados em pré-natais (antecedente familiares e genéticos; idade materna avançada; uso de drogas e álcool), perinatais (prematuridade; lesões e distúrbios neonatais) e pós-natais (lesão cerebral traumática; baixo peso ao nascer; crises neonatais) (MELO et al, 2018).

Uma variável importante é a severidade da DI, pois se sabe que, nos casos de DI leve, a possibilidade de se identificar uma etiologia é bastante remota, enquanto essa possibilidade é bem maior nos casos mais severos. Segundo Shevell (2008), em cerca de três quartos dos 50% dos casos em que chegamos à etiologia, encontraremos um dos seguintes fatores de risco (em ordem decrescente de frequência): síndromes genéticas ou anormalidades cromossômicas, asfixia intraparto, disgenesia cerebral, severa privação psicossocial e exposição pré-natal a agentes tóxicos (por exemplo, álcool ou outras drogas) (SHEVELL, 2008).

Nas situações de DI leve, a origem costuma ser multifatorial, ou seja, fatores ambientais, como o estado nutricional e variáveis socioculturais, somam-se a fatores biológicos, que interferem na herdabilidade do QI, resultando em déficits intelectuais e adaptativos leves. À medida que a gravidade da DI aumenta, o componente biológico assume papel mais relevante na etiologia. Em relação ao preditor genético, os dados evidenciam resultados significativos nos antecedentes familiares e genéticos. Considerando-se a expressiva contribuição da genética nos casos de DI, os padrões de herança familiar tendem a se manifestar em parentes de primeiro grau em uma proporção maior do que na população geral (SCHWARTZMAN et al, 2017).

Em relação aos preditores pós-natais, estudos constataram que um peso ao nascer <2.500 g foi o fator preditivo mais forte de DI, podendo, quando associado ao parto prematuro e à idade materna avançada apresentar ainda mais influência para risco de retardo mental. Um

estudo recente também identificou que no caso do peso ao nascer ser menor que 501 gramas, independentemente da idade gestacional e outros fatores envolvidos, cerca de 50% das crianças que permanecem vivas após um período de 5 anos apresentam retardo mental moderado a grave. Outros preditores de risco associados a DI, como baixa escolaridade materna, idade avançada da mãe ao nascimento da criança e múltiplos nascimentos também exercem grande influência (VIEIRA et al, 2017).

Abordagem da Deficiência Intelectual na Saúde Pública

A situação de deficiência na criança pode fragmentar a sensação de capacidade e confiabilidade dos pais, causando a necessidade de a família adaptar-se a uma nova realidade e reorganizar-se para enfrentar a experiência de viver e conviver com o filho deficiente. Para isso, ela busca se reconstruir e reestruturar como grupo familiar. Essa situação possui um peso emocional e de vulnerabilidade que demanda tempo (HÖHER et al, 2006).

Nessa jornada, há famílias que possuem maior dificuldade para lidarem com todo esse processo de adaptação à nova situação gerada pelas necessidades da criança deficiente, uma vez que precisam repensar sua estrutura e forma organizacional, pois o cuidado à criança pode exigir a presença constante de um dos membros, sobrecarregando-os, principalmente diante das situações em que essa criança enfrenta desafios maiores, como a malformação congênita ou hospitalização prolongada. Diante desse contexto, cuidar dessas famílias que possuem um filho deficiente é fundamental para fortalecê-las nesse processo de adaptação à situação de deficiência do filho e para a manutenção do funcionamento e interações familiares saudáveis (HÖHER et al, 2006).

O Cuidado Centrado na Família é uma abordagem que reconhece a importância da família como alvo do cuidado, integrando a participação de todos no planejamento das ações e oferecendo uma nova maneira de cuidar, que promove oportunidade para que a própria família defina seus problemas. O respeito pela individualidade da criança e de sua família é crucial e representa um desafio contínuo nos serviços de saúde e também para os profissionais de saúde, pois exige da equipe estar aberta e atenta às interações e ao impacto das vivências, além de dispor de conhecimento acerca da dinâmica, crença, e formas de adaptação da família a diferentes situações (BARBOSA et al, 2012, p. 194-199).

Os profissionais devem atuar no sentido de reconhecer a importância da família, pois ela é a base na qual a criança cresce e se desenvolve. Além disso, é importante ressaltar que o momento do diagnóstico da deficiência, na maioria das vezes, deixa os pais indignados, sem entendimento e sem orientação adequada, o que pode interferir na vinculação com o filho deficiente. Outro aspecto relevante além de reconhecer a família e essa importância na vida dessa criança, o profissional deve também oferecer respostas claras às dúvidas da família em relação ao desenvolvimento do filho, reconhecendo que a família tem o direito a explicações de maneira completa e apropriada à sua compreensão a respeito do diagnóstico e dos cuidados de seu filho. Estudos apontam que a família se constitui como o elo das relações sociais da criança com deficiência, por isso ela precisa, no processo do diagnóstico e aceitação do filho deficiente, sentir-se segura, com apoio, confiança e dignidade, aspectos esses que a ajudarão a enfrentar a realidade (BARBOSA et al, 2012).

Apesar do reconhecimento teórico de todo esse contexto e da importância da família para a criança, estudos evidenciam uma lacuna na orientação sobre como cuidar da criança com deficiência intelectual e de suas necessidades específicas, além de apontarem que o distanciamento do profissional de saúde que corrobora para que a família se sinta excluída do processo do cuidar (BARBOSA et al, 2012, p. 194-199).

Portanto, verifica-se que o manejo de pessoas com DI é extremamente importante, não apenas no âmbito familiar, mas em medidas que podem trazer ao paciente um maior cuidado, conforto e um desenvolvimento intelectual, mesmo que mínimo. O ponto inicial é analisar se há causa tratável e atuar através de uma análise comportamental. As circunstâncias em que decorrem os problemas podem ser a casa, estabelecimento ou instituição de cuidados de repouso, escola ou local de formação profissional (AMPUDIA, 2011).

Para um cuidado mais intenso das pessoas com o distúrbio intelectual, o Ministério da Saúde instituiu em 2012 a “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS”, com atividades em toda a rede da atenção básica e especializada em reabilitação auditiva, física, visual, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências; urgência e emergência. De consenso com o instrutivo de reabilitação, a preparação do cuidado íntegro na atenção especializada surge nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e nos Centro de Especialidades Odontológicas (SUS-BH, 2019).

O projeto realizado pelo Ministério da Saúde impõe que o CER assumam algumas

atribuições, como produzir em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades funcionais de cada pessoa (SUS-BH, 2019).

O plano inclui tecnologias assistivas, com foco na produção da autonomia e com independência em distintos aspectos da vida, garantindo que esses dispositivos sejam bem adaptados ao local físico e social; para que o indivíduo possa ter uma melhor funcionalidade e uma maior promoção de inclusão dentro da sociedade, a partir de medidas de prevenção da perda e redução do ritmo funcional, da melhora ou recuperação da função, da compensação da função perdida e da manutenção da função atual. Também é de suma importância a instalação de fluxos e práticas regulares de cuidado à saúde, coordenadas e articuladas entre os diversos pontos de atenção da rede de cuidados aos cidadãos com deficiência em cada extensão, bem como a realização de ações de ajuda clínico-assistencial na Atenção Básica, no campo da Região de Saúde de seus usuários, partilhando o compromisso com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Por fim, exige-se a articulação da Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertence, para discernir crianças e adolescentes com deficiência e analisar suas necessidades, dar suporte e orientação aos docentes e às famílias, visando à adaptação do ambiente escolar às características das pessoas com deficiência (SUS-BH, 2019).

Por fim, o apoio matricial analisa as ofertas de educação permanente às equipes apoiantes, habilidade de encaminhamentos a outros pontos de atenção, administração de filas de espera, mapeamento de pessoas com desejo de cuidados em reabilitação nos territórios junto às eSF e articulações / ações intersetoriais (AMPUDIA, 2011).

Classificação

Existem duas classificações diagnósticas para a deficiência intelectual, a primeira sendo utilizada pela OMS, utilizando-se se do critério estatístico para diagnóstico, como mostrado na tabela a seguir (Duarte, 2018):

Tabela 1. Classificação da Organização Mundial da Saúde para deficiência intelectual

Coefficiente intelectual	Denominação	Nível cognitivo segundo Piaget	Idade mental correspondente
Menor de 20	Profundo	Período Sensório-Motriz	0-2 anos
Entre 20 e 35	Agudo grave	Período Sensório-Motriz	0-2 anos
Entre 36 e 51	Moderado	Período Pré-operativo	2-7 anos
Entre 52 e 67	Leve	Período das Operações Concretas	7-12 anos

Fonte: Fiocruz.

A outra classificação é feita utilizando-se o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que define a condição como o “estado de redução notável do funcionamento intelectual inferior à média, associado a limitações em dois aspectos do funcionamento adaptativo, sendo eles o intelectual e o funcional, englobando as seguintes habilidades: comunicação, cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho (DUARTE, 2018).

Diagnóstico

Para se fazer o diagnóstico de DI corretamente, deve-se observar o quadro clínico do paciente, observando sua atuação nas áreas emocionais, cognitivas e motoras. Também é importante a realização de exames para diagnóstico diferencial, pois em muitos casos a DI pode apresentar causas reversíveis.

Ao se fazer a anamnese, deve-se investigar história familiar de doenças neurológicas e de DI, nível educacional dos pais, história de consanguinidade entre os pais e na família, história da gestação e parto, e heredograma. Quando fazer o exame físico é importante se atentar a medida do perímetro cefálico, exame físico geral e neurológico, inspeção da pele e pesquisa das anomalias congênitas (KE; LIU et. al, 2015).

O diagnóstico de DI precisa ser complementado por testes neuropsicológicos. A Escala de Desenvolvimento do Lactente de Bayley é o teste mais utilizado em lactentes. Ele avalia a linguagem, habilidades na resolução de problemas visuais, comportamento e habilidades

motoras. Em crianças acima de 3 anos os testes utilizados são as escalas de Wechsler. A WPPSI-III é usada para crianças com idade de 3 a 7 anos. Nas crianças com idade mental superior a 6 anos, a Escala de Wechsler de Inteligência para Crianças - quarta edição (WISC-IV) é utilizada (DUARTE, 2018).

O teste mais comumente utilizado para o comportamento adaptativo é a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland, que envolve entrevista com os pais ou cuidadores e professores, e avalia o comportamento adaptativo em 4 domínios: comunicação, atividades de vida diária, socialização e habilidades motoras. Os resultados dos testes neuropsicológicos devem ser interpretados com cautela e alguns fatores devem ser levados em consideração, como o contexto étnico e cultural, o nível educacional, a motivação, a cooperação e as deficiências associadas a DI (KE; LIU et. al, 2015).

O quadro clínico clássico para crianças com DI normalmente se manifesta como atraso no desenvolvimento da linguagem e dificuldades para se comunicar. A variar do nível de comprometimento da capacidade intelectual, se verifica o grau da severidade. Em casos mais leves, apenas as habilidades linguísticas se tornam mais prejudicadas quando comparadas com crianças na faixa normal de desenvolvimento. Em casos mais graves ou profundos, muitas não podem se comunicar completamente, e em muitas situações são capazes de pronunciar apenas algumas palavras (DUARTE, 2018).

A percepção das crianças para os estímulos ambientais é mais lenta ou reduzida. Elas têm dificuldades de distinguir as pequenas diferenças nas formas, tamanhos e cores. A capacidade de concentração desses pacientes também é menor. De maneira geral, sua memória é falha, e muitos dos indivíduos são mais lentos para se recordarem a respeito de diversos assuntos, e mesmo quando se recordam, sua memória pode ser muitas vezes parcial (KE; LIU et. al, 2015).

No que tange ao campo emocional, muitas vezes as crianças portadoras de DI são mais ingênuas e imaturas, embora possam melhorar conforme envelhecem. Sua capacidade de autocontrole é pobre e a manifestação de comportamento impulsivo e agressivo não é incomum. Muitos ainda agem com timidez e apresentam retração social (KE; LIU et. al, 2015).

Na maioria dos casos de DI, as capacidades de analisar, raciocinar, compreender e calcular, e mesmo para pensamentos subjetivos se encontra prejudicada, a depender da gravidade do comprometimento. Nos casos de DI leve, muitas são capazes de alcançar

capacidades matemáticas e de leitura no nível de uma criança comum de cerca de 9 a 12 anos de idade. Nos casos de DI mais grave, a maioria dos indivíduos não tem a capacidade de ler, calcular, ou até mesmo compreender o que outras pessoas dizem. No que diz respeito à coordenação, muitas vezes as crianças com DI possuem certa falta de destreza, sendo desajeitadas, ou demonstram movimentos em excesso. Movimentos sem sentido, ou estereotipados são mais comuns em DI grave. Comportamentos destrutivos, agressivos ou até mesmo violentos também podem ocorrer. O Comportamento autodestrutivo pode ocorrer em DI moderada ou grave (KE; LIU et. al, 2015).

Diagnósticos Diferenciais

Compreendendo a complexidade de aprendizado em suas muitas atribuições e utilidades cognitivas, e os termos relacionadas às questões de leitura, cálculo e escrita, faz-se fundamental um diagnóstico diferencial mais refinado e minucioso, com a meta de desmistificar alguns estereótipos, que em geral têm caráter difamatório e prejudicial, e por conseguinte modulam a autoimagem das crianças face à família e amigos, originando circunstâncias muitas vezes humilhantes e com sério comprometimento afetivo (ADRIANA et al., 2018).

Uma criança com problemas para compreender corre a ameaça de ser diagnosticada de maneira errada em casa e na escola. Neste âmbito, o pediatra tem um importantíssimo papel conjunto à criança, família e inclusive na escola: descartar qualquer acometimento clínico que possa perturbar a performance do estudante, avaliar a criança em todos as suas condições e contextos emocionais, assistir as famílias em relação à concepção de algumas ferramentas para acentuar e gerar uma agenda assertiva, motivando-a a melhorar, inclusive nas áreas em que possui maiores dificuldades, e instruir o encaminhamento interdisciplinar e técnico, de consenso com cada situação analisada (ADRIANA et al., 2018).

Um cérebro morfologicamente normal, com caráter neuroquímico e funcional normais e com padrão genético apropriado não indica a integral prerrogativa de um excelente aprendizado. Por isso a relevância de se discernir a identificação dos transtornos específicos da aprendizagem, resultantes de modificações do sistema nervoso central (SNC), de causa primária, das complicações para o conhecimento, que abrange um grupo divergente de

problemas aptos de alterar as chances da criança em aprender, independente das suas situações neurológicas para fazê-lo (ADRIANA et al., 2018).

A partir disso, percebe-se que alguns transtornos podem influenciar a capacidade cognitiva e o conduta adaptativa. Estas são condições que se assemelham a deficiência intelectual (DI) e estão relacionadas com algum outro distúrbio, entre eles estão a depressão e transtornos de aprendizado, como a exemplo do atraso no desenvolvimento e baixo rendimento escolar, quando a criança pode parecer portadora de DI, por apresentar mal desempenho em várias competências acadêmicas (por exemplo, aritmética e leitura) quando na realidade apresentam um QI dentro dos padrões de normalidade (AMPUDIA, 2011).

Ademais, outras alterações podem aparentar ser uma deficiência intelectual, exemplificativamente, os déficits auditivos, visuais e algumas síndromes epiléticas. Demais transtornos estão associados à DI, como a paralisia cerebral e transtornos do espectro autista (TEA). Nos eventos de paralisia cerebral, as habilidades motoras ficam sempre mais comprometidas em comparação às habilidades cognitivas, e nos TEA as habilidades sociais adaptativas e linguagem acham-se mais acometidas (DUARTE, 2018). Outra possibilidade, apesar de rara, é a privação ambiental, que pode exibir sintomas extremamente similares (AMPUDIA, 2011).

Seguimento

Nos casos de deficiência intelectual, a detecção e intervenção precoces são processos fundamentais para o tratamento. Em muitos casos, (40%) não se identifica uma etiologia específica e, portanto, não se pode curar muitas causas específicas. Dessa forma, na maioria das vezes, o tratamento não tem como objetivo curar, mas sim reduzir a inaptidão e demais sintomas do paciente, utilizando da redução de riscos (como por exemplo providenciar que os indivíduos estejam seguros em casa ou na escola), ensinamentos de habilidades para a vida, aprimoramento da qualidade de vida e fornecer apoio as família e cuidadores. O tratamento vai sempre depender da causa da deficiência intelectual, sua gravidade, e comorbidades do indivíduo (KE; LIU et. al, 2015).

Em muitos casos de deficiência intelectual são observados comportamentos desafiadores. Esse termo descreve certos tipos de comportamentos que podem prejudicar a

vida cotidiana de crianças com DI e de seus familiares, reduzindo sua qualidade de vida e taxas de sobrevivência. Esses comportamentos podem ser de diversos tipos, como por exemplo: médicos, diagnóstico duplo, no qual há uma doença psiquiátrica comórbida e ambientais (MIETO, 2010).

O seguimento dos pacientes com DI deve ser sempre feito com o apoio familiar, para garantir ao paciente as condições adequadas para aprendizado de habilidades, assim como manter sua qualidade de vida no geral. Normalmente crianças com DI têm mais dificuldades no processo de aprendizagem, portanto necessitam de uma maior atenção. Conforme crescem e dominam certas habilidades de vida diárias, precisam frequentar a escola com outras crianças, pois na maioria dos casos é na escola que as crianças conquistam habilidades acadêmicas, de autodisciplina, e habilidades sociais e práticas para convivência em sociedade. Como o ambiente é de fundamental importância no seguimento de indivíduos com DI, deve-se redobrar a atenção a inclusão desses pacientes no meio (MIETO, 2010).

Em muitos casos a DI pode ser acompanhada de fraqueza muscular generalizada, lento desenvolvimento de habilidades motora, e limitações significativas na fala e na linguagem. Portanto ao elaborar um plano terapêutico para esse paciente, é interessante a fisioterapia/terapia ocupacional - que pode contribuir para que a criança desenvolva suas habilidades corretamente - e acompanhamento com fonoaudiólogo, para promover uma melhor comunicação para a criança (ANTUNES, 2012).

Muitas pesquisas também mostram a importância do envolvimento entre pais e filhos com deficiência intelectual. Foi constatado que os cuidados intensos das crianças com DI podem desafiar a capacidade da família de cumprir as funções. Os pais desses pacientes precisam de informações mais relevantes sobre os quadros, apoio psicológico e serviços de cuidados continuados por uma equipe multidisciplinar (KE; LIU et.al, 2015).

CONCLUSÃO

É possível frisar que a presente pesquisa pretende contribuir com profissionais da área de saúde, além de pesquisadores, professores e estudantes, uma vez que se insere nos estudos que buscam conhecer e identificar os preditores de risco para DI. Nessa perspectiva, pode-se concluir que a deficiência intelectual é uma condição grave, que infelizmente ainda é tratada

com certo estigma, sem realizar o diagnóstico e tratamento correto na maioria dos casos. No momento do diagnóstico para DI, é importante primeiramente investigar a etiologia e diagnósticos diferenciais da doença, pois algumas causas podem ser reversíveis.

Ao realizar o diagnóstico para deficiência intelectual, é importante observar o quadro clínico do paciente, analisando sua atuação nas áreas emocionais, cognitivas e motoras. Existem diversos testes para avaliar a DI, dentre eles, a Escala de Desenvolvimento do Lactente de Bayley, as escalas de Wechsler e a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland. O uso desses testes vai depender da idade do paciente e do julgamento do profissional. Além de tudo, é importante observar os outros quadros clínicos da criança que podem cursar com DI, como distúrbios motores e psiquiátricos. A educação dessas crianças deve ser sempre realizada de maneira inclusiva, de forma que ela possa aprender habilidades básicas de vida e socializar com as demais pessoas. É necessário investir em pesquisas que procurem investigar de forma mais ampla os conceitos da Deficiência Intelectual (DI), bem como proposições que consigam avaliar mais profundamente os impactos nas crianças, adolescentes, jovens e adultos e suas famílias que sofrem com os fatores de risco provocados pela DI.

REFERÊNCIAS

ADRIANA et al. **Departamento Científico Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento**. p. 1–31, 2018.

AMPUDIA, R. O que é deficiência intelectual? **Revista Nova Escola**, p. 1, 2011.

ANTUNES, Kátiuscia Cristina Vargas. História de Vida de alunos com deficiência intelectual: percurso escolar e a constituição do sujeito. In: **Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial**. 2012.

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 194-199, 2012.

CARVALHO, Suzy Anny Martins; FREITAS, ACP. Pessoa com Deficiência Intelectual—Ante a Lei 13.146/15. **Revista da AGU**, v. 17, n. 01, 2017.

DUARTE, R. C. B. Deficiência intelectual na criança. **Residência pediátrica**, v. 8, n. supl 1, p. 17–25, 2018.

HÖHER, S.P.; WAGNER, A.D.L. A transmissão do diagnóstico e de orientações a pais de

crianças com necessidades especiais: a questão da formação profissional. **Estudos Psicológicos**, 2006 Abr-Jun; 23(2):113-25.

KE, Xiaoyan; LIU, Jing. Deficiência intelectual. **IACAPAP e-Textbook of Child and adolescent mental health. (Edição em Português)**, 2015.

MELO, Débora Gusmão et al. Investigação etiológica nas situações de deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 6, n. 3, p. 73-85, 2018.

MIETO, Gabriela Sousa de Melo. Virtuosidade em professores de inclusão escolar de crianças com deficiência intelectual. 2010.

SCHÄFER, Antônio Augusto et al. Características pré e pós-natais de crianças e adolescentes com deficiência intelectual. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 3, 2019.

SCHWARTZMAN, José Salomão; LEDERMAN, Vivian Renne Gerber. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. **Inclusão Social**, v. 10, n. 2, 2017.

SHEVELL, M. Global developmental delay and mental retardation or intellectual disability: conceptualization, evaluation, and etiology. **Pediatr Clin North**, v. 55, p.1071-84, 2008.

SUS-BH. NA REDE DE REABILITAÇÃO DO SUS-BH REABILITAÇÃO DO SUS-BH. 2019.

VIEIRA, Erlaine Chaves Machado; GIFFONI, Silvyo David Araújo. Avaliação de preditores de risco para deficiência intelectual. **Revista Psicopedagogia**, v. 34, n. 104, p. 189-195, 2017.

Doenças Raras: reflexões e perspectivas sobre as políticas públicas no Brasil

Roberta Ribeiro Souto

Mestranda em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Uberlândia
roberta.souto@imepac.edu.br

Andreza Maria Pereira Alves

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
andreza.silva1306@gmail.com

Camila Nunes de Lima

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
camila21alimac@gmail.com

Carla Anátalia Aparecida de Araújo Pereira

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
carla.anatalia@hotmail.com

Mariana Rodrigues de Paulo

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
mariana.rodrigues0912@gmail.com

RESUMO: As doenças raras (DR) são definidas como aquelas que afetam até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos. Aproximadamente 80% dessas patologias são provenientes de etiologias genéticas, sendo as demais por causas infecciosas, imunológicas, do ambiente, entre outras. Por serem condições crônicas, incapacitantes, progressivas e que afetam diretamente a qualidade de vida dos portadores, as DR's necessitam de diagnóstico precoce. Estima-se que há cerca de 8.000 DR já identificadas e em média 8% da população mundial são portadores. No Brasil, a DR é presente em aproximadamente 15 milhões de pessoas, sendo que cerca de 4% dos nascidos vivos são acometidos por anomalias congênitas, tornando a segunda causa de mortalidade infantil no país. Além disso, a OMS estima que a mortalidade média entre os indivíduos diagnosticados é antes dos cinco anos de idade e ocorre devido ao diagnóstico e abordagem tardios. A Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doenças Raras (PNAIPDR), publicada pelo Sistema único de Saúde (SUS) em 2014, possui o objetivo de integrar as doenças genéticas raras ao sistema público de saúde para ofertar serviços genéticos na atenção básica, bem como estabelecer centros de referências regionais para testes, oferta de medicamentos e realização de aconselhamento genético a estes indivíduos portadores de DR's.

Palavras-chave: Doenças raras; Políticas públicas; Brasil.

Como citar este trabalho:

SOUTO, R.R.; ALVES, A.M.P.; LIMA, C.N.; PEREIRA, C.A.A.A.; PAULO, M.R. Doenças Raras: reflexões e perspectivas sobre as políticas públicas no Brasil. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 41-51. <http://dx.doi.org/10.51781/97865869201784151>

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se Doença Rara quando o desfecho afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, isto é, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. As Doenças Raras possuem uma gama de manifestações clínicas, que podem variar não só entre doenças, como também entre indivíduos afetados pela mesma condição, tal fato pode mimetizar outras patologias comuns, impossibilitando o diagnóstico rápido devido à submissão desses pacientes à diversos tratamentos, exames e serviços de saúde. Além disso, as DR's em geral são crônicas, progressivas, degenerativas e podem levar à incapacitação do paciente, prejudicando diretamente sua qualidade e expectativa de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; DHARSSI et al, 2017).

Nos últimos anos, os métodos diagnósticos para as DR's vêm se fortalecendo mundialmente, como a utilização de novas metodologias para identificação de alterações genéticas nos indivíduos, logo, proporcionam a identificação precoce das doenças raras genéticas, possibilitando com que estas sejam tratadas precocemente e que tenham um prognóstico favorável, um exemplo desta detecção precoce é o Programa Nacional de Triagem Neonatal, que detecta certas doenças congênitas por meio de testes específicos (NOVAES e DE SOÁREZ, 2019; DHARSSI et al, 2017).

Além disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doenças Raras (PNAIPDR), publicada pelo Sistema único de Saúde (SUS) em 2014, tem a intenção de integrar as doenças genéticas raras ao sistema público de saúde brasileiro, com o propósito de estabelecer serviços de genética à atenção básica e centros de referência regionais para testes genéticos, distribuição de medicamentos e a realização de aconselhamento genético a estes indivíduos portadores de DR's (IRIART et al, 2019).

À vista disso, considerando a relevância das Doenças Raras enquanto problema de saúde pública e suas repercussões na qualidade de vida destes indivíduos, nesse capítulo discutimos sobre as perspectivas acerca da PNAIPDR, bem como o diagnóstico, a oferta do tratamento e o acompanhamento dos pacientes por meio dela.

Doenças Raras: Etiologia e Epidemiologia

Com base na Política de Atenção Integral à Pessoa com Doenças Raras, as doenças raras são classificadas com base na sua etiologia, em genéticas e não genéticas, sendo as anomalias congênitas ou de Manifestação Tardia, a Deficiência Intelectual e os Erros inatos do Metabolismo causas genéticas; e as Infeciosas, Inflamatórias, Autoimunes, de origem não genética.

Estima-se que há cerca de 8.000 DR's identificadas, atingindo em média 8% da população mundial, sendo que 80% são de etiologia genética, e as demais por causas ambientais, infecciosas e imunológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; IRIART et al, 2019). No Brasil, a DR é presente em aproximadamente 15 milhões de pessoas, sendo que cerca de 4% dos nascidos vivos são acometidos por anomalias congênitas, tornando a segunda causa de mortalidade infantil no país. Além de que, dados da OMS estimam que a mortalidade de grande parte desses indivíduos é antes dos cinco anos de idade, devido a intervenções inadequadas ou tardias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

Manifestações Clínicas

Anomalias congênitas ou de manifestação tardia

Representam alterações estruturais ou do desenvolvimento do feto, resultantes de fatores intrínsecos ao desenvolvimento intrauterino, que podem ser genéticos, ambientais ou idiopáticos. Podem manifestar-se logo após o nascimento ou em uma fase mais tardia de sua evolução. Inclui doenças neurodegenerativas e genéticas (de herança autossômica dominante, recessiva e ligadas ao cromossomo X) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O quadro clínico dependerá da causa da anomalia, mas no geral apresenta-se com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, prematuridade, baixo peso ao nascer, visceromegalias, lesões cutâneas e anomalias no sistema respiratório (MENDES et al, 2018).

Deficiência intelectual (DI)

Pode ser resultante de causas genéticas, exposição a fatores deletérios do ambiente e

da interação entre ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). As manifestações clínicas, basicamente, são resumidas em atraso do desenvolvimento na função intelectual e déficits no funcionamento adaptativo social e também são percebidas de acordo com a sua classificação (KE e LIU, 2015).

Em DI leve é possível observar habilidades linguísticas pobres, sem desenvolvimento de habilidades de leitura e matemática, baixa capacidade de concentração e de relembrar memórias e emoções ingênuas e imaturas. Na DI classificada como moderada percebe-se lentidão nos marcos do desenvolvimento, escassez de capacidade de aprender e pensar logicamente, possuem capacidade de autocuidado com apoio e comportamento autodestrutivo. Na DI considerada grave, observa-se dificuldade de pronunciar palavras, vocabulário muito limitado, a absorção de habilidades de autocuidado com muita prática e auxílio, mas ainda não são independentes no âmbito escolar, social e família, além de apresentarem movimentos estereotipados. Na DI profunda ou severa é comum a incapacidade de comunicar-se e de autocuidado, convulsões, deficiência física, não conseguem ler, calcular ou compreender o que lhe é dito e a expectativa de vida é bastante reduzida devido às comorbidades que a acompanham (KE e LIU, 2015).

Erro inato de metabolismo (EIM)

Os EIM possuem manifestações multissistêmicas, além de comprometimento neurológico e óbito precoce. Por ser uma condição com quadro clínico inespecífico, seu diagnóstico se apresenta complexo e necessitando de uma investigação em várias etapas, conforme orientação do Ministério da Saúde (2014).

Os EIM classificado em três grupos, a depender de sua fisiopatologia:

Grupo I: intoxicação aguda e crônica ligada a ingestão alimentar de proteínas ou açúcar;
Grupo II: Deficiência na produção ou utilização de energia;
Grupo III: Sinais e sintomas permanentes e progressivos provenientes da deficiência na síntese ou no catabolismo de moléculas complexas. Não possui relação com ingesta alimentar.

Segundo as Diretrizes de Doenças Raras (2014), os EIM podem se manifestar da seguinte maneira: hipoglicemia idiopática, alcalose respiratória, acidose metabólica persistente, cetonúria, síndrome séptica sem infecção, cardiomiopatia hipertrófica, hepatopatias, odores, alterações neurológicas (ataxia, letargias, coma, flutuação entre consciência e torpor, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor ou deficiência intelectual

sem causa, perda da fala, da marcha ou da compreensão), instabilidade térmica, catarata, dificuldades alimentares, distúrbios metabólicos idiopáticos, vômitos, desidratação, epilepsia sem causa ou de difícil controle, esplenomegalia, alterações oftalmológicas (luxação do cristalino ou mancha vermelho cereja ou retinose pigmentar ou córnea verticillata ou cegueira familiar) e acidente vascular encefálico.

Prognóstico das Doenças Raras mais comuns no Brasil

Desde o ano de 2010 tem-se intensificado os métodos diagnósticos para as doenças raras (DR) em todo o mundo, para que depois, com o tempo, se investigue as relações de causalidade dessas alterações no indivíduo. No âmbito das alterações genéticas, o mapeamento do genoma humano em conjunto com o desenvolvimento do sequenciamento genético e da computação permitiram a utilização de novas metodologias para sua identificação, ou seja, serviram como base para a ampliação do conhecimento genético. Esses novos investimentos em métodos investigativos promoveram o reconhecimento social amplo e promissor da identificação precoce das DR genéticas, permitindo com que estas sejam tratadas de forma precoce e que, conseqüentemente, seu prognóstico seja favorável (NOVAES; DE SOÁREZ, 2019).

As DR de causa não genética não são citadas de forma a abranger o prognóstico das suas alterações. Assim como já salientado neste trabalho, faz-se necessária uma maior abordagem desse âmbito das DR, de forma a beneficiar o seu diagnóstico, abordagem e, conseqüentemente, o seu prognóstico (NOVAES; DE SOÁREZ, 2019).

Deve-se ainda ser lembrado do impacto dessas doenças na relação dessa criança com sua família. Santos (2018) salienta que o diagnóstico, na maioria das vezes, impactará negativamente de uma forma relativamente importante no dia a dia e na rotina dessa família. A partir do momento em que recebem o diagnóstico, estas necessitam fazer uma mudança radical na sua forma de conviver para adaptar-se à condição de saúde do novo membro. É preciso considerar que o apoio que essa criança necessitará é de extrema importância para o seu prognóstico, uma vez que o seu desenvolvimento positivo dependerá do acolhimento familiar, estímulos diários e atenção integral. Além disso, o tratamento das DR's demanda um maior investimento financeiro, uma vez que o tratamento possui elevado custo e muitas das

vezes as famílias não apresentam condições de sustentá-lo, fazendo com que essa criança seja obrigada a não dar continuidade com a terapia da forma correta ou seja levada para instituições de longa permanência (SANTOS, 2018).

Cenário nacional - regulamentação e atuação no Brasil

A diretriz para abordagem integral à pessoa portadora de doenças raras foi publicada apenas em 2014 pelo Ministério da Saúde (MS) e surgiu após grande insistência da população brasileira que lutava por direitos no âmbito da saúde pública. Possui o objetivo principal de garantir abordagem multidisciplinar para o portador de DR e sua família, incluindo o auxílio do profissional geneticista, prevê o desenvolvimento de um banco de dados para facilitar o manejo das diversas alterações e o acesso a métodos diagnósticos, bem como a tratamentos de alto custo, além de garantir a criação de centros de referências capazes de realizarem testes genéticos para o diagnóstico, oferecerem tratamento e aconselhamento genético para a família (BUENO et al, 2014).

Quando comparado com outros países, o Brasil mostra um atraso na publicação de recomendações para a abordagem das DR. Vários países se preocupam desde a década de 70 com a assistência a DR. O Japão promulgou uma legislação em 1972 que dizia sobre como lidar com essas doenças. A França se manifestou em 2004 com o Primeiro Plano Nacional para Doenças Raras, que serviu de modelo para que o Conselho Europeu desenvolvesse também, em 2009, planos e estratégias nacionais para atender as necessidades das doenças raras, incentivando seus países a considerarem a implementação de recomendações específicas, de acordo com a capacidade de cada país (DHARSSI et al, 2017).

Ainda segundo Dharssi et al (2017), até o ano de 2017, os Estados Unidos (EUA) não possuíam nenhuma política ou planos e estratégias formais para abordagem das DR, sendo que cada estado possui sua própria legislação e autonomia para atender indivíduos portadores.

De acordo com as Diretrizes de Doenças Raras (2014), a atenção primária, como as Unidades Básicas de Saúde (UBSFs), são a porta de entrada para o paciente portador de DR e sua família. Possui como objetivo realizar orientações quanto à prevenção de anomalias congênitas, deficiência intelectual, erros inatos do metabolismo, doenças raras não genéticas,

reconhecer o indivíduo portador de alterações raras, encaminhar o paciente aos serviços especializados, fornecer apoio familiar, acompanhamento regular do paciente, reabilitação e reinserção social do portador de DR, além de garantir assistência regular com direito a prestação de serviços em âmbito domiciliar. Por isso, o Ministério da Saúde (2014) defende que a capacitação continuada dos profissionais que terão contato com esse paciente e sua família é de extrema importância para que todo o prosseguimento dos casos específicos seja realizado de forma rápida, eficaz e resolutive.

No que diz respeito à assistência especializada, o MS (2014) propõe que esta deverá garantir acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos, às informações e ao cuidado integrado desde o acolhimento até à reabilitação do paciente, além de apoio matricial à Atenção Básica.

Para o tratamento das DR, são utilizados os fármacos denominados “medicamentos órfãos”. São assim chamados por serem especificamente dirigidas aos indivíduos que possuam doenças graves ou raras, ou seja, uma minoria da população. Pela escassa demanda, a indústria farmacêutica do país não expressa interesse em sua fabricação, fazendo com que as terapias farmacêuticas sejam em sua maioria importadas e tornando-as medicações de difícil acesso e de elevado custo. Devido ao alto custo, não é incomum a falta dessas medicações nos serviços públicos de saúde, o que faz com que os portadores de DR fiquem sem o tratamento adequado e, conseqüentemente, piore a sua qualidade de vida e prognóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No que diz respeito ao financiamento das DR, a Portaria nº 199, de 30 de Janeiro de 2014 do Ministério da Saúde diz que as equipes de profissionais dos serviços de referência para portadores de DR receberão R\$ 41.480,00 (quarenta e um mil quatrocentos e oitenta reais) mensais e os estabelecimentos de saúde habilitados como Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras receberão o valor de R\$ 11.650,00 (onze mil seiscentos e cinquenta reais). Esses incentivos financeiros são destinados a investimentos com procedimentos, medicamentos e órtese, prótese e materiais especiais (OPM) do SUS para fins diagnósticos em doenças raras.

Aconselhamento Genético

Levando em conta que aproximadamente 80% das doenças raras são de etiologia genética, é essencial que seja realizado o aconselhamento genético (AG) aos pacientes e seus familiares. Nesses indivíduos com DR de causa genética ou sob possibilidade de manifestá-la, o aconselhamento terá o intuito de promover o assistencialismo e educação, proporcionando a compreensão acerca de todos os tópicos da patologia em desenvolvimento ou que está sob risco, o que engloba a etiologia, evolução, prognóstico, como também escolha quanto ao direito reprodutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Além de informar sobre a doença, os riscos e opções reprodutivas, o AG também pode desempenhar a finalidade de prevenção, que provêm do livre arbítrio dos casais que possuem chances de conceber filhos com DR, ou seja, anomalias congênitas ou patologias geneticamente estabelecidas. De acordo com PNAIPDR (2014), os Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras irão integrar à Rede de Atenção à saúde, como forma de prestar assistência integral e especializada, realizada por equipe multidisciplinar e interdisciplinar capacitada, sendo papel da Atenção Básica conduzir os indivíduos e seus familiares, que possuem hipótese de patologias genéticas ou sob risco de serem acometidos, à esses serviços, para verificar a necessidade de AG (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Importância da Triagem Neonatal para as Doenças Raras no Brasil

Segundo a Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal (SBTEIM), os testes realizados na triagem neonatal são definidos como um conjunto de ações preventivas realizadas com o intuito de detecção precoce de diversas doenças congênitas ou infecciosas e assintomáticas e interferir no curso da doença, permitindo o tratamento precoce e a diminuição ou eliminação de sequelas a longo prazo nesta criança.

Desde a década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere necessidade da criação de métodos diagnósticos para detecção precoce de doenças congênitas, considerando que cerca de 10% da população brasileira seja portadora de alguma deficiência resultante de alterações congênitas (MENDES et al, 2020). Na década de 90, o teste de triagem neonatal

passou a ser obrigatório e o SUS passou a custear o procedimento em todo o território nacional. A triagem abrange o teste da orelhinha, da linguinha, do ouvidinho, do olhinho, do coraçãozinho e do pezinho. Para o diagnóstico das doenças raras (DR), utiliza-se o teste do pezinho (BUENO et al, 2014).

Até o ano de 2020, teste do pezinho, um dos métodos de triagem oferecido pelo SUS, possui o potencial de rastrear seis doenças congênicas, são elas: Fenilcetonúria (PKU) - prevalência de 1:24.780 nascidos vivos no Brasil; Hipotireoidismo Congênito (CH) - prevalência de 1:3.808; Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias (SC) - 1:1.000; Fibrose Cística (FC) - 1:7.000; Deficiência de Biotinidase (BD) - 1:61.067 e Hiperplasia Adrenal Congênita (CAH) - prevalência de 1:7.500 no país (BUENO et al, 2014). Entretanto, em março de 2020 foi proposta uma emenda da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que diz sobre a ampliação do teste do pezinho oferecido pelo SUS. A proposta defende que o teste de triagem ofereça de forma progressiva investigação de mais 47 alterações congênicas, além das seis que já eram ofertadas (AGÊNCIA SENADO, 2021). Então, desde outubro de 2020 o teste já analisa a presença da infecção pela Toxoplasmose, doença que afeta de cinco a 22 crianças a cada 10 mil nascimentos (SBP, 2020). A emenda foi enviada em 29 de abril de 2021 e aguarda sanção do presidente da República (AGÊNCIA SENADO, 2021).

CONCLUSÃO

Em virtude do que foi mencionado, percebe-se que é necessário o fortalecimento da Política de Atenção Integral à Pessoa com Doenças Raras e uma maior conscientização sobre essas doenças no meio acadêmico e na população brasileira. Assim, considerando que o país possui cerca de 15 milhões de pessoas acometidas por Doenças Raras, ainda há muito a ser feito para que essa população, principalmente no que se refere ao diagnóstico precoce e à garantia do acesso aos medicamentos e aos serviços públicos de referência, visto que ainda não há cobertura adequada de procedimentos médicos genéticos por meio do SUS.

Portanto, tendo em vista a gravidade das DR's e seus impactos quanto à qualidade de vida destes indivíduos e a importância do diagnóstico e tratamento precoce, uma das maneiras de enfrentamento e amenização desses impactos seria a realização do "Teste do Pezinho", preconizado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal, que efetua o rastreamento de

distúrbios e patologias no recém-nascido, a tempo necessário para que ocorra intervenção adequada. Além de que, a efetividade da PNAIPDR é imprescindível para que esses pacientes tenham maior acesso à atenção integral no sistema público de saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Senado aprova ampliação do teste do pezinho feito no SUS**. Brasília 2021. Disponível em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1938739&filename=PL-5043-2020. Acesso em 20 de mai. 2021.

BUENO, Maria Rita Passos et al. Genetics and genomics in Brazil: a promising future. **Molecular Genetics e Genomic Medicine**, v 2, p 280-291. 2014. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mgg3.95>. Acesso em 08 de mai. 2021.

DHARSSI, Safiyya et al. Revisão de 11 políticas nacionais para doenças raras no contexto das principais necessidades dos pacientes. **Jornal de doenças raras da Orphanet**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2017. Disponível em https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13023-017-0618-0?utm_campaign=BSLB_TrendMD_2019_LSGR_Orphanet&utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc. Acesso em 10 de mai. 2021.

IRIART, Jorge Alberto Bernstein et al. From the search for diagnosis to treatment uncertainties: challenges of care for rare genetic diseases in Brazil. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 24, p. 3637-3650, 2019. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31576994/>. Acesso em 26 de abr. 2021.

KE, Xiaoyan; LIU, Jing. Deficiência Intelectual. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: **International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions**. 2015. Disponível em <https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Intellectual-disabilities-PORTUGUESE-2015.pdf>. Acesso em 26 de abr. 2021.

MENDES, Isadora Cristina et al. Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis: uma revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, 2018. Disponível em <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2329>. Acesso em 26 de abril. 2021.

MENDES, Isadora Cristina et al. Aspectos Gerais da Triagem Neonatal no Brasil: Uma Revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 30, 2020. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20200019>. Acesso em 08 de mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde - SUS**. Portaria GM/MS nº 199 de 30/01/2014. Brasília: 2014. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/04/DIRETRIZES-DOENCAS-RARAS.pdf>. Acesso em 26 de abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)**. 2020. Acesso em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/p/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>. Disponível em 20 de mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 199, DE 30 DE JANEIRO DE 2014**. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html. Acesso em 20 de mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Triagem Neonatal Biológica - Manual Técnico** [Homepage na Internet]. Brasília: 2016. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf. Acesso em 08 de mai. 2021.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; DE SOÁREZ, Patricia Coelho. Doenças raras, drogas órfãs e políticas para a incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde: repercussões sobre a teoria e prática da Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Sociologias**, v. 21, n. 51, 2019. Disponível em <https://www.seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/85144/53683>. Acesso em 07 de mai. 2021.

SANTOS, Soraia Vanessa da Silva. **Crianças com doenças raras: impacto na família**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. [sn]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10284/7069>. Acesso em 07 de mai. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **SBP alerta sobre necessidade de políticas públicas para pacientes com doenças raras**. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-alerta-sobre-necessidade-de-politicas-publicas-para-pacientes-com-doencas-raras/>. Acesso em 26 de abr. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **SUS passará a ofertar exame de detecção para a toxoplasmose congênita incorporado ao Teste do Pezinho. 2020**. Disponível em <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sus-passara-a-ofertar-exame-de-deteccao-para-a-toxoplasmose-congenita-incorporado-ao-teste-do-pezinho/>. Acesso em 20 de mai. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRIAGEM NEONATAL (SBTN). **Triagem o que é** [Homepage na Internet]. Brasília. Disponível em <https://www.sbteim.org.br/>. Acesso em 08 de mai. 2021.

Os desafios diagnósticos e terapêuticos dos erros inatos do metabolismo na Saúde Coletiva

Roberta Ribeiro Souto

Mestranda em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Uberlândia
roberta.souto@imepac.edu.br

Camila Nunes de Lima

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
camila21alimac@gmail.com

Carolina Ramos de Oliveira

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
caarolinaramoss@gmail.com

Mariana Rodrigues de Paulo

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
mariana.rodrigues0912@gmail.com

Natália Queiroz Souza dos Santos

Graduanda em Medicina
IMEPAC - Centro Universitário
nataliaqssantos@gmail.com

RESUMO: Os Erros Inatos do Metabolismo (EIM) são defeitos genéticos associados a heranças autossômicas recessivas, doenças ligadas ao cromossomo X, heranças maternas, doenças mitocondriais que promovem alteração na produção ou composição enzimática. Atualmente, mais de 700 EIM foram descritos na literatura e a incidência dessas desordens é de 1:5.000 nascidos vivos. A classificação dessas patologias está relacionada à fisiopatologia que apresentam, podendo compreender doenças associadas a moléculas complexas, doenças com quadro de intoxicação e doenças do metabolismo energético. Os EIM apresentam manifestações clínicas inespecíficas e heterogêneas, sendo que 95% deles não possuem tratamento específico. Além disso, o despreparo e falta de qualificação dos profissionais da saúde em reconhecer e manejar doenças de ordem genética como EIM ainda é um desafio para saúde pública brasileira. Apesar da triagem neonatal via “teste do pezinho”, disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) desde 2001, ser uma efetiva ferramenta na promoção da detecção e intervenção precoce de quatro tipos de EIM - fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, deficiência de biotinidase e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase - a implementação e expansão contínua da triagem neonatal, assim como a educação em genética médica para todos os médicos é fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce e consequente redução de morbidade e mortalidade, sobretudo tendo-se em vista que as doenças genéticas raras constituem um importante problema de saúde pública.

Palavras-chave: Erros Inatos do Metabolismo; Genética; Atenção Primária à Saúde.

Como citar este trabalho:

SOUTO, R.R.; LIMA, C.N.; OLIVEIRA, C.R.; PAULO, M.R.; SANTOS, N.Q.S. Os desafios diagnósticos e terapêuticos dos erros inatos do metabolismo na Saúde Coletiva In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 52-64.
<http://dx.doi.org/10.51781/97865869201785264>

Conceito

Defeitos genéticos estão associados à herança autossômica recessiva, doenças ligadas ao cromossomo X, heranças maternas e doenças mitocondriais que promovem alteração na produção ou composição enzimática, acarretando o desenvolvimento dos Erros Inatos do Metabolismo (EIM). A carência enzimática promove alterações metabólicas tanto pelo acúmulo de substratos não metabolizados quanto pela diminuição de produtos de origem enzimática. O resultado dessa carência enzimática produz toxicidade pelo acúmulo de substâncias carregadas por enzimas, mas também deficiência final de produtos originados pela ativação de vias metabólicas a partir da ação enzimática que regula ações fisiológicas metabólicas, assim, como se o defeito enzimático ocorrer no interior de uma organela que produz acúmulo de substâncias intracelular. No entanto, se o problema enzimático ocorrer em uma coenzima (vitamina), os problemas metabólicos podem ser solucionados com a reposição da vitamina correspondente (GAGLIARDI, et al, 2019).

Classificação

Os Erros Inatos do Metabolismo (EIM) são classificados em grupos de acordo com a fisiopatologia que as patologias apresentam. Logo, eles podem ter doenças associadas a moléculas complexas, doenças associadas a quadros de intoxicação e doenças associadas ao metabolismo energético. As doenças associadas a moléculas complexas apresentam sintomas permanentes, progressivos e que não estão associados a fatores desencadeantes de crises agudas de descompensação. As principais doenças desse grupo são: Peroxissomopatias, Lisossomopatias, Defeitos Congênitos da Glicosilação (CDG) e Erros Inatos na Síntese de Colesterol (GAGLIARDI, et al, 2019).

As lisossomopatias apresentam defeito genético na produção de uma enzima lisossomal, que na sua carência ou diminuição provoca acúmulo de substratos intracelulares que não são quebrados pela ação do lisossomo. Essa patologia é investigada pela dosagem da quitotriosidase, que apresenta níveis elevados em exames laboratoriais como indicativo de doença lisossomal. A apresentação clínica da doença é uma evolução crônica e progressiva sem crises metabólicas graves. Os sinais e sintomas presentes são: hipotonia associada ao

atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM), espasticidade, hepatomegalia, esplenomegalia, comprometimento cardiovascular, alterações esqueléticas e presença de fácies grosseiras. São classificadas em mucopolissacaridoses, oligossacaridoses, esfingolipidoses, mucolipidoses, lipofuscinoses (GAGLIARDI, et al, 2019).

As peroxissomopatias estão relacionadas com alterações nos peroxissomos que participam da metabolização dos lipídios por meio de degradação de ácidos graxos de cadeia longa e de cadeia ramificada que promovem a produção de sais biliares, plasmalogênio. São doenças subdivididas nos seguintes grupos: Deficiência da biossíntese de eterfosfolípides: condrodissplasia rizomélica *punctata*, Deficiência da beta-oxidação peroxissomal dos ácidos graxos: síndrome de Zellweger e adrenoleucodistrofia ligada ao X (ALD), Deficiência da beta-oxidação peroxissomal dos ácidos graxos: doença de Refsum, Defeito de alongação das cadeias dos ácidos graxos, Defeito do metabolismo de eicosanóides e Síndrome de Sjögren-Larsson.

As doenças associadas a quadros de intoxicação apresentam quadro clínico agudo e progressivo associado a toxicidade das substâncias acumuladas pela alteração metabólica provocada pelos Erros Inatos do Metabolismo (EIM). Sinais e sintomas recorrentes são: vômitos, hipotonia, coma, disfunção hepática e hematológica. São classificadas em Acidemias orgânicas, Aminoacidopatias, Intolerância aos Açúcares (galactosemia e frutosemia) e Doenças do ciclo da ureia (GAGLIARDI, et al, 2019).

As Acidemias Orgânicas são distúrbios metabólicos relacionados com o aumento de ácidos orgânicos em fluidos biológicos. Há duas subdivisões, sendo que na primeira, as Acidemias Orgânicas Sistêmicas que apresentam sinais de intoxicação aguda com apresentação de hipotonia, vômitos, disfunção hepática e hematológica. Nos exames laboratoriais o paciente apresenta acidose metabólica, quadro de hipoglicemia ou hiperglicemia, trombocitopenia e leucopenia. A segunda subdivisão é das Acidemias Orgânicas Cerebrais, que não apresentam manifestações sistêmicas e sim neurológicas, como distúrbio do movimento, ataxia progressiva, microcefalia e atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) (GAGLIARDI, et al, 2019).

As aminoacidopatias mais importantes são: fenilcetonúria, tirosinemia do tipo I e doença do xarope do bordo. A fenilcetonúria (PKU) é uma doença genética autossômica recessiva de deficiência da enzima fenilalanina hidroxilase que é detectável no teste do

pezinho. A manifestação de sintomas da PKU ocorre no terceiro até os seis meses de vida em que a criança apresenta comprometimento neurológico de atraso no DNPM, crises epiléticas, hipertonia, microcefalia, retardo mental, déficit de atenção, hiperatividade distúrbios do movimento, déficit de crescimento, maxilar proeminente e cheiro característico de mofo ou de rato. O tratamento da fenilcetonúria se restringe a restrição à ingestão de fenilalanina (GAGLIARDI, et al, 2019).

Os EIM mais comuns são os classificados como Doenças do Ciclo da Ureia (DCU) de herança autossômica recessiva ou ligado ao cromossomo X. O ciclo da ureia é responsável pela metabolização de excretas nitrogenadas. No fígado há enzimas responsáveis por esse processo de metabolização, porém deficiência de enzimas hepáticas responsáveis por esse processo de degradação promove quadro clínico de encefalopatia, alcalose respiratória e hiperamonemia relacionado com a toxicidade da amônia não degradada que compromete principalmente as funções neurais do indivíduo com quadros de alterações cognitivas, convulsões e tetraparesia (GAGLIARDI, et al, 2019).

As doenças associadas ao metabolismo energético estão relacionadas com o déficit energético metabólico que causa comprometimento dos principais órgão vitais do organismo que são coração, fígado, cérebro e musculatura esquelética. Esse grupo de doenças é subdividido nos seguintes grupos: Glicogenoses, Mitocondriopatias, Defeitos do metabolismo mitocondrial dos ácidos graxos. A respeito das glicogenoses, estas são alterações no metabolismo do glicogênio que podem acarretar o comprometimento de órgãos específicos.

A Glicogenose tipo I (Moléstia de Vom Girke) apresenta comprometimento hepático e neurológico, o quadro clínico manifestado com recorrência é a hipoglicemia associada a crises epiléticas, hepatomegalia, acúmulo de gordura em nádegas, mamas e bochechas (face de boneca). Os exames laboratoriais apresentam hipoglicemia de jejum, acidemia láctica, aumento do colesterol, aumento das triglicérides e aumento do ácido úrico. O tratamento clínico desta patologia consiste em manter a glicemia normal com realização de dietas alimentares em curtos intervalos de tempo (GAGLIARDI, et al, 2019).

Epidemiologia e Prevalência no Brasil

Os Erros Inatos do Metabolismo (EIM) têm uma incidência de 1: 5.000 nascidos vivos. De acordo com Ferreira, C. R. e Van Karnebeek, C. D. M. (2019) há o conhecimento de mais de 700 desordens metabólicas. Em grupos populacionais de alto risco é 200 vezes maior a frequência de EIM do que na população geral. Exames laboratoriais de comprovação diagnóstica confirmam o diagnóstico em 6% dos casos suspeitos (ROMÃO, et al., 2017).

No Brasil, os estudos relacionados a EIM são estaduais, de acordo com as especificidades de cada estado, que não representam uma análise global de manifestações dessas doenças. Assim, o estudo mais completo sobre essa temática foi realizado pela Universidade do Rio Grande do Sul no período de 2001 a 2010, que constatou 165 diagnósticos de Erros Inatos do Metabolismo, com 20% dos casos de origem orgânica, 19,3% de origem aminoacidopatias e 18,1% causados por metabolismo lisossômico. No estudo foi possível relacionar consanguinidade com defeitos monogênicos, com o acometimento de 18,7% dos pacientes confirmados com diagnóstico de EIM (AZEVEDO, et al, 2020).

As síndromes metabólicas mais prevalentes no Brasil são: glicose-6-fosfato desidrogenase (mais de 150 mil casos anuais), deficiência de biotinidase (1: 15.000 casos leves e 1:75:000 para casos graves), hipotireoidismo congênito (1:1.500- 1:4.000 nascidos vivos) e fenilcetonúria (incidência que varia de 1/8.690 a 1/33.068 dependendo do estado brasileiro) (AZEVEDO, et al, 2020).

Manifestações Clínicas

A investigação de EIM deve iniciar com os antecedentes pessoais e patológicos que podem indicar sinais e sintomas sugestivos de EIM. No caso de crianças, deve-se investigar doença de manifestação abrupta sem explicação e caráter evolutivo que tem sintomas associados à alimentação. Isso porque essa característica se relaciona com distúrbios metabólicos. Além disso, é essencial a investigação dos antecedentes familiares com história familiar de consanguinidade, sepse ou morte inexplicável de irmão ou parentes associados a disfunções neurológicas, cardíacas ou hepáticas e abortos anteriores a gestação do paciente com suspeita de EIM (GAGLIARDI, et al, 2019).

Os EIM possuem manifestações diversas que estão relacionadas ao acometimento de órgãos e desequilíbrios metabólicos provocados, que podem ser alterações intermitentes ou crônicas, num órgão específico ou multissistêmico. Os sinais e sintomas podem ter início precoce, no período neonatal, ou tardio com o desenvolvimento neuropsicomotor do indivíduo (GAGLIARDI, et al, 2019).

Os sintomas apresentados no período neonatal são: diminuição da sucção, hipotonia, letargia, vômito, crises convulsivas. Durante o desenvolvimento da criança, é percebido atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dismorfias, apresentação de infecções de repetição (ROMÃO, et al., 2017). Também é possível que os pais e cuidadores percebem sinais e sintomas de patologias de EIM, como a criança apresentar odor estranho na pele e na urina, vômitos frequentes, histórico de crises de hipoglicemia, coma sem causa aparente, convulsões, de início precoce, não controladas, déficits no crescimento, diplegia, regressão do desenvolvimento. Além de sinais clínicos, como presença no exame físico de hepatomegalia, cardiomiopatia (GAGLIARDI, et al, 2019).

Quadro 1. Principais manifestações clínicas dos erros inatos do metabolismo.

Neurológicas	Letargia, progredindo para coma/convulsões/anormalidades do tônus; Atraso ou regressão do desenvolvimento / sucção débil.
Gastrointestinais	Colestase, diarreia, icterícia, hepatomegalia e hepatoesplenomegalia; Recusa alimentar, regurgitações e vômitos.
Respiratório	Apneia, taquipneia e falência respiratória.
Cardíaca	Cardiomiopatia.
Outros	Alterações oftalmológicas: catarata, turvação da córnea, ceratite e coloboma macular; Alterações Dermatológicas; Hidropsia fetal; Características dismórficas faciais; Odores alterados na urina.

Fonte: adaptado de V REID SUTTON. Inborn errors of metabolism: Epidemiology, pathogenesis, and clinical features. 2019.

Quadro 2. Manifestações clínicas dos principais EIM iniciados no período neonatal ou infância

Distúrbio metabólico	Principais manifestações clínicas
Fenilcetonúria	Retardo mental, convulsões;
Doença do xarope do bordo	Vômitos, letargia, distonia, encefalopatia aguda.
Tirosinemia tipo I	Hepatopatia.
Distúrbios do metabolismo de carboidratos	Hipoglicemia, letargia, encefalopatia, disfunção hepática, miopatia, cardiomiopatia.
Distúrbios do ciclo da ureia	Encefalopatia aguda com hiperamonemia.
Distúrbios de oxidação dos ácidos graxos	Hipoglicemia, letargia, encefalopatia, hepatomegalia, insuficiência hepática, cardiomiopatia.
Acidemias orgânicas	Vômitos, desidratação, Encefalopatia aguda com acidose metabólica grave.
Distúrbios mitocondriais	Anormalidades esqueléticas, miopatia, cardiomiopatias, vômitos, hepatopatia, convulsões, retinopatia, surdez, atraso no desenvolvimento.
Doenças peroxissomais	Características faciais dismórficas, hepatomegalia, hipotonia e disfunção neurológica em extensão variável.

Fonte: adaptado de SMITH, Laurie; HARDING, Cary O. Inborn Errors of Metabolism. Pediatric Critical Care, Elsevier. 2011.

O papel da Atenção Primária à Saúde diante dos EIM:

Desde o final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem destacado a necessidade de que países em desenvolvimento iniciem atividades de promoção e proteção à saúde no que diz respeito às doenças genéticas e defeitos congênitos.

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou o resultado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em parceria com o Ministério da Saúde, em que mostra que 71,5% dos brasileiros dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Giugliani et al. (2016), o SUS até o momento não oferece cobertura adequada de procedimentos médicos genéticos, com exceção da triagem neonatal, padrão cariótipo e

poucos outros testes.

No Brasil, segundo Melo. D. G. et al. (2019), o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) estabelecido em 2001 foi a primeira iniciativa de política pública nacional relacionada à genética médica. Essa política, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2016), objetiva promover e implementar a triagem neonatal para doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do SUS, de forma universal, integral e equânime, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças incluídas no PNTN. Além disso, a triagem neonatal já é socialmente reconhecida como uma efetiva ferramenta de prevenção a saúde, e tem a Atenção Básica como porta de entrada no Sistema de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A triagem neonatal, conhecida como “teste do pezinho” segundo Melo. D. G. et al. (2019) foi implantada em fases, tendo desde 2014 abrangência nacional de rastreio para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita. Dessas doenças, quatro são EIM: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, deficiência de biotinidase e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.

Atualmente no Brasil, existem três versões do Teste do Pezinho: uma básica e duas ampliadas (SPB, 2019). A versão simples, disponível no SUS, engloba as seis doenças mencionadas e as duas versões ampliadas, encontradas na rede particular, podem detectar de 10 a 50 tipos de doenças. No entanto, no dia 29/04/2021 foi aprovado o Projeto de Lei 5.043/2020 que amplia o número de doenças rastreadas pelo teste do pezinho aplicado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O exame passará a incluir 14 grupos de doenças de forma escalonada, em cinco etapas, em prazo a ser definido pelo MS.

Em 2014, o MS promulgou a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR) com o objetivo de integrar as doenças genéticas raras no SUS no âmbito da atenção primária e a centros de referência regionais. Essa política classifica as doenças em dois eixos de acordo com sua origem: genéticas e não genéticas, sendo os erros inatos de metabolismo pertencentes ao eixo de origem genética.

A PNAIPDR define funções específicas para a Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada. A APS é a principal porta de entrada na rede SUS, sendo responsável pela coordenação do cuidado de saúde e seguimento longitudinal da população que está

registrada sob sua responsabilidade. Segundo Melo. D. G. et al. (2019), são atribuições específicas de responsabilidade da APS: ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e sintomas; mapeamento de pessoas com ou sob risco de desenvolverem doenças genéticas e/ou defeitos congênitos para encaminhamento regulado; seguimento clínico após diagnóstico e aconselhamento genético; promoção de educação em saúde com objetivos de prevenção e ampliação de autonomia; avaliação contínua e longitudinal do paciente e sua família; e atenção domiciliar em casos específicos.

Como o médico generalista deve agir no diagnóstico precoce do EIM na APS:

As doenças genéticas raras constituem um importante problema de saúde pública, mas ainda são pouco estudadas na perspectiva da Saúde Coletiva (IRIART et al, 2019). Diante disso, segundo Melo. D. G. et al. (2019), saber manejar as doenças de ordem genética é uma competência desejável para todos os médicos.

O reconhecimento da relevância da educação em genética médica para todos os médicos no Brasil levou a Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica (SBGM) a definir, em 2015, um perfil de competência mínimo em genética, elencando conhecimentos, habilidades e atitudes esperados desses profissionais em conformidade com as políticas públicas relacionadas à área existentes no país.

A SBGM estabeleceu quatro competências fundamentais para se atingir esse perfil: 1. Examinar regularmente a sua própria competência clínica, reconhecendo as lacunas de aprendizagem e os avanços da genética e da genômica ao longo do tempo, compreendendo a necessidade de educação continuada. 2. Identificar indivíduos que apresentem ou possam desenvolver uma doença genética e saber como e quando fazer encaminhamento para um profissional especializado em genética médica. 3. Manejar pacientes com doenças genéticas/defeitos congênitos previamente diagnosticados, utilizando diretrizes clínicas já estabelecidas, no âmbito da sua atuação profissional. 4. Promover e estimular práticas clínicas e de educação em saúde, objetivando a prevenção de doenças genéticas/defeitos congênitos.

Seguimento

O desenvolvimento das ações em saúde para a estabilização eficiente e com qualidade dos portadores de erros inatos do metabolismo torna-se um desafio ainda maior considerando que 95% delas não possuem tratamento específico (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020). Dessa forma, apenas uma pequena parcela das doenças raras é beneficiada com o tratamento baseado em medicamentos e dependem, ainda, de uma rede de cuidados bem estruturada e interligada que sejam independentes para que garantam a qualidade de vida dos pacientes e forneçam suporte adequado aos seus familiares.

O tratamento dos erros inatos do metabolismo é complexo, os cuidados são centrados no paciente, baseados em suas necessidades e focados na família, o que justifica a necessidade da formação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além da equipe multidisciplinar da Atenção Primária em Saúde (APS), existem ainda, pontos de atenção em centros universitários e entidades parceiras que também oferecem atenção terapêutica para essas pessoas.

Além de definir o plano terapêutico, é necessário estruturar uma linha de cuidados, que está intimamente vinculada à forma de acolher e orientar o paciente com doenças raras. Esse cuidado compreende tanto o cuidado com a saúde mental e saúde nutricional, quanto à atenção especializada. Compete à atenção especializada realizar ações e serviços de diagnóstico, habilitação/reabilitação e tratamento específico, de acordo com a necessidade complementar de todas as especialidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

CONCLUSÃO

Diante das manifestações clínicas inespecíficas e heterogêneas das apresentações dos EIM, os médicos da APS devem atentar-se aos principais sinais e sintomas que indiquem suspeita do quadro para que, dessa forma, o reconhecimento dessas condições seja rápido, favorecendo o diagnóstico precoce e introduzindo a terapêutica adequada. A introdução do tratamento adequado em tempo hábil influencia diretamente o prognóstico desses pacientes, sendo fundamental para o sucesso terapêutico, aumentando a qualidade de vida da criança. O desenvolvimento de novas terapias específicas para os EIM exige que os profissionais estejam

atentos a tais diagnósticos para permitir o acesso precoce dos pacientes ao tratamento (ROMÃO et.al., 2017).

À vista da complexidade e da recorrência dos Erros Inatos do Metabolismo, faz-se necessário o seu entendimento, principalmente, diante do aconselhamento familiar no contexto Atenção Primária de Saúde, de modo a esclarecer o prognóstico e risco de recidiva da doença.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, B. R. A. **A importância clínica do teste do pezinho como triagem inicial para os erros inatos do metabolismo em fase pré-sintomática.** 2020. Disponível em <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14726/1/Brunna%20Rafaela.pdf>. Acesso em 8 de maio de 2021.

BIBLIOTECA IBGE. **Pesquisa nacional de saúde - 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde.** Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em 8 de maio de 2021.

EBSERH. **Manual de Investigação e Manejo Inicial de Erros Inatos do Metabolismo.** 2020. Disponível em <http://www2.ebserh.gov.br/documents/210672/4519689/MANUAL+UCIPED+012+Erros+Inatos+do+Metabolismo+EIM+Vers%C3%A3o+1.pdf/b0bb8997-6251-4397-8eb1-707d7f85c04b>. Acesso em 8 de maio de 2021.

FERREIRA, Carlos R.; VAN KARNEBEEK, Clara D. M. Inborn errors of metabolism. **Handbook of clinical neurology**, v. 162, p. 449-481, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444640291000229> . Acesso em 28 de maio de 2021.

GAGLIARDI, R. J.; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia.** 2. ed. GEN Guanabara Koogan, 2019.

GIUGLIANI, R. et al. **Rare disease landscape in Brazil: report of a successful experience in inborn errors of metabolism.** 2016. Disponível em <https://ojrd.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13023-016-0458-3.pdf>. Acesso em 9 de maio de 2021.

IRIART, J. A. B. et al. Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 24, n.10, p. 3637-3650, 2019. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n10/3637->

[3650/pt](#). Acesso em 9 de maio de 2021.

MELO, D. G. et al. Perfil de Competência em Genética para Médicos do Brasil: uma Proposta da Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 43, p. 451 – 461 ; 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1s1/pt_1981-5271-rbem-43-1-s1-0440.pdf. Acesso em 9 de maio de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 41 p. Disponível em <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/04/DIRETRIZES-DOENCAS-RARAS.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 199, de 30 de janeiro de 2014**. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html. Acesso em 9 de maio de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 80 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf. Acesso em 8 de maio de 2021.

ROMÃO, A. et al. Apresentação clínica inicial dos casos de erros inatos do metabolismo de um hospital pediátrico de referência: ainda um desafio diagnóstico. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 3, p. 258-264, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000300258&lang=pt. Acesso em 11 de maio de 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Diretrizes Gerais do Programa Cuidando das Pessoas com Doenças Raras e Apoio aos Familiares do Município de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Texto_introdutorio_122_6_1_2021.pdf. Acesso em 08 de abril de 2021.

SBGM - Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica. **Ensino da Genética Médica na Graduação em Medicina**. Disponível em https://www.sbgm.org.br/uploads/genetica_graduacao_consolidado%281%29.pdf. Acesso em 10 de maio de 2021.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. **Teste do Pezinho ampliado deve ser oferecido no SUS, afirma presidente de DC**. 2019. Disponível em <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/teste-do-pezinho-ampliado-deve-ser-oferecido-no-sus-afirma-presidente-de-dc/>. Acesso em 8 de maio de 2021.

SENADO NOTÍCIAS. **Projeto de lei amplia lista de doenças rastreadas pelo teste do pezinho**. 2021. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/29/senado-aprova-ampliacao-da->

[lista-de-doencas-rastreadas-em-teste-do-pezinho-feito-pelo-sus](#). Acesso em 9 de maio de 2021.

WHO - World Health Organization. **Community genetics services: report of a WHO consultation on community genetics in low and middle-income countries**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44532/9789241501149_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 8 de maio de 2021.

Hesitação e negação à vacina da COVID-19: uma revisão sistemática

Mariene Garcia Gomes

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
mariene.garcia@outlook.com.br

Boscolli Barbosa Pereira

Doutor em Genética
Universidade Federal de Uberlândia
boscolli@ufu.br

RESUMO: o sucesso da imunização só será efetivo a partir da aceitação vacinal dos indivíduos. No entanto a atual conjuntura vivenciada pelos países é marcada pela disseminação de desinformações sobre a COVID-19, gerando um comportamento de hesitação e negação à vacina nos indivíduos, o que culmina em uma possível redução da taxa de cobertura vacinal. Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a hesitação e recusa vacinal da COVID-19, avaliando os fatores associados a esse comportamento. Para o desenvolvimento do estudo foram utilizadas as diretrizes e procedimentos PRISMA, sendo utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed, Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Google Scholar*. Os termos para a pesquisa foram: 'VACCINATION HESITANCY' AND 'ANTI-VACCINATION MOVEMENT' AND 'COVID-19'. Na síntese qualitativa foram incluídas 16 publicações, nas quais 55,3% dos participantes relataram que aceitariam tomar a vacina, 29% estavam inseguros e 15,7% tiveram uma posição de recusa à vacinação. Dentre aqueles que optaram em não se vacinar, os principais motivos para esse comportamento foram relacionados com as preocupações acerca dos efeitos adversos, dúvidas sobre a eficácia da vacina e desmotivação pela disseminação excessiva de informações. Além disso, foi evidenciado nas publicações que características demográficas, sociais e econômicas tiveram associação significativa com a baixa aceitação para a vacinação. Logo, faz-se necessário o fortalecimento e elaboração de estratégias eficazes para uma maior cobertura vacinal.

Palavras-chave: COVID-19; Hesitação vacinal; Revisão sistemática.

Como citar este trabalho:

GOMES, M.G.; PEREIRA, B.B. Hesitação e negação à vacina da COVID-19: uma revisão sistemática. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 65-75.
<http://dx.doi.org/10.51781/97865869201786575>

INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia da COVID-19, em dezembro de 2019, cientistas ao redor do mundo estão em busca de medidas eficazes de tratamento e o desenvolvimento de vacinas para o controle da doença. Até o mês de abril de 2021, já existiam 92 vacinas na fase de ensaio clínico - com testes sendo realizados em humanos - e outras 184 que estavam na fase pré-clínica de desenvolvimento (OMS, 2021). Além disso, ainda em abril do mesmo ano, dez vacinas já estavam sendo aplicadas na população (VIDALE, 2021). Apesar desses avanços no que diz respeito à produção de vacinas, o sucesso da imunização só será efetivo a partir da ampla aceitação vacinal dos indivíduos (QATTAN et al., 2021).

Para que haja uma redução no número de casos e óbitos por COVID-19, é necessário que se tenha uma imunização coletiva. Esse processo é caracterizado como a imunidade de diversas pessoas contra uma doença, interrompendo a transmissão de um vírus (OPAS, 2021). No caso da COVID-19, estima-se que 60% a 70% da população de cada país tem que ser vacinada para atingir a imunidade de rebanho (CUETO, 2021). Contudo a atual conjuntura em que os países vivenciam é marcada pela disseminação de desinformações e *fake news* nas redes sociais sobre a COVID-19, gerando um comportamento de hesitação e negação à vacina nos indivíduos, o que culmina em uma possível redução da taxa de cobertura vacinal (BARIFOUSE, 2020).

Uma das melhores definições de hesitação vacinal é a do *Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy* (SAGE-WG) que a descreve como sendo o atraso na aceitação ou recusa das vacinas, mesmo existindo a disponibilidade dos serviços de vacinação (MACDONALD, 2015).

Diante dessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde considerou a hesitação vacinal como uma das dez ameaças à saúde global (DINGA et al., 2021), uma vez que esse comportamento provoca um recuo às ações de imunização, contribuindo para o aumento de casos e óbitos por doenças imunopreveníveis (CARDIN et al., 2020).

Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a hesitação e recusa vacinal da COVID-19, avaliando os fatores associados a esse comportamento.

MÉTODO

Protocolo de Revisão Sistemática

Para o desenvolvimento do estudo foram utilizadas as diretrizes e procedimentos PRISMA - Principais Itens para relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA) (GALVÃO et al., 2015). Nenhum protocolo foi realizado para avaliar a qualidade dos artigos inseridos nessa pesquisa.

Seleção de Busca e Critérios de Elegibilidade

Publicações que exploraram a hesitação e negação vacinal com relação à COVID-19 e as razões para essa conduta foram pesquisadas entre os anos de 2019 e 2021. As bases de dados utilizadas para a revisão foram: PubMed, Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Google Scholar*. Os termos de pesquisa usado na busca foram 'VACCINATION HESITANCY' AND 'ANTI-VACCINATION MOVEMENT' AND 'COVID-19'. Foram incluídos artigos originais no idioma português e inglês; publicações de outros gêneros científicos foram excluídas nesta revisão sistemática.

Rastreamento dos Dados

O rastreamento dos dados nas publicações, após a pesquisa no banco de dados, ocorreu da seguinte maneira: foram selecionados estudos quantitativos que abordassem sobre a hesitação e recusa vacinal e os motivos para essa conduta; um revisor realizou a triagem dos artigos, inicialmente por meio dos títulos e resumos, de acordo com os critérios de elegibilidade; quando houve dúvidas quanto a inclusão dos artigos, estes foram lidos integralmente. Todas as publicações elegíveis foram lidas na íntegra.

Extração e Síntese dos Resultados

Informações sobre autoria, título da publicação, ano da publicação, local de estudo e resumo sobre a hesitação vacinal e os motivos para essa insegurança foram coletadas para a síntese dos resultados. A extração e avaliação dos dados foram realizadas por um revisor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O procedimento de busca eletrônica nas bases de dados encontrou 489 publicações, sendo que 480 foram no *Google Scholar*; 09 no PubMed e nenhum artigo foi encontrado no Scielo e Lilacs. Após a leitura dos títulos, resumos e, quando necessária, a leitura na íntegra, 20 textos foram conduzidos para a leitura integral. Com a exclusão de 04 artigos por abordarem superficialmente sobre a recusa e hesitação vacinal com relação à COVID-19, 16 publicações foram consideradas elegíveis para a elaboração da síntese qualitativa (Figura 1).

Dos artigos incluídos para a síntese qualitativa, todos (100%) foram publicados na língua inglesa. Dentre as 16 publicações, 12 (75%) eram estudos conduzidos com o público em geral, 03 (18,8%) com profissionais da saúde e 01 (6,2%). Além disso, as pesquisas foram realizadas nos seguintes países: Arábia Saudita (n = 3); Camarões (n = 1); Colômbia (n = 1); Espanha (n = 1) Estados Unidos (n = 4); França (n = 1); Irlanda (n = 1); Hong Kong (n = 1); Polônia (n = 1); Reino Unido (n = 3) Turquia (n = 1). (Tabela 1).

Um total de 60.482 pessoas participaram dos estudos transversais, das quais 33.464 (55,3%) relataram que aceitariam tomar a vacina contra a COVID-19, 17.501 (29%) estavam inseguras e 9.486 (15,7%) tiveram uma posição de recusa à vacinação. Para que as vacinas sejam utilizadas na população em geral, os testes devem apresentar resultados seguros, com poucos efeitos adversos e eficazes. A OMS determina que as vacinas possam ser aplicadas se estas forem capazes de prevenir e/ou controlar mais de 50% dos casos graves quando a população estiver vacinada (GUIMARÃES, 2020). Mesmo as vacinas tendo os ensaios pré-clínicos e clínicos para garantir a eficácia acima do que é definido pela OMS, cerca de 8.900 participantes explicitaram que esta é uma das razões para não se vacinarem. Atrelado a isso, há a preferência para determinadas vacinas. Socarras *et al.* (2021) perceberam que os profissionais da saúde tiveram uma maior disposição para vacinas de COVID-19 que tivessem 80% de eficácia (n= 967) do que aquelas com somente 60% (n = 821).

Outro motivo abordado nas publicações analisadas e citados pelos participante sobre a hesitação e recusa à vacinação foram os possíveis efeitos adversos da vacina, argumento presente em 06 dos 16 artigos. Os sintomas após a aplicação da vacina constituem um evento que pode ocorrer em alguns indivíduos, sendo os sinais mais comuns a vermelhidão no local aplicado, dores musculares e de cabeça, calafrio, cansaço, febre e enjoo (BRASIL, 2021). Logo,

são reações consideradas esperadas pelas entidades fabricantes das vacinas.

Características demográficas, sociais e econômicas também foram significativamente associadas com a baixa aceitação de alguns participantes em aceitarem uma vacina para a COVID-19. No estudo transversal realizado com britânicos, verificou-se que indivíduos com menores níveis socioeconômicos, eram mais propensos a insegurança ou não estavam dispostos a serem vacinados (PAUL *et al.*, 2021). O mesmo foi constatado com os grupos étnicos, no qual mulheres negras não latinas que residiam nos Estados Unidos foram as que menos relataram intenção positiva para vacinar (ALLEN *et al.*, 2021). Diante disso, Latkin *et al.* (2021) propõem o desenvolvimento de programas de vacinação e campanhas de saúde pública de acordo com os contextos sociais de cada grupo populacional.

O advento da pandemia da COVID-19 está inserido a um cenário de disseminação excessiva de informações, caracterizado como infodemia, dificultando a população em encontrar fontes confiáveis, uma vez que estão expostas a notícias verídicas e falsas. Isso gera preocupações à saúde pública e global, pois interfere no êxito das ações de combate à doença, como por exemplo, as campanhas de vacinação (PULIDO *et al.*, 2020).

Figura 1. Fluxograma da revisão sistemática.

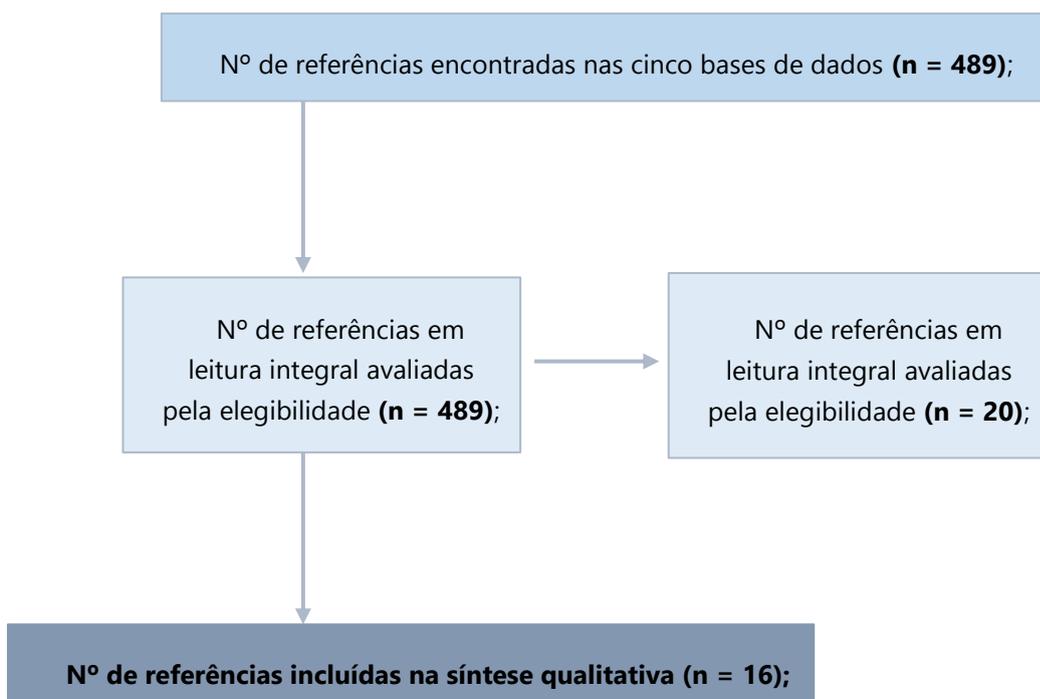


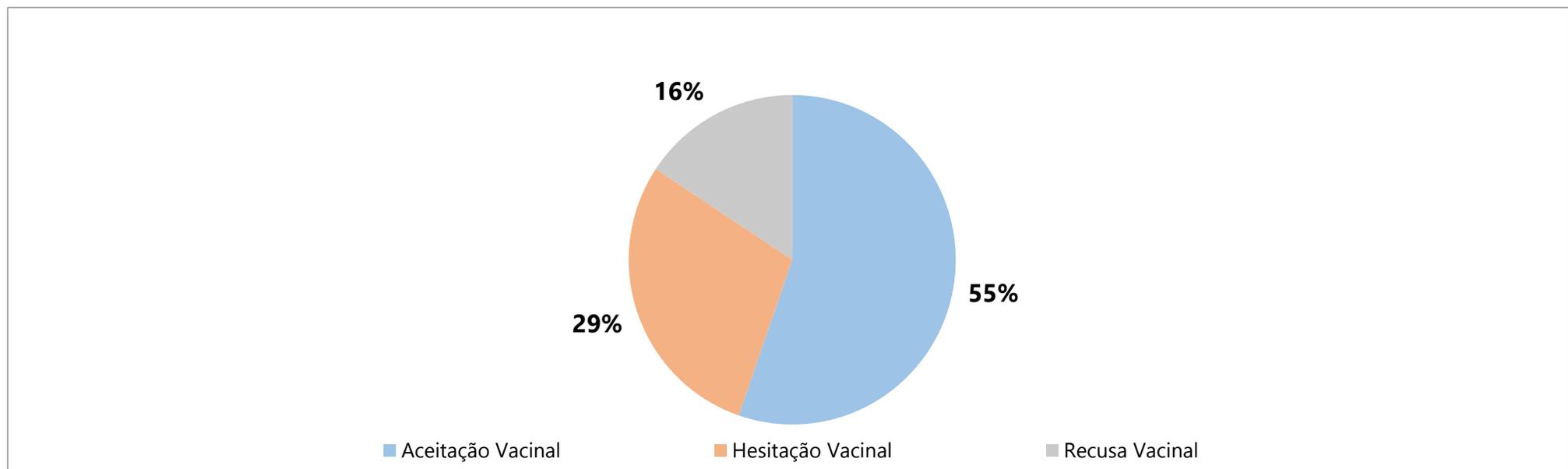
Tabela 1. Características descritivas dos estudos sobre a hesitação e recusa vacinal da COVID-19.

Autores	Título do artigo	Ano	Local de estudo	Resumo
Qattan et al.	Acceptability of a COVID-19 Vaccine Among Healthcare Workers in the Kingdom of Saudi Arabia	2021	Arábia Saudita	O estudo trata-se de uma pesquisa transversal com profissionais da área da saúde cujo objetivo foi avaliar a taxa de aceitação da vacina COVID-19 entre esses trabalhadores e os fatores associados à intenção de vacinar. Dentre os 673 profissionais que responderam o questionário, 50,52% demonstraram interesse em ser vacinado.
Dinga et al.	Assessment of Vaccine Hesitancy to a COVID-19 Vaccine in Cameroonian Adults and Its Global Implication	2021	Camarões	Estudo realizado com 2.512 camaroneses. Nessa amostra populacional, 84,6% dos participantes relataram necessitar de mais informações sobre a vacinação ou estão com receio em serem vacinados.
Paul et al.	Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID 19: implications for public health communications.	2021	Reino Unido	O estudo foi conduzido com 32.361 adultos, no qual a insegurança em receber uma vacina foi significativamente associada a baixa renda familiar e nível educacional, grupos sociais minoritários, participantes com pouco conhecimento sobre a COVID-19 e os que relataram cumprimento insatisfatório com relação às preocupações governamentais.
Wang et al.	Change of Willingness to Accept COVID-19 Vaccine and Reasons of Vaccine Hesitancy of Working People at Different Waves of Local Epidemic	2021	Hong Kong	Estudo realizado em dois momentos durante a primeira onda (Fevereiro) e terceira onda (Agosto a Setembro) da epidemia no ano de 2020. Foi verificado que a aceitação em receber uma vacina contra COVID-19 foi menor na terceira onda (34,8%) do que na primeira (44,2%).
Almaghaslah et al.	COVID-19 Vaccine Hesitancy among Young Adults in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Web-Based Study	2021	Arábia Saudita	Estudo realizado com 862 adultos da Arábia Saudita no qual os motivos relacionados à hesitação vacinal foram a eficácia e segurança da vacina (49,9%) e as notícias que são divulgadas nas redes sociais (33,1%)
Kuçukkarapinar et al.	COVID-19 Vaccine Hesitancy and Its Relationship With Illness Risk Perceptions, Affect, Worry, and Public Trust: An Online Serial Cross-Sectional Survey From Turkey	2021	Turquia	Estudo transversal realizado em três períodos correspondentes aos eventos relacionados à pandemia na Turquia. Esse estudo foi conduzido por meio de um questionário online com 3.888 participantes. Foi verificado que houve um aumento da hesitação / recusa da vacina no terceiro período analisado (58,9%).

Schwarzinger et al.	COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics	2021	França	O estudo foi conduzido com 1942 franceses onde a recusa e/ou hesitação vacinal foram significativamente associados ao sexo feminino, idade, nível educacional mais baixo, baixa adesão a outras vacinas recomendadas e não terem doença crônica.
Latkin et al.	COVID-19 vaccine intentions in the United States, a social-ecological framework	2021	Estados Unidos	Estudo com 592 americanos com o objetivo de verificar a intenção dos participantes em receber uma vacina contra a COVID-19. Após as análises, aproximadamente 59,1% demonstraram interesse em ser vacinado, 24,2% discordaram em receber uma vacina e 16,7% não souberam opinar sobre a intenção ou não de vacinar.
Allen et al.	Factors associated with the intention to obtain a COVID-19 vaccine among a racially/ethnically diverse sample of women in the USA	2021	Estados Unidos	Estudo realizado com 396 mulheres de diferentes etnias residentes nos Estados Unidos. Foi verificado que 56,8% das participantes demonstraram interesse em vacinar e 25,5% estavam inseguras com relação à vacina. As justificativas relatadas sobre essa hesitação foram: possíveis efeitos colaterais, eficácia da vacina, e curto período de tempo em que as vacinas estão sendo testadas
Feleszko et al.	Flattening the Curve of COVID-19 Vaccine Rejection—An International Overview	2021	Polônia	Estudo transversal realizado com 1.066 poloneses no qual 28% desses participantes relataram que não possuem interesse em vacinar.
Ahmed et al.	Healthcare Provider Attitudes toward the Newly Developed COVID-19 Vaccine: Cross-Sectional Study	2021	Arábia Saudita	O estudo trata-se de uma pesquisa transversal com profissionais da área da saúde que trabalham em um hospital privado, cujo objetivo foi analisar a taxa de aceitação da vacina COVID-19. Dentre os 236 profissionais que responderam o questionário, 55,5% demonstraram interesse em ser vacinado e 44,5% relataram não ter interesse em receber a vacina.
Latkin et al.	Mask usage, social distancing, racial, and gender correlates of COVID-19 vaccine intentions among adults in the US	2021	Estados Unidos	O estudo buscou analisar a prevalência da hesitação da vacina COVID-19 e os fatores associados às intenções da vacina. Foram entrevistados 1.043 pessoas, no qual 53,6% relatou que pretendia ser vacinada; 16,68% não pretendia e 29,72% não tinha certeza.
Loomba et al.	Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA	2021	Reino Unido e Estados Unidos	Estudo clínico randomizado com o objetivo de quantificar o impacto que a exposição às desinformações sobre as vacinas de COVID-19 afeta a intenção dos participantes em vacinar. O estudo verificou que houve uma redução na intenção de vacinar do grupo que foram expostos às desinformações sobre a vacina.

Socarras et al.	Perception of COVID-19 Vaccination Amongst Physicians in Colombia	2021	Colombia	Estudo transversal realizado com 1.066 médicos colombianos com o objetivo de avaliar a aceitação da vacina entre esses profissionais. Foi verificado que 77% e 90,7% dos médicos aceitariam a vacinação se essa tivesse eficácia de 60% e 80%, respectivamente.
Murphy et al.	Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom	2021	Irlanda e Reino Unido	O estudo foi conduzido com 1.041 irlandeses e 2.025 britânicos onde a recusa e/ou hesitação vacinal foram significativamente associados ao sexo feminino, idade e renda baixa, menos propensos em receber informações sobre a pandemia em fontes confiáveis e desconfiança nessas informações.
Eguia et al.	Spain's Hesitation at the Gates of a COVID-19 Vaccine	2021	Espanha	Estudo transversal realizado a partir de um questionário online com a finalidade de verificar o padrão de hesitação vacinal. Dentre as 731 respostas validadas, 22,43% relataram que não seriam vacinados, na qual as principais razões para essa recusa foram: eficácia da vacina, efeitos adversos e crença de que as vacinas são prejudiciais.

Gráfico 1. Disponibilidade total dos participantes em aceitarem a vacina contra COVID-19



Indivíduos hesitantes e/ou resistentes à vacinação confiam mais nas informações advindas das mídias sociais do que aquelas divulgadas por entidades governamentais, profissionais de saúde e órgãos de comunicação em massa, como por exemplo, jornais, televisões e rádios (MURPHY et al., 2021). Além disso, no estudo de caso-controle realizado por Loomba et al. (2021) é possível verificar essa influência das desinformações divulgadas nas redes sociais com o interesse individual em vacinar. Nessa pesquisa, os participantes forneceram sua intenção em tomar a vacina para COVID-19 antes e após receberem informações verdadeiras ou desinformações sobre a pandemia. Um total de 54,1% dos britânicos e 42,5% dos americanos estava disposto a se vacinar, mas após à exposição às notícias, houve uma redução do interesse pela vacinação com relação ao grupo não exposto.

CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática reuniu as publicações que abordaram sobre a hesitação e negação à vacina da COVID-19, bem como as razões dos indivíduos para esse comportamento. Nesse sentido, os resultados da revisão demonstraram que os principais fatores relacionados à insegurança e a não vacinação são os possíveis efeitos adversos e eficácia variável da vacina. Também há uma maior prevalência de resistência à vacinação em grupos populacionais com menor nível socioeconômico. Por fim, é notório que as redes sociais desempenham um papel importante para a formação e compartilhamento de opiniões entre os indivíduos, o que pode impactar negativamente na conduta das pessoas diante dos eventos de vacinação, uma vez que concomitante às evidências científicas e informações verdadeiras sobre a doença e imunização, também há divulgações de notícias falsas nos meios de comunicação. Por fim, o estudo reforça a necessidade de fortalecimento e adesão de campanhas de vacinação, considerando as peculiaridades e características socioeconômicas de cada grupo populacional.

REFERÊNCIAS

AHMED, G. *et al.* Healthcare provider attitudes toward the newly developed COVID-19 vaccine: cross-sectional study. **Nursing Reports**, v. 11, n. 1, p. 187-194, 2021.

- ALLEN, J. D. *et al.* Factors associated with the intention to obtain a COVID-19 vaccine among a racially/ethnically diverse sample of women in the USA. **Translational Behavioral Medicine**, v. 11, n. 3, p. 785-792, 2021.
- ALVARADO-SOCARRAS, J. L. *et al.* Perception of COVID-19 vaccination amongst physicians in Colombia. **Vaccines**, v. 9, n. 3, 2021.
- ALMAGHASLAH, D. *et al.* COVID-19 vaccine hesitancy among young adults in Saudi Arabia: a cross-sectional web-based study. **Vaccines**, v. 9, n. 4, 2021.
- BARIFOUSE, R. Fake news sobre vacinas contra a COVID-19 ameaçam combate à doença. **BBC News Brasil**, 17 de ago de 2020. Disponível em: Fake news sobre vacinas contra a covid-19 ameaçam combate à doença - BBC News Brasil
- AGÊNCIA BRASIL. **ANVISA: eventos adversos das vacinas estão dentro do previsto**. 23 de fev de 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/anvisa-eventos-adversos-das-vacinas-estao-dentro-do-previsto>
- CARDIN, V. S. G.; NERY, L. M. G. Hesitação vacinal: direito constitucional à autonomia individual ou um atentado à proteção coletiva? **Prisma Jurídico**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 224-240, 2020.
- CUETO, J. C. Vacina contra o coronavírus: qual o nível de vacinação necessário para voltarmos à 'vida normal'. **BBC News Mundo**, 17 de mar de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-55128797>.
- DINGA, J. N. *et al.* Assessment of vaccine hesitancy to a COVID-19 vaccine in Cameroonian adults and its global implication. **Vaccines**, v. 9, n. 2, 2021.
- EGUIA, H. *et al.* Spain's hesitation at the gates of a COVID-19 vaccine. **Vaccines**, v. 9, n. 2, 2021.
- FELESZKO, W. *et al.* Flattening the Curve of COVID-19 Vaccine Rejection - An International Overview. **Vaccines**, v. 9, n. 1, 2021.
- GALVÃO T. F. *et al.* Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação prisma. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.
- GUIMARÃES, R. Vacinas Anticovid: um olhar da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3579-3585, 2020.
- KUCUKKARAPINAR, M. *et al.* COVID-19 vaccine hesitancy and its relationship with illness risk perceptions, affect, worry, and public trust: an online serial cross-sectional survey from Turkey. **Psychiatry and clinical psychopharmacology**, v. 31, n. 1, p. 98-109, 2021.
- LATKIN, C. *et al.* COVID-19 vaccine intentions in the United States, a social-ecological framework. **Vaccine**, v. 39, n. 16, p. 2288-2294, 2021.

LATKIN, C. A. *et al.* Mask usage, social distancing, racial, and gender correlates of COVID-19 vaccine intentions among adults in the US. **Plos One**, v. 16, n. 2, e0246970, 2021.

LOOMBA, S. *et al.* Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. **Nature Human Behavior**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2021.

MACDONALD, N. E. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015.

MURPHY, J. *et al.* Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. **Nature Communications**, v. 12, n. 1, 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – **COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2021 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines**. Abril de 2021. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.

PAUL, E. *et al.* Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: implications for public health communications. **The Lancet Regional Health - Europe**, v. 1, 2021.

PULIDO, C. *et al.* A new application of social impact in social media for overcoming fake news in health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 7, 2020.

QATTAN, A. M. N. *et al.* Acceptability of a COVID-19 vaccine among healthcare workers in the Kingdom of Saudi Arabia. **Frontiers in Medicine**, v. 8, 2021.

SCHWARZINGER, M. *et al.* COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. **The Lancet Public Health**, v. 6, n. 4, p. 210-221, 2021.

VIDALE, G. **O ranking das vacinas mais usadas no mundo**. Veja, 7 de mar de 2021. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/o-ranking-das-vacinas-mais-usadas-no-mundo/>

WANG, K. *et al.* Change of willingness to accept COVID-19 vaccine and reasons of vaccine hesitancy of working people at different waves of local epidemic in Hong Kong, China: repeated cross-sectional surveys. **Vaccines**, v. 9, n. 1, 2021

Acesso à saúde da pessoa com deficiência

Felipe Trevisan de Almeida

Graduando em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
felipe.almeida@ufu.br

Giovanna Mendonça Ivancko

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
giovanna.ivancko@ufu.br

Isadora Gomes de Souza

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
isadora.gds@ufu.br

Tamara Melo Pereira

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
tamaramelo@ufu.br

RESUMO: A presente revisão teve por objetivo avaliar a quantidade e o conteúdo dos trabalhos referentes ao acesso à saúde das pessoas com deficiência, publicados no período entre 2015 e 2020. Após seleção, foram elegíveis 7 artigos, que foram avaliados quanto aos indicadores: trabalho, período, quantidade de participantes, local, problema do estudo, conclusão, tipo de estudo e nível de atendimento. Os resultados apontam para um cenário de pouca representatividade nacional, escassez de produção científica sobre o tema, além de uma falta de gestão e fiscalização governamental, pois apesar de existirem políticas públicas e portarias que deveriam resguardar a saúde da pessoa com deficiência essa realidade ainda não é contemplada.

Palavras-chave: Acesso à saúde; Inclusão; Deficiência.

Como citar este trabalho:

ALMEIDA, F.T.; IVANCKO, G.M.; SOUZA, I.G.; PEREIRA, T.M. Acesso à saúde da pessoa com deficiência. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 76-85.
<http://dx.doi.org/10.51781/97865869201787685>

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, funcionando com base em três princípios, sendo eles: universalidade, integralidade e equidade (Ministério da Saúde, Secretaria Executiva). Conforme o princípio da universalidade, todo cidadão brasileiro deve ter acesso aos serviços de saúde, sem distinção, o que coloca em debate o acesso à saúde pela pessoa com deficiência.

Dados da Organização Mundial da Saúde afirmam que 10% da população mundial apresenta algum tipo de deficiência (OMS), e, dados do Censo demográfico do Brasil de 2010 apontaram que mais de 45 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência (IBGE, 2010). No Brasil, a população portadora de deficiência tem seus direitos assegurados pela Constituição Federal, salientando dentre eles o direito à saúde (CF, 1988).

Nesse sentido, a saúde da pessoa com deficiência mostrou-se presente na agenda do SUS, por exemplo em serviços isolados e portarias, como as de Saúde Auditiva (Portaria 587/SAS/MS, de 7 de outubro de 2004), Assistência à Pessoa com Deficiência Física (Portaria nº 818/GM/MS, de 5 de junho de 2001) e Assistência à Pessoa com Deficiência Visual (Portaria nº 3.128/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008). Outro exemplo importante foi o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limite, lançado em 2011, que dividia as ações em quatro eixos, sendo eles: Atenção à Saúde; Acesso à Educação; Inclusão Social; e Acessibilidade (Decreto nº 7.612).

Contudo, apenas em 2015 entrou em vigor no país uma lei específica para garantir que todos os direitos das pessoas com deficiência sejam respeitados, sendo ela a Lei Brasileira de Inclusão – LBI, de 06 de julho de 2015, que assegura a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantindo acesso universal e igualitário, além de atendimento nas instituições privadas que participem de forma complementar do SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção (Lei nº 13.146). Destaca-se também o artigo 25, que afirma que os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem garantir o acesso da pessoa com deficiência, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Ainda assim, mesmo com a lei em vigor, verifica-se que a assistência à saúde das pessoas com deficiência ainda se restringe à centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, o que compromete o acesso e deixa de garantir a integralidade da atenção (HOLANDA, 2015). Frente ao exposto e, considerando a relevância da temática, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão sistemática da literatura acadêmica que aborda o acesso à saúde pela pessoa com deficiência, considerando o recorte temporal pós a LBI entrar em vigor.

METODOLOGIA

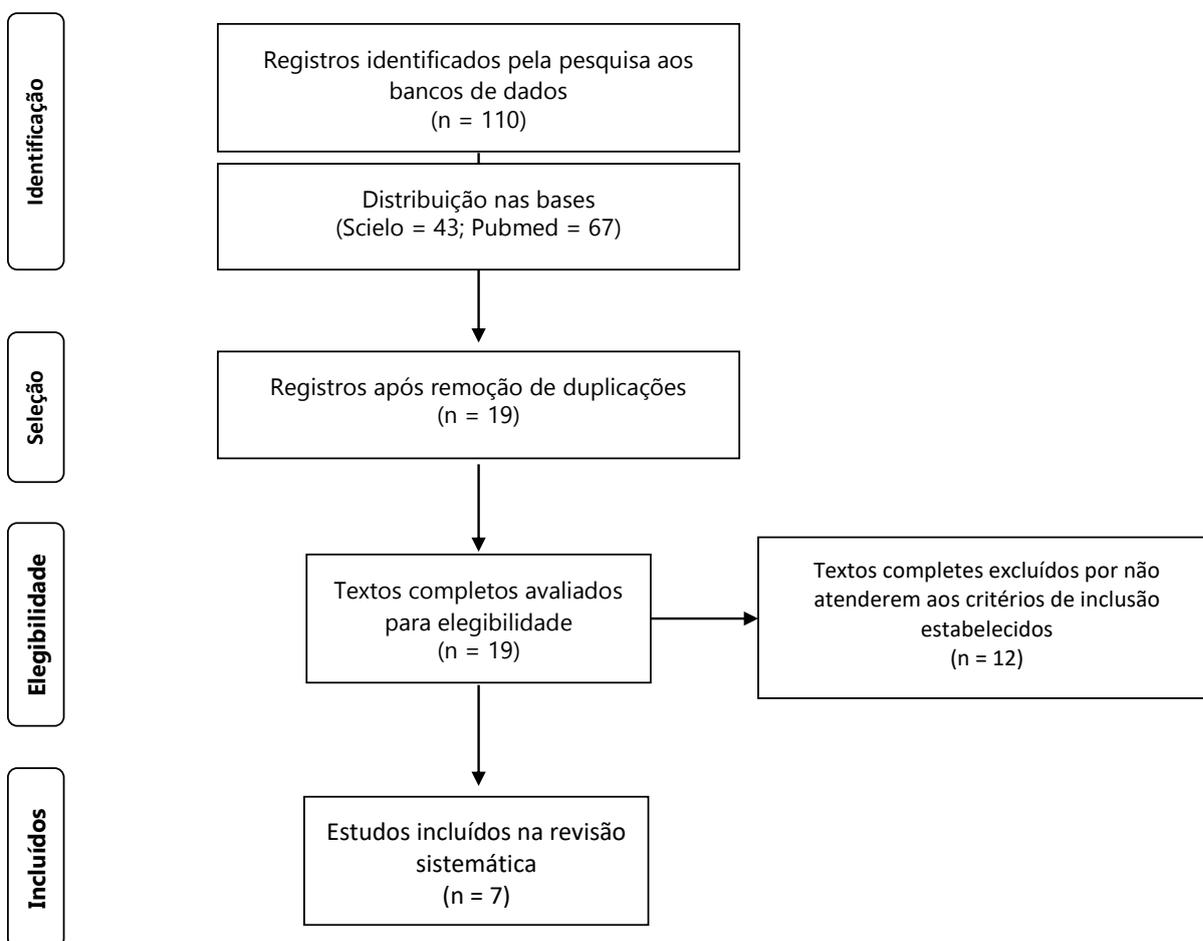
A estratégia de busca foi delineada nas bases de dados da SciELO e do PubMed. O recorte temporal da busca compreendeu o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, considerando a influência da Lei Brasileira de Inclusão, que entrou em vigor a partir do ano de

2015. No processo de busca, utilizou-se o operador booleano 'or', na associação dos seguintes descritores: Acessibilidade; Inclusão; e Deficiência e utilizou-se o operador booleano 'and' na associação dos descritores Saúde; e Comunicação.

Aplicados os descritores supracitados, apareceram 110 artigos que faziam referência à associação dos termos procurados. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos dos trabalhos, avaliando-os para inclusão ou exclusão. Os critérios de inclusão foram: 1) artigos que contenham pelo menos dois dos termos: acessibilidade, deficiência e inclusão, além de obrigatoriamente conter o descritor saúde; 2) estudos disponíveis em português; 3) inclusão de trabalhos envolvendo a população com deficiência; 4) publicações posteriores à 2015, devido a Lei Brasileira de Inclusão; 5) trabalhos que abordem políticas públicas de acessibilidade e inclusão na saúde e no Sistema Único de Saúde. Foram excluídos os artigos com pelo menos uma das seguintes características: 1) artigos publicados após 2019, devido o ano atípico subsequente; 2) revisões e revisões sistemáticas; 3) publicações em anais de congresso, devido sua amplitude e possível fuga do tema; 4) trabalhos não disponíveis em português; 5) publicações com dados não brasileiros; 5) publicações que abordem acessibilidade, inclusão ou deficiência fora do âmbito de saúde; 6) artigos publicados a partir de 2015, porém utilizando-se de dados posteriores a este período.

Após leitura dos resumos, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e descarte dos trabalhos duplicados, restaram 19 publicações. Todas estas publicações foram lidas de forma integral, descartando mais 12 artigos que não se mostraram de acordo com os critérios supracitados. As referências bibliográficas dos 7 artigos restantes foram lidas e incluídas, compondo a amostra final. O processo de busca, ilustrado na Figura 1, ocorreu por meio da avaliação de quatro pesquisadores, individualmente, e, em seguida, por pares, a partir da coleta e leitura dos artigos, avaliação de cada material em relação aos critérios de inclusão e exclusão, até se chegar a um consenso.

Esses artigos foram tabulados, analisando-se os seguintes itens: pesquisa, ano, periódico de publicação, local, problema, conclusão, categorias ou aspectos analisados e nível de atendimento. Em sequência, sucederam-se análises descritivas dos artigos e dos resultados das avaliações, junto a discussão crítica deste processo analítico.

Figura 1. Diagrama da seleção de artigos para revisão sistemática

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, encontramos 110 publicações, que foram analisadas de acordo com os critérios de elegibilidade. Assim, foram incluídos 7 artigos finais para elaboração de uma tabela de indicadores (Tabela 1) referente aos trabalhos da amostra final. Os indicadores determinados foram: período, quantidade de participantes, local, problema, conclusão, tipo de estudo, nível de atendimento.

Após analisar os artigos selecionados, verificou-se que as pesquisas foram feitas em 4 Estados brasileiros, sendo dois no Sudeste (MG e SP) e dois no Nordeste (PB e CE). E acerca do período, todas as publicações foram feitas após o ano de 2015, como decidido previamente nos critérios de exclusão.

Em relação a quantidade de participantes, não houve um padrão considerável a ser ressaltado, principalmente pelo fato de não haver uniformidade entre os grupos de participantes. Conforme mostrado na tabela 1, houve descrição de grupos de indivíduos, famílias e documentos.

Dos sete artigos estudados, 57% (4 artigos) tinham como problema principal a avaliação da qualidade do serviço de saúde em algum ponto específico. Desses 4 trabalhos, 2 foram descritos a partir da perspectiva do usuário e os outros 2 foram desenvolvidos com base no mapeamento e análise do espaço físico.

Os outros 43% (3 artigos) dos trabalhos foram realizados por análise de aspectos do campo da saúde voltados para pessoas com deficiência, sendo um estudo feito a partir de análise documental; um estudo retratando a perspectiva dos trabalhadores da Atenção Primária sobre a saúde desses indivíduos e um trabalho que descreve o nível de conhecimento que esses usuários possuem acerca de assuntos sobre a saúde. A maioria dos estudos é do tipo observacional, sendo que três destes foram realizados com abordagem descritiva qualitativa, um descritivo transversal, um descritiva quantitativa e um de natureza descritiva exploratória. Apenas um artigo não se alinhou ao padrão observado, sendo considerado uma análise documental. Quase todos os artigos da amostra foram realizados no âmbito do nível básico de atendimento (Atenção Primária à Saúde), com exceção de algumas unidades de atenção secundária – em apenas um dos artigos – e a análise documental.

Em uma visão geral, as conclusões das pesquisas foram bastante negativas, demonstrando falhas no atendimento, avaliações negativas nos eixos de acesso, necessidades sociais e informações recebidas, falta de acessibilidade, carência de políticas públicas adequadas, baixa qualificação e inclusão.

Mesmo que se tenha escolhido como critério um intervalo curto de tempo para a pesquisa – devido a Lei Brasileira de Inclusão – percebemos que houve poucos artigos publicados envolvendo a temática ‘acessibilidade e inclusão para pessoas com deficiência’ voltados para a área da saúde. Também é importante observar que os poucos estudos analisados ocorreram somente em 4 estados do Brasil, salientando a importância de se expandir pesquisas como essas para regiões mais periféricas e exclusas, que são negligenciadas de políticas públicas eficientes.

Tabela 1. Caracterização dos estudos quanto ao período de realização, participantes, local, problema, conclusão, tipo e nível de atendimento.

Trabalho	Período	Participantes (n)	Local	Problema	Conclusão	Tipo de Estudo	Nível de Atendimento
Rede de apoio a famílias de crianças e adolescentes com deficiência visual: pontos fortes e fracós	2014-2015	18 famílias (61 participantes)	2 Municípios do interior de São Paulo	Interações entre a rede de apoio social e as famílias de crianças e adolescentes com deficiência visual	O apoio social é oferecido às crianças e adolescentes, entretanto os serviços de saúde demonstram falhas no atendimento	Observacional (descritiva qualitativa)	Atenção Primária à Saúde, Rede Particular de Saúde
Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	2016	871 informantes, usuários e acompanhantes	Minas Gerais	Percepção de usuários da RCPD-MG quanto à qualidade do cuidado	Quanto à qualidade do cuidado referida, pelo menos um quarto dos entrevistados avaliou negativamente os eixos Acesso, Necessidades Sociais e Informações Recebidas.	Observacional (descritivo transversal)	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais
Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento	2014-2015	157 unidades de saúde	Baturité, Ceará	Acessibilidade física da recepção das unidades de APS	A maioria dos itens analisados evidenciou falta de acessibilidade	Observacional (descritiva quantitativa)	Unidade de Atenção Primária à Saúde
Estrutura interna das Unidade de Saúde da Família: acesso às pessoas com deficiência	2014	90 prédios de USF	João Pessoa, Paraíba	Avaliação das USF de acordo com o acesso de pessoas com deficiência física e/ou sensorial	Políticas públicas e instituições não atendem as suas necessidades, necessário reformulação e reorganização dos serviços de saúde	Observacional (descritiva exploratória)	Atenção Primária à Saúde
Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença	Indeterminado	11 pessoas surdas	João Pessoa, Paraíba	Conhecimento de pessoas surdas sobre saúde, doença e suas fontes de informações	Entrevistados mostraram pouco conhecimento sobre saúde e doença, com fontes de informações precárias sem muita profundidade de conteúdo	Observacional (descritiva qualitativa)	Atenção Primária e Secundária à Saúde
Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de inclusão	Indeterminado	9 documentos e leis	Indeterminado	Avanços e desafios em avaliar a deficiência como restrição de participação social, a partir de uma análise documental do marco legislativo	Políticas públicas brasileiras de inclusão ainda se mostram como um desafio	Análise Documental	Planejamento
Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da atenção básica	2015	10 profissionais de saúde	9 locais do norte de Minas Gerais	Percepções dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde da pessoa com deficiência que vive no campo	Apesar das melhorias, há necessidade de se qualificarem as ações implantadas	Observacional (descritiva qualitativa)	Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família

Visto que a maioria das pesquisas realizadas em Unidades de Atenção Primária tiveram conclusões insatisfatórias, consolida-se um cenário preocupante em relação ao acesso à saúde para pessoas com deficiência. Levando-se em conta que a atenção básica é o nível do cuidado onde ocorrem os atendimentos primários, a potencialização das intervenções e a promoção da saúde, superar a fragilidade na base do serviço de saúde é um desafio importante. E um ponto crucial a ser analisado é o quadro de problematização comumente abordado nos artigos avaliados na presente revisão. A maioria está voltada para a avaliação da percepção do usuário frente ao serviço de saúde e como conclusão destaca a precarização da atenção ao usuário com deficiência. Ademais, mesmo aqueles estudos que trazem uma perspectiva do trabalhador da ESF acerca do indivíduo com deficiência, são evidenciadas queixas sobre a dificuldade enfrentada por essa população em relação à acessibilidade ao atendimento e aos serviços de saúde de sua região.

No que se refere à abordagem de estudo predominante, sendo o estudo observacional representado em seis das sete pesquisas, podemos interpretar a relevância que tal abordagem possui no processo científico de comunicação em saúde, para o desenvolvimento de políticas públicas e para gestão de recursos (CHAPMAN; SONNENBERG, 2000).

Com base nos resultados desta revisão sistemática, ficou evidente a escassez de trabalhos realizados após o ano de 2015 – período referente a criação da Lei Brasileira de Inclusão LBI (Lei Federal nº 13.146/2015) – voltados para a inclusão e acessibilidade de pessoas com deficiência nos serviços de saúde. Outro fator preocupante é o quadro resultante das pesquisas analisadas, que em síntese, traz um recorte representativo da inclusão social e dos serviços de saúde do Brasil, carentes de políticas governamentais direcionadas a população de PCDs. A representatividade da comunidade com deficiência sofreu um atraso, porém, era de ser esperado que após o surgimento de uma lei de inclusão, este público tivesse mais visibilidade frente a sociedade e as decisões públicas, rompendo com esse distanciamento social por meio da educação em saúde e tomando o lugar de pertencimento nos diversos âmbitos sociais.

Faz-se necessária a construção de um debate a respeito de assuntos envolvendo as dificuldades que a deficiência apresenta - sobretudo no âmbito da saúde - para assim, produzir envolvimento e desenvolvimento social, em meio a comunidade civil e política, afim de tornar a finalidade dos enfrentamentos cada vez mais consistentes (PEIXOTO; SANTOS; NOBRE;

NOVAIS; REIS, 2018).

Do ponto de vista acadêmico, esperamos que este trabalho sirva de incentivo para que novas pesquisas possam ser realizadas, essencialmente no que diz respeito ao acesso e qualidade dos serviços de saúde para o público de PCDs. Além disso, fazem-se necessárias pesquisas específicas voltadas para a individualidade de cada deficiência ou condição (visual, motora, intelectual, cognitiva, auditiva, entre outras), para que, assim, possamos conhecer a realidade de cada grupo social, com suas singularidades e desafios, conseguindo, por fim, preservar seus direitos e liberdades.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, vol. 61, n. 2, 2009. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200008

BARBIERI, Mayara Caroline et al. "Rede de apoio a famílias de crianças e adolescentes com deficiência visual: pontos fortes e fracos". "Rede de suporte da família da criança e adolescente com deficiência visual: potencialidades e fragilidades" **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro vol. 21,10 (2016): 3213-3223. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27783794/>

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm

BRASIL. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI, nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)

[2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva: Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva - Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

CF. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1998. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

DIAS, Thalita Evaristo Couto; FRICHE, Amélia Augusta de Lima; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **CoDAS**, São Paulo, v. 31, n. 5, e20180102, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822019000500307&lng=en&nrm=iso

HOLANDA, Cristina Marques de Almeida et al. Redes de apoio e pessoas com deficiência

física: inclusão social e acesso aos serviços de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, pág. 175-184, janeiro de 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000100175&lng=en&nrm=iso

IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

MARQUES, Juliana Freitas et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo em direção ao acolhimento. **Revista gaúcha de enfermagem** vol. 39 e20170009. 2 jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29995068/>

MARTINS, Kaisy Pereira et al. "Estrutura interna das Unidades de Saúde da Família: acesso às pessoas com deficiência". **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 21,10 (2016): 3153-3160. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27783788/>

MS. Assistência à Pessoa com Deficiência Física. Portaria nº 818/GM/MS, de 5 de junho de 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html

MS. Assistência à Pessoa com Deficiência Visual. Portaria nº 3.128/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html

MS. Saúde Auditiva. Portaria 587/SAS/MS, de 7 de outubro de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de et al. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 549-560, Sept. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300549&lng=en&nrm=iso

OMS. Organização Mundial da Saúde. Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011. Geneva: OMS. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to2011.pdf

PEIXOTO, Marcus Valerius da Silva; SANTOS, Gêssica Santana; NOBRE, Gabriela Rodrigues Dourado; NOVAIS, Ana Paula de Souza; REIS, Paloma Martins. Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, vol. 22, n.67, pp.1099-1110, mai. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401099

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Tomada de decisão em equipe de reabilitação: questões específicas relativas à assistência e à pesquisa. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, jun. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-

863X2009000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

SANTOS, Wederson. "Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão". **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro vol. 21,10 (2016): 3007-3015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27783774/>

URSINE, Bárbara Lyrio; PEREIRA, Éverton Luís; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?.

Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 64, p. 109-120, mar. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100109&lng=en&nrm=iso

Os impactos da pandemia da COVID-19 na realização do pré-natal e na epidemiologia da sífilis congênita no município de Uberlândia (MG)

Aline Fagundes Mayer

Graduanda em Medicina
Universidade Federal de Uberlândia
aline.mayer@ufu.br

Rafael Dias Nassar Naback

Graduando em Medicina
Universidade Federal de Uberlândia
rafaelnaback@ufu.br

Sofia Baraldi Lamana

Graduanda em Medicina
Universidade Federal de Uberlândia
sofialamana@ufu.br

Stefan Vilges de Oliveira

Doutor em Medicina Tropical
Universidade Federal de Uberlândia
stefan@ufu.br

RESUMO: A sífilis congênita é uma infecção multissistêmica, causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida pela placenta para o feto. O presente estudo teve como objetivo analisar os casos de sífilis congênita notificados na cidade de Uberlândia, Minas Gerais e os impactos decorrentes da pandemia. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, no qual foram analisados dados oferecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, compreendendo os casos notificados de sífilis congênita no período de 2011 a 2020 na cidade de Uberlândia-MG. Foi realizada uma revisão sistematizada de literatura, em um intervalo de 5 anos, nas bases de dado PubMed, Scielo e Google Acadêmico, utilizando os indexadores "sífilis congênita", "cuidado pré-natal", "gestantes na pandemia", "Sars-Cov2", "covid" e "subnotificação". Observou-se um aumento no número de casos absolutos de sífilis congênita em menores de 1 ano no período de 2011 a 2019, em contrapartida, no ano de 2020 houve uma considerável redução nesse critério. Analisou-se, que houve mudança no perfil de realização de pré-natal das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita, notando-se um aumento de 2019 para 2020 de gestantes que não realizaram o pré-natal. Além disso, a percentagem em 2020 de diagnóstico de sífilis materna no momento do parto foi a maior desde 2011. Como propostas de intervenções, temos o desenvolvimento de estratégias para o aumento da adesão de gestantes ao pré-natal durante a pandemia, além de incrementar o cuidado mental de grávidas. Os resultados apresentados foram relacionados com a ocorrência da pandemia da COVID-19 e a necessidade de isolamento social durante o ano de 2020, acarretando uma menor realização de pré-natal por parte das gestantes.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Cuidado pré-natal.

Como citar este trabalho:

MAYER, A.F.; NABACK, R.D.N.; LAMANA, S.B.; OLIVEIRA, S.V. Os impactos da pandemia da COVID-19 na realização do pré-natal e na epidemiologia da sífilis congênita no município de Uberlândia (MG). In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 86-96.
<http://dx.doi.org/10.51781/97865869201788696>

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é uma doença infectocontagiosa sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, acometendo o feto. Sua transmissão ocorre por via transplacentária em gestantes infectadas não tratadas ou inadequadamente tratadas, em qualquer estágio da gestação (SÃO PAULO, 2016).

A sífilis congênita pode ser dividida de acordo com a idade de surgimento. A sífilis congênita precoce, aquela que acontece até o segundo ano de vida, tem a maioria dos recém-nascidos assintomáticos. Mas dentre os sintomas, as principais manifestações são: baixo peso ao nascer, prematuridade, anemia intensa, icterícia, hemorragia, lesões cutâneo-mucosas, periostite, osteíte e osteocondrite, convulsões e meningite, pneumonia Alba, púrpura e plaquetopenia, hepatoesplenomegalia, hidropsia e edema. Já a sífilis congênita tardia, que acontece após o segundo ano de vida, tem nas suas repercussões sintomáticas: mandíbula curva; arco palatino elevado; fronte olímpica; nariz em sela; surdez; retardo mental e hidrocefalia (SCHMEING, 2012).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2021), no Brasil, de 1998 a junho de 2018, foram notificados 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, sendo 83.800 (44,5%) registrados na Região Sudeste, 57.422 (30,5%) no Nordeste, 20.922 (11,1%) no Sul, 15.898 (8,4%) no Norte e 10.403 (5,5%) no Centro-Oeste. Em Uberlândia (MG), foram registrados 467 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, no período de 1998 a 2020, sendo que, desse número, 50 casos foram de gestantes que não realizaram o pré-natal.

O diagnóstico e definição dos casos de sífilis congênita exigem, indispensavelmente, o diagnóstico de sífilis nas gestantes, e a busca pelo diagnóstico na gravidez se dá principalmente no pré natal, em que se preconiza realizar o teste não treponêmico VDRL ou RPR no mínimo duas vezes, iniciando já na primeira consulta ou no primeiro trimestre, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez, a fim de detectar possível infecção no início e no final da gestação (SÃO PAULO, 2016). Esse diagnóstico se dá por meio de evidências clínicas e/ou da presença de sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (SCHMEING, 2012).

Em relação ao pré-natal, a sua realização adequada, com a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema eficiente de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Portanto, o acompanhamento do pré-natal assegura o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, é de suma importância, dentre outras medidas, a realização de um pré-natal completo, que possa garantir o diagnóstico de possíveis infecções por *T. pallidum* em gestantes, e que possa, conseqüentemente, intervir com o tratamento adequado, como mecanismo profilático da ocorrência de sífilis congênita.

Com isso, o presente artigo, além de trazer uma análise acerca da realização do pré-natal e da epidemiologia da sífilis congênita no município de Uberlândia (MG), tem como objetivo também apresentar propostas de intervenção ao município, com o intuito de melhorar a adesão de gestantes ao pré natal em tempos de pandemia provocada pelo vírus Sars-Cov-2, e trazer novas perspectivas de acolhimento à saúde das gestantes, diante de um cenário permeado pelo medo e pela insegurança social.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, tendo por base o estudo de dados secundários. Foi realizada a análise do número de casos de sífilis, e posteriormente escolhido como foco da pesquisa casos de sífilis congênita, entre os anos de 2011 a 2020, notificados na cidade de Uberlândia - Minas Gerais, Brasil. A consulta aos dados foi feita através do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O município de Uberlândia está localizado no triângulo mineiro à 543 km da capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, e tem uma área territorial de 4.115 km². Sua população estimada, conforme o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 669.097 habitantes em 2020, possuindo uma demografia de 162,59 hab/km².

Além disso, a cidade de Uberlândia possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,789 (IBGE, 2010), segundo informações do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013, o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799).

Para obtenção dos registros, foi utilizado o tabulador de dados (TABNET) do DATASUS, onde foram selecionados os casos de sífilis em pessoas residentes no município de Uberlândia - MG entre o ano de 2011 e 2020, tendo por base o ano de notificação do primeiro sintoma. Como critério de inclusão foi utilizado sífilis congênita, e de exclusão sífilis adquirida e sífilis em gestantes.

Foram avaliadas as variáveis relacionadas apenas à sífilis congênita, em relação ao perfil demográfico e laboratorial: casos confirmados em pessoas residentes no município de Uberlândia - MG; por ano de notificação; incidência em menores de 1 ano; óbitos em menores de 1 ano; por idade da criança (menos de 7 dias; 7 a 27 dias; 28 a 364 dias; 1 ano; 2 a 4 anos; 5 a 12 anos; ignorada); por diagnóstico final (sífilis congênita recente; sífilis congênita tardia; aborto por sífilis; natimorto por sífilis); por raça ou cor da mãe (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorada); faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 ou mais; ignorado); escolaridade da mãe (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta; 4ª série completa; 5ª a 8ª série incompleta; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; superior completo; não se aplica; ignorado); realização de pré-natal (sim; não; ignorado); momento do diagnóstico da sífilis materna (durante o pré-natal; no momento do parto/curetagem; após o parto; não realizado; ignorado); esquema de tratamento materno (adequado; inadequado; não realizado; ignorado).

Foi utilizado o programa Microsoft Excel, versão 2010, para construção dos gráficos e tabela. A análise estatística descritiva foi subsidiada em medidas de frequência e de tendência central como a média. Os indicadores foram calculados baseados na incidência.

Outrossim, uma vez que os dados obtidos e analisados foram secundários, isto é, são provenientes do DATASUS, que é de domínio público, tornou-se dispensável a submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

REVISÃO SISTEMATIZADA

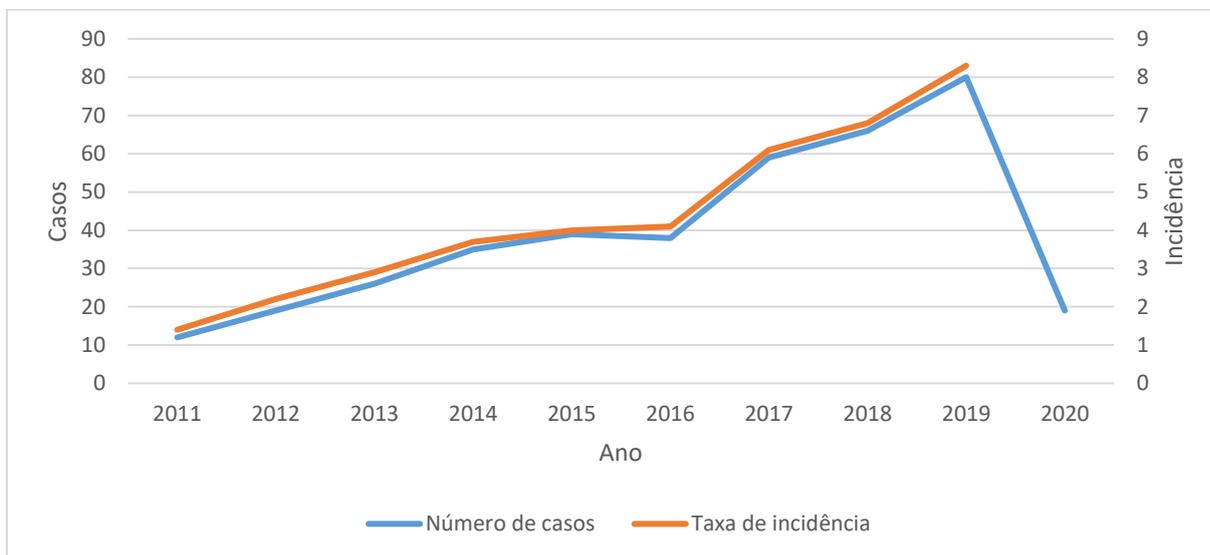
Para a análise da literatura, utilizou-se o intervalo de tempo de 5 anos nas bases de dados: PubMed, Scielo, Google Acadêmico. Foram utilizadas as palavras chaves: "sífilis congênita", "cuidado pré-natal", "gestantes na pandemia", "Sars-Cov-2", "COVID" e "subnotificação". Foi dada preferência a seleção dos artigos com texto completo livre, meta-análise e revisão sistemática. Mas também foram utilizados artigos de revisão descritiva. Os artigos incluídos foram aqueles que apresentavam os cuidados do pré-natal na repercussão da sífilis congênita, ou que apresentavam a relação da pandemia com os cuidados às gestantes, ou que apresentavam os impactos da pandemia na redução do diagnóstico de outras doenças. Foram excluídos quaisquer artigos que não abordassem o pré-natal como diagnóstico, tratamento ou prevenção da sífilis, ou a relação da pandemia no cuidado às gestantes e na interferência de outras enfermidades.

Banco de Dados	Sintaxes de busca
PubMed	"congenital syphilis" AND "prenatal care" "underreporting other diseases" AND "COVID"
Scielo	"congenital syphilis" AND "prenatal care" "Sars-Cov-2" AND "diagnostics another diseases"
Google Acadêmico	"underreporting other diseases" AND "COVID" "prenatal care" AND "COVID" "congenital syphilis" AND "prenatal care"

RESULTADOS

De acordo com o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), o número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e a taxa de incidência (por 1000 nascidos vivos) apresentou considerável crescimento de 2011 a 2019, como percebido no Gráfico 1. Esse acréscimo ocorreu principalmente nos últimos anos, sendo que de 2016 para 2017, houve um aumento de 35,6% do número de casos, de 2017 para 2018, de 10,6%, de 2018 para 2019, de 15,5%. Porém, em 2020, percebe-se uma queda brusca, de 31,1%, no número de casos. Não foi possível calcular taxa de incidência em 2020, visto que não há informações sobre o número de nascidos vivos em Uberlândia no ano em questão em bases de dados oficiais.

Gráfico 1. Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico em Uberlândia (MG).



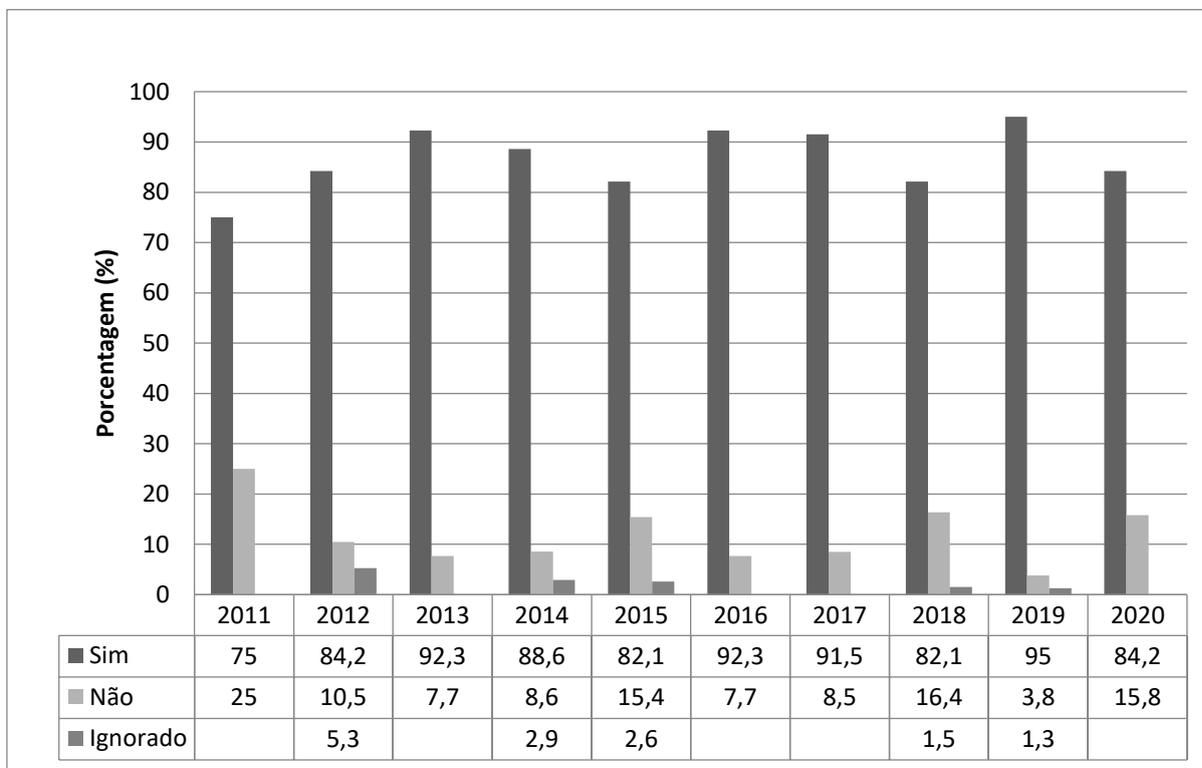
Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Percebe-se também que houve mudança no perfil de realização de pré-natal das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Nota-se, no gráfico 2, que a porcentagem de mães que não realizaram pré-natal aumentou 12% de 2019 para 2020, sendo a taxa de 2020 a segunda mais alta desde 2011, perdendo apenas para o ano de 2018.

Outro dado importante é a distribuição de casos de sífilis congênita segundo momento de diagnóstico da sífilis materna, mostrada no gráfico 3. A porcentagem de diagnóstico apenas no momento do parto foi a maior dos últimos anos, desde 2011, com um crescimento de 17,5% em relação a 2019. Além disso, a porcentagem de diagnóstico durante o pré-natal foi a menor desde 2015, com queda de 14,4% quando comparada a 2019.

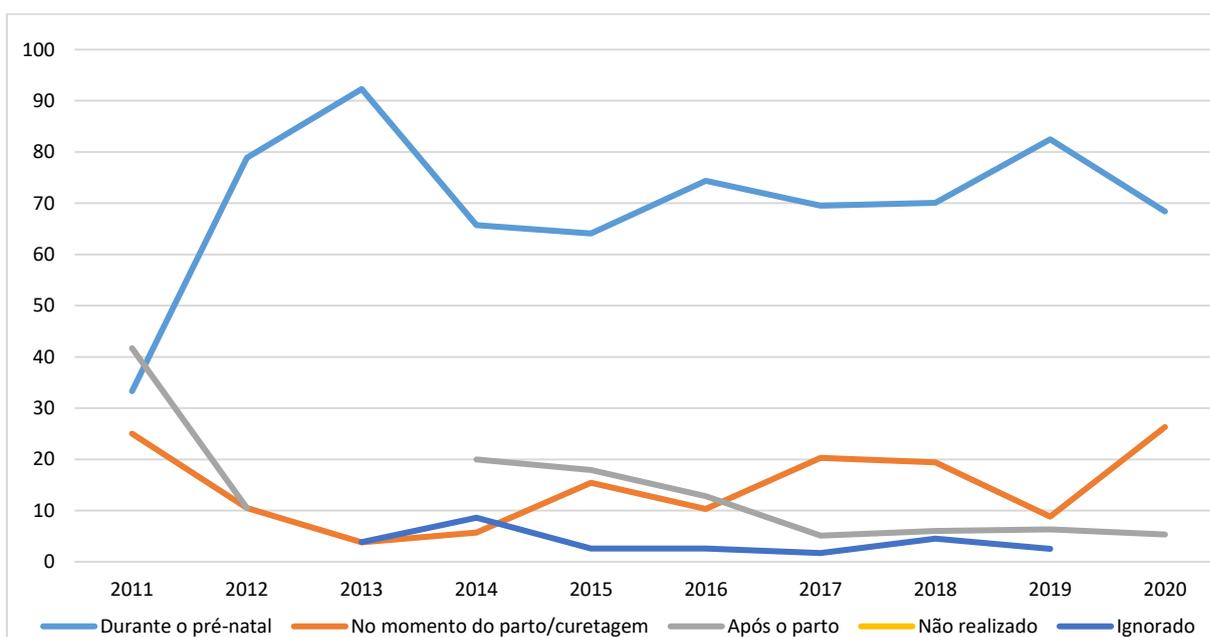
Com base nos nove artigos selecionados presentes no Quadro 1, as principais intervenções propostas versaram sobre o aumento da adesão das gestantes ao pré-natal e ao aumento dos cuidados da saúde mental dessa parcela, visto que no atual momento de pandemia, o medo e a ansiedade são obstáculos que impedem a realização de um pré-natal efetivo.

Gráfico 2. Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico em Uberlândia (MG).



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Gráfico 3. Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico em Uberlândia (MG).



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Quadro 1. Artigos selecionados.

Proposta de Intervenção	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Referência Bibliográfica	Artigos analisados
Aumentar a adesão de gestantes ao pré-natal em tempos de pandemia	Recursos financeiros e humanos para custeio de material didático de educação em saúde, como campanhas nas instituições de saúde, nas redes sociais e televisivas	Redução do número de casos de sífilis congênita	(Estrela, et al, 2020); (Silva Araújo, et al, 2020)	(De Oliveira, 2019); (Estrela, et al, 2020); (Silva Araújo, et al, 2020); (Lambelet V, 2020) (De Figueiredo, et al, 2020) (Kawahara, 2020) (Schmeing, 2012) (SÃO PAULO, 2016)
Fazer paralelo do aumento dos transtornos de ansiedade e de pânico durante a pandemia com a falta de adesão de gestantes ao pré-natal, a fim de aumentar o cuidado mental das gestantes	Fazer encontros online ou mesmo presenciais que não exponham as gestantes em risco de infecção pelo coronavírus, pelos respectivos responsáveis dos cuidados do pré-natal	Trabalhar o cuidado mental do grupo de gestantes, melhorando o cuidado do pré-natal, e assim diminuir o risco de sífilis congênita	(Javelot H, Weiner L., 2020)	(Javelot H, Weiner L., 2020)

DISCUSSÃO

De 2011 a 2019, o número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e a taxa de incidência de sífilis congênita vinham aumentando consideravelmente em Uberlândia (MG), principalmente a partir de 2017. Porém, em 2020, houve desvio dessa tendência, com uma queda de 31,1% do número de casos absolutos notificados no ano. Em consonância, no ano de 2020, houve o início da pandemia da COVID-19, que levou à necessidade do isolamento social e distanciamento da população, o que influenciou na subnotificação de casos de outras doenças, devido a diminuição de consultas e procedimentos eletivos.

Além disso, em 2020, também houve aumento do número de mães, cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita, que não haviam realizado pré-natal. Pode-se relacionar

esse dado com o fato de que a porcentagem de diagnóstico materno apenas no momento do parto foi a maior desde 2011 e a de diagnóstico materno durante o pré-natal a menor desde 2015. Essas informações levantam um questionamento acerca da redução da realização de pré-natal durante o ano de 2020, com a pandemia da COVID-19, e os impactos disso no binômio mãe-bebê, principalmente no tocante a sífilis congênita, em Uberlândia (MG).

Segundo Araújo (2020), esperava-se alguns impactos causados pela pandemia da COVID-19 e pelo distanciamento social na saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos, como o aumento das infecções sexualmente transmissíveis, que é o caso da sífilis, das gravidezes não desejadas, do aborto inseguro e, fator principal no atual estudo, uma maior dificuldade de acesso aos serviços de pré-natal (apud FIGO, 2020).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomendou a permanência do atendimento presencial para todas as gestantes sem síndrome gripal, visto que a suspensão ou adiamento desnecessários significariam a perda de oportunidades terapêuticas, sobretudo para contextos de alto risco, como é o caso das infecções sexualmente transmissíveis. As mulheres sintomáticas teriam suas consultas presenciais adiadas por 14 dias e reagendadas logo que possível (BRASIL, 2020). No contexto de continuidade do cuidado pré-natal, ficaria também mantida a solicitação de exames laboratoriais e de imagem quando necessário (OLIVEIRA, 2021). Atualmente, é preconizada a realização de testes para sífilis (treponêmicos ou não treponêmicos, dependendo do serviço) duas vezes durante a gestação, no primeiro e no terceiro trimestres (BRASIL, 2016).

Apesar dessas recomendações, os dados levantados pela presente pesquisa demonstram uma falha na triagem de sífilis gestacional durante o pré-natal em Uberlândia (MG), diante de um crescimento tão significativo, de 17,5%, em relação a 2019, do diagnóstico no momento do parto, além do dado direto do aumento do número de mulheres que não realizaram pré-natal. Por isso, propõe-se que, para reduzir a incidência e as sequelas da sífilis congênita, deve-se agir no sentido de incentivar a adesão ao pré-natal.

A vivência da gestação durante a pandemia da COVID-19 está permeada de medo e incertezas, visto que ainda não foram realizados estudos suficientes para existir um consenso propagado acerca da doença nesse momento. Justamente por isso, devem ser pensadas estratégias de acolhimento desses indivíduos, a fim de reduzir o impacto dessa situação na saúde do binômio mãe-filho (ESTRELA, 2020). Araújo (2020) cita a propagação de mensagens

informativas como medida possível para a superação dos desafios impostos pela pandemia ao cuidado pré-natal, especialmente os relacionados à desinformação.

Assim, o presente estudo propõe que, para informar as mães sobre a necessidade e segurança do tratamento pré-natal durante o período de pandemia, com consequente aumento do diagnóstico precoce de sífilis gestacional, culminando em uma redução dos casos de sífilis congênita, a prefeitura deve alocar recursos financeiros e humanos para custeio de material didático de educação em saúde, como campanhas nas redes sociais e televisivas, que provavelmente atingirão mulheres que estão praticando o distanciamento social.

No presente estudo, não foi possível calcular a taxa de incidência da sífilis congênita no ano de 2020, visto que ainda não há dados sobre o número de nascidos vivos no ano em questão nas bases de dados oficiais. É interessante que, assim que esse dado estiver disponível, a taxa de incidência seja calculada.

Além disso, outra limitação do atual estudo foi a comparação com similares para análise de dados referentes a diferentes municípios e regiões do Brasil por não haver estudos que abordam o assunto de forma igual ou semelhante ao descrito nesse.

CONCLUSÃO

O município de Uberlândia, entre os anos de 2011 e 2019, vinha apresentando uma relativa constância no aumento do número de casos e na taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano. Em 2020, entretanto, percebeu-se uma queda brusca, de 31,1%, no número de casos, aliado ao aumento, em 12%, de gestantes que não realizaram o pré-natal, em comparação ao ano de 2019. Outro dado importante foi que no último ano analisado, notou-se que a percentagem de diagnóstico apenas no momento do parto foi a maior dos últimos anos, desde 2011. Nota-se, portanto, que no ano de 2020 houve uma mudança na constância dos dados relacionados à sífilis congênita, além da ocorrência da pandemia da COVID-19, a qual corroborou para a ocorrência dessas divergências.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Danielle Silva et al. Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal e Puerpério em tempos de COVID-19: uma revisão descritiva. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9,

p. e944997644-e944997644, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS- Atenção às gestantes no contexto da infecção sars-cov-2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/images/SEI_MS_-_0014128689_-_Nota_Tecnica.pdf.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco, Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 1ª Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Departamento de Informática de Saúde do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sífilis Congênita. Minas Gerais. Uberlândia. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisMG.def>>. Acesso em: 27/05/2021.

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). (2020). COVID-19 EarlyPregnancy Guidance. [acesso 30 Mar 2020] Retrieved from: <https://www.figo.org/covid-19-early-pregnancy-guidance>

OLIVEIRA, Maysa Arlany de et al . Recommendations for perinatal care in the context of the COVID-19 pandemic. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 21, supl. 1, p. 65-75, Feb. 2021 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292021000100065&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2021. Epub Feb 24, 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100004>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/Aids-SP. Centro de Referências e Treinamento DST/Aids-SP. Guia de Bolso Para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, 2ª Edição. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016.

SCHMEING, Lilian Mara Basilio et al. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai, MS: conhecimento e prática de profissionais.** 2012. 63 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

A música terapêutica sob ótica da Enfermagem: uma revisão integrativa de literatura

Bruna de Souza Magalhães

Graduanda em Enfermagem
Universidade Federal de Catalão
m.bruna@discente.ufcat.edu.br

Karen Cristiny Dias Lourenço

Graduanda em Enfermagem
Universidade Federal de Catalão
karen_cristiny@discente.ufcat.edu.br

Erica Magão de Lima

Graduanda em Enfermagem
Universidade Federal de Catalão
ericamagao@discente.ufcat.edu.br

Isadora Vieira Netto Rabelo

Graduanda em Enfermagem
Universidade Federal de Catalão
isadora_netto@discente.ufcat.edu.br

Poliana Rodrigues Alves Duarte

Docente. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Catalão
poliana.duarte@ufcat.edu.br

RESUMO: Há um conjunto de evidências que demonstram a utilização da música para fins terapêuticos deste a antiguidade, sendo possível, graças ao avanço da ciência, comprovar seus efeitos positivos nas múltiplas facetas do ser humano. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), que buscou responder à pergunta: "Quais as evidências científicas nacionais sobre os efeitos terapêuticos da música para os atores envolvidos no processo de cuidar em saúde e enfermagem?". Foram analisados nove trabalhos, nos quais, sintetizados em uma única categoria - Os efeitos terapêuticos da música na atenção biopsicossocioespíritual do ser. A música como recurso terapêutico mostrou ser benéfica para as diferentes facetas do indivíduo ao proporcionar: melhora na percepção física, nos parâmetros vitais, nos níveis medidos de estresse e ansiedade, para a promoção do bem-estar, do relaxamento e do vínculo, despertar da espiritualidade e religiosidade e evocação de sentimentos bons. Observou-se a música como um recurso terapêutico alternativo complementar e não-farmacológico aplicável na prática clínica de profissionais que objetivam prestar uma assistência qualificada e holística na busca do bem-estar do paciente.

Palavras-chave: Música; Musicoterapia; Enfermagem.

Como citar este trabalho:

MAGALHÃES, B.S.; LOURENÇO, K.C.D.; LIMA, E.M.; RABELO, I.V.N.; DUARTE, P.R.A.. A música terapêutica sob ótica da Enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 97-109.
<http://dx.doi.org/10.51781/978658692017897109>

INTRODUÇÃO

A música, palavra de etimologia grega "*mousiké* – arte das musas" (FUX, 1957), pode ser compreendida como a arte e ciência de combinar os sons de modo agradável ao ouvido, sendo esta, inerente ao ser humano uma vez que é a forma de expressão mais antiga conhecida, antepondo a própria linguagem e a agricultura (FERREIRA, 2013; LEVITIN, 2008).

Acerca disso, *Heitz, Symreng e Scamman* (1992), destaca o papiro de *Kahum* (coleção de textos egípcios) como o registro mais antigo que evidencia a utilização da música para fins terapêuticos em diferentes culturas por séculos, tendo em tais documentos, vários exemplos de seus efeitos curativos e preventivos. Sob essa ótica, os xamãs, assim chamados os médicos primitivos, se beneficiavam dos sons como forma de tratamento do corpo e da alma posto que, consideravam mais valiosos os cantos mágicos do que as ervas medicinais (GRACIANO, 2003).

Apesar disso, a música como forma de humanização e cuidado à saúde foi vista com maior visibilidade apenas no século XIX, em meados de 1859, quando relatada pela enfermeira pioneira da enfermagem moderna *Florence Nightingale*. Outro destaque da enfermagem nesse cenário são as enfermeiras musicistas norte-americanas – *Isa Maud Ilsen e Harriet Ayer Seymor* que, no contexto das Duas Grandes Guerras Mundiais, se apropriaram da música como estratégia terapêutica para atenuar a dor física e emocional dos soldados feridos em combate (DOBBRO; LOPES; FERREIRA, 2000).

Graças a observação dos efeitos da música entre os convalescentes de guerra, sobretudo os da Segunda Guerra Mundial, foram divulgados na Europa e Estados Unidos a partir da década de 40 no século XX, estudos científicos que abordavam a música como um instrumento terapêutico. Desde então, a ciência vem demonstrando progressivamente os efeitos fisiológicos produzidos pela música no organismo do ser humano (GRACIANO, 2003; GONÇALEZ; NOGUEIRA; PUGGINA, 2008).

No contexto da enfermagem, ao contrário da expressão musicoterapia, aplica-se o termo música terapêutica para caracterizar a música como um recurso tecnológico que pode ser utilizado por enfermeiros interessados em proporcionar conforto, prazer e segurança ao usuário, além também como forma sensibilizar seu uso por parte destes profissionais para com os indivíduos envolvidos no processo de cuidar em saúde, seja como estratégia de cuidado ou

de ensino. A musicoterapia por sua vez, é uma atividade que compete ao profissional musicoterapeuta, logo é necessário possuir a formação específica para exercê-la (BERGOLD, 2005).

Nesse sentido, Silva e colaboradores (2008) sustentam que a música é uma das intervenções disponíveis frente aos seguintes Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA): angústia espiritual, distúrbio do sono, desesperança, ansiedade, distúrbio do autoconceito, distúrbio no campo energético, pesar, déficit de lazer, risco para solidão, isolamento social e dor. Todavia, para o êxito na utilização deste recurso, é importante que o profissional de enfermagem atualize e amplie seus conhecimentos com bases nas evidências científicas de modo a compreender que se trata de uma intervenção de caráter interprofissional, ou seja, com possibilidade de aplicação por enfermeiros na interface com outras disciplinas, como a musicoterapia (ROHR; ALVIM, 2016).

Em concordância com a prerrogativa, a nível nacional a música como ação de promoção e prevenção à saúde alcançou maior evidência e respaldo no ano de 2017 ao ser promulgada a portaria nº 849 que passa a reconhecer a musicoterapia como uma prática integrativa e complementar (PIC) ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Diante o exposto, verifica-se a importância de analisar a produção científica acerca do tema, tendo em vista que é por meio do conhecimento baseado em evidências que os profissionais utilizam de recomendações para sua prática clínica a fim de promover o princípio de beneficência ao usuário. Logo, o objetivo do presente estudo é analisar e sintetizar as informações acerca da utilização da música como recurso terapêutico após inserida como PIC na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa de Literatura (RIL) que permite a inclusão e a análise de pesquisas relevantes, de modo a sintetizar o estado de conhecimento do assunto de interesse a partir dos seguintes passos: 1) Determinação dos objetivos e da pergunta norteadora; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão (seleção da amostra); 3) Definição das informações extraídas para análise; 4) Leitura crítica 5) Análise, organização dos resultados; 6) Discussão e apresentação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Conforme sustenta Mendes, Silveira e Galvão (2008), a metodologia adotada reunirá uma série de produções científicas que, uma vez apreciadas de forma crítica e minuciosa, oferecerá subsídios para a prática clínica baseada em evidências, além também de determinar as lacunas de conhecimento e fomentar a produção e divulgação da temática.

Para formular a pergunta norteadora, utilizou-se a estratégia PICO, um acrônimo que orienta a formulação de perguntas com base em quatro elementos fundamentais: P - paciente, população estudada ou problema; I - intervenção, indicação ou interesse; C - controle ou comparação; O- desfecho "*outcomes*", resultados esperados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Nesse sentido, foi atribuído P: os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em enfermagem, I: a música inserida na saúde, C: não se aplica e, O: efeitos terapêuticos da exposição à música. Formulou-se assim, a questão norteadora de pesquisa em: "Quais as evidências científicas nacionais sobre os efeitos terapêuticos da música para os atores envolvidos no processo de cuidar em saúde e enfermagem?"

O levantamento dos artigos na literatura foi realizado via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que foram combinados aplicando os operadores booleanos "*AND*" e "*OR*", adotando-se a estratégia de busca "música" OR "musicoterapia" AND "enfermagem".

Como critério de inclusão, considerou-se estudos que respondessem à questão de pesquisa, publicados e indexados na íntegra de forma gratuita no período de 2017 a 2021 (período de janeiro de 2017 a janeiro de 2021) e disponíveis em texto completo na língua portuguesa, inglesa ou espanhola. As produções científicas deveriam abordar a problemática do uso da música e seus efeitos terapêuticos, no título, resumo e corpo do texto. Foram excluídas as publicações secundárias, tais como teses, dissertações, artigos de opinião, manuais e livros, assim como relatos de experiência e demais estudos que não atenderam os critérios e/ou não contemplaram o assunto determinado ou ainda que se repetiram nas bases de dados.

Visando abranger um maior número de estudos que se encaixam nos critérios e objetivos previamente estipulados, realizou-se uma busca intensiva manual (*handsearch*), que se caracteriza por uma pesquisa de artigos citados nas referências dos textos encontrados. O processo supracitado encontra-se detalhado na Figura 1.

Figura 1. Fluxo do processo de seleção dos artigos da amostra, segundo base de dados e busca intensiva manual (*handsearch*) 2017- 2021. As autoras, 2021.

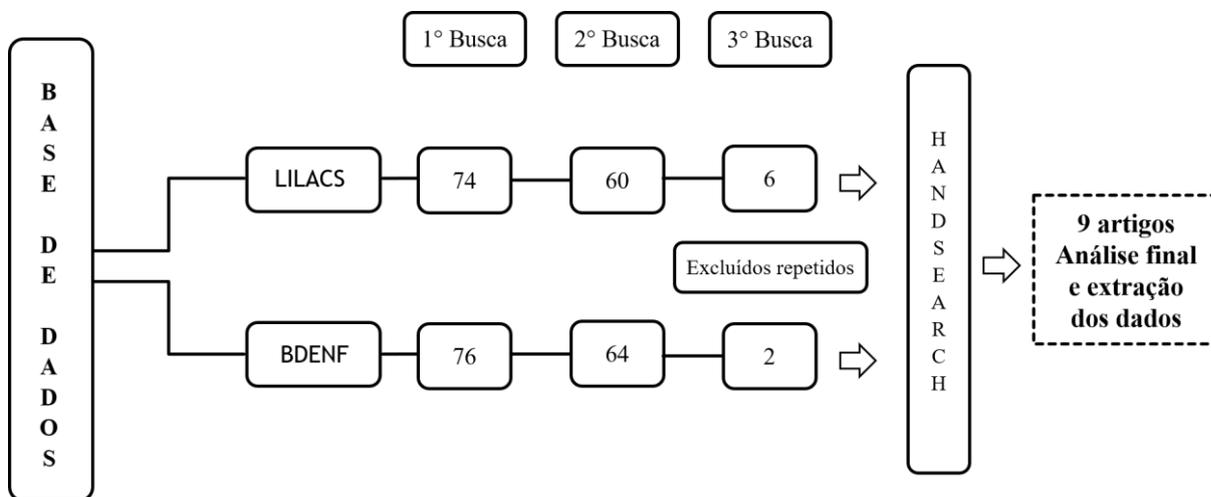
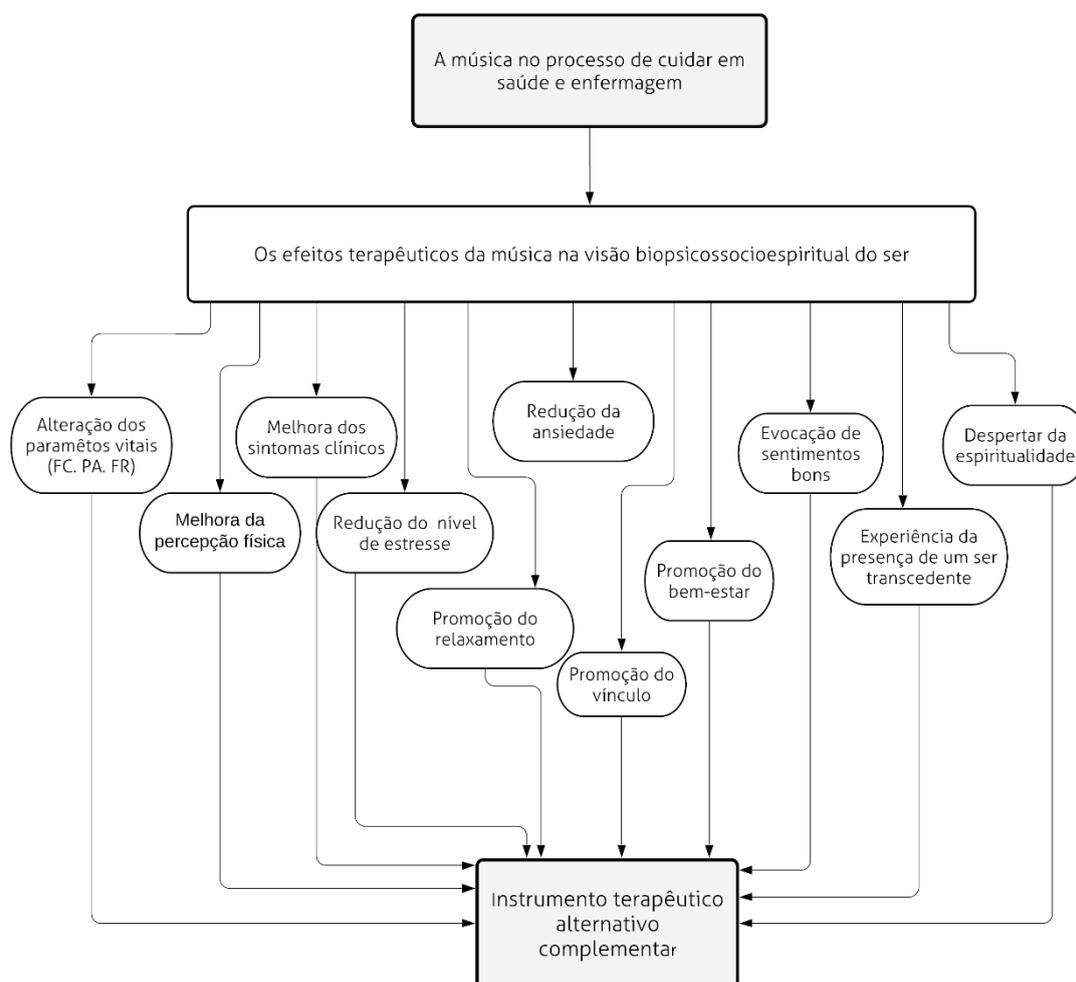


Figura 2. Eixo temático elencado após leitura dos artigos e organização. As autoras, 2021.



Quadro 1. Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa, 2017 - 2021.

Título	Autores/Ano de publicação	País/Idioma/ Base de dados	Intervenção estudada	Síntese dos resultados	Recomendações/Conclusões
Efeito da música como recurso terapêutico em grupo de convivência para pessoas idosas.	MEDEIROS, J.D.S.S.D <i>et al</i> / 2021/ Nível III.	Brasil/ Português/ LILACS.	Analisar o efeito de intervenções musicais na redução dos níveis de estresse em pessoas idosas de um grupo de convivência.	Foi observado, com base na Escala de Estresse (PSS), diminuição do nível de estresse associado ao fator <i>perceived distress</i> , sobretudo nos quesitos tristeza, dificuldades e superação.	Foi validada a hipótese de uso da música como um recurso terapêutico em ações de promoção da saúde, tornando-se necessário novos estudos que visem a elaboração de protocolos com vistas a sua aplicação e melhor compreensão de seus efeitos.
<i>Music as a transpersonal care tool - perceptions of hospitalized people assisted in the university extension.</i>	NUNES, E.C.D.A <i>et al</i> / 2020/ Nível IV.	Brasil/ Inglês/ LILACS.	Analisar a percepção dos pacientes hospitalizados sobre o cuidado recebido por meio de uma visita musical extensionista, sob a perspectiva da Teoria do Cuidado Humano.	A música melhorou os sintomas clínicos e a percepção física, despertou a espiritualidade, sentimentos bons e memórias positivas e promoveu esperança, bem-estar e interação social.	Contribuição da música para a promoção do vínculo paciente-equipe-família, bem como de comportamentos resilientes frente à hospitalização. Os autores recomendaram uma maior utilização da música por parte da equipe interprofissional de saúde com vistas a uma assistência integral ao indivíduo.
A música como auxílio terapêutico de crianças hospitalizadas.	PORTUGAL NETA, E.R.D.C; AGUIAR, R.S/ 2019/ Nível IV.	Brasil/ Português/ BDEFN – Enfermagem.	Analisar as repercussões da utilização da música no processo de hospitalização de crianças em um hospital pediátrico de nível terciário.	A música como uma tecnologia leve que contribui para: qualidade da assistência à saúde, vínculo dos integrantes do processo de hospitalização, alcance familiar, conforto e repercussões fisiológicas.	Contribuição da música na amenização de sofrimentos, integração das crianças e familiares mesmo diante a hospitalização, além também do empoderamento da equipe de saúde quanto a assistência prestada e qualidade de vida no trabalho.
<i>Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial.</i>	MELO, G.A.A <i>et al</i> / 2018/ Nível I.	Brasil/ Inglês/ LILACS.	Avaliar o efeito terapêutico da música na ansiedade e parâmetros vitais de pacientes com doença renal crônica, comparado a pacientes em tratamento convencional em clínicas de hemodiálise.	Alterações estatisticamente significativa nos escores de ansiedade e sinais vitais (pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência cardíaca e frequência respiratória).	A música foi referida como um recurso terapêutico oportuno para a redução da ansiedade e alterações dos parâmetros vitais dos pacientes renais crônicos em hemodiálise, podendo assim, ser utilizado na assistência ao cuidado.
Audição musical para alívio da ansiedade do acompanhante pediátrico.	OLIVEIRA, C.M.D <i>et al</i> / 2018/ Nível III.	Brasil/ Português/ BDEFN – Enfermagem.	Investigar os efeitos da audição musical sobre a ansiedade pós-operatória de acompanhantes de crianças submetidas a cirurgias em comparação ao cuidado convencional pediátrico.	Com base no Inventário de Ansiedade Traço-Estado, houve redução estatisticamente significativa da ansiedade, especialmente quanto aos itens: sentir-se "à vontade", "descansado", "descontraído" e "satisfeito".	A intervenção musical corrobora com a redução do nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em período pós-operatório, todavia os autores sugerem que sejam feitos mais estudos de modo a ampliar as evidências da música no contexto do cuidado em enfermagem.

<i>Effects of sacred music on the spiritual well-being of bereaved relatives: a randomized clinical trial.</i>	SILVA, V.A.D <i>et al</i> / 2017/ Nível I.	Brasil/ Inglês/ LILACS.	Avaliar os efeitos da música sacra instrumental e da música sacra com vocais no bem-estar espiritual de parentes enlutados.	Tendências significativas de que a musicoterapia, em especial a música sacra com voz, melhore os níveis de bem-estar espiritual em indivíduos enlutados.	Os autores relatam que há tendências ascendentes de que a música sacra, sobretudo a sacra com vocais, possa melhorar os níveis de bem-estar espiritual em parentes enlutados. Recomendam mais estudos acerca da temática.
A utilização da música em uma unidade pediátrica: contribuindo para a humanização hospitalar.	SILVA, KG; TAETS, G.G.C; BERGOLD, L.B/ 2017/ Nível IV.	Brasil/ Português/ LILACS.	Descrever a percepção das crianças hospitalizadas sobre as atividades musicais realizadas no ambiente hospitalar e analisar a relação entre música e humanização hospitalar.	A música estimulou o brincar em meio a hospitalização ao proporcionar maior interação entre pacientes-acompanhantes, além de um ambiente mais agradável e acolhedor em prol do bem-estar. As crianças demonstram animação, alegria e felicidade.	Contribuição da música para a promoção da saúde, bem-estar, redução da ansiedade e humanização da assistência às crianças de diferentes faixas etárias.
<i>Uso de música en el control de la ansiedad en clínicas externas de cabeza y cuello: ensayo clínico aleatorizado.</i>	FIRMEZA, M.A <i>et al</i> / 2017/ Nível I.	Brasil/ Espanhol/ LILACS.	Avaliar a eficácia da intervenção musical na redução da ansiedade e dos parâmetros vitais em pessoas que sofrem de câncer de cabeça e pescoço.	Alterações estatisticamente substanciais nos níveis de ansiedade percebida, pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR).	A música como um eficaz recurso terapêutico não farmacológico para o manejo da ansiedade e sinais vitais (PA, FC, FR).
<i>With words I cannot say: giving new meaning to care through music in cardio pediatric postoperative</i>	CARDOSO JÚNIOR, O.P <i>et al</i> / 2017/ Nível IV.	Brasil/ Inglês/ LILACS/ Handsearch.	Compreender as ressignificações que a música promove no cuidado às crianças em pós-operatório cardíaco.	A música é vista como uma terapia complementar que pode ser utilizada por outros profissionais além do musicoterapeuta com vistas à promoção do relaxamento, distração, bem-estar, recordações agradáveis e conforto aos profissionais e às crianças hospitalizadas.	Contribuição da música para a ressignificação do cuidado humanizado e renovação das ações de promoção à saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desta RIL resultou em nove estudos selecionados sendo que, destes, sete se encontravam na LILACS (77,8%) e dois na BDNF (22,2%), totalizando assim, nove artigos (100%). Apenas um artigo da amostra (9%) foi selecionado a partir da busca manual (*handserach*). Os idiomas predominantes foram a língua inglesa e portuguesa, cada qual com quatro artigos (44,44%), seguido pela língua espanhola com um (11,11%). Quanto ao ano de publicação, houve prevalência para 2017 com quatro estudos publicados (44,44%), seguido de 2018 com dois (22,22%) e 2019, 2020 e 2021 com um (11,11%).

Em relação ao local de publicação, atendendo a pergunta norteadora, 100% da amostragem foi realizada no Brasil. Acerca disso, cinco estudos (55,6%) são oriundos da região Nordeste, dois (22,2%) da região Centro-Oeste, um da região Sudeste (11,1%) e da região Sul (11,1%) e nenhum (0%) da região Norte. Logo, em resposta à questão da pesquisa, observa-se em determinadas regiões do Brasil baixa frequência de evidência científica quanto a utilização da música terapêutica e/ou musicoterapia no contexto da saúde.

Quanto ao ano, isso se deve talvez ao fato de ter sido instituída a portaria nº 849 que inclui a musicoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2017). A região Nordeste por sua vez, se superou quando comparada aos estudos feitos por Nóbrega e Sousa (2013), onde mostrou-se anteriormente com poucas abordagens. Em contrapartida, nesse contexto, os dados atuais obtidos indicam que a região Norte carece de atenção, tendo em vista a escassez de estudos diante a gama de benefícios que a música pode proporcionar em diferentes circunstâncias, como bem destaca Santee *et al.* (2019).

Na análise do nível de evidência, se sobressaíram os estudos de caráter descritivo e/ou qualitativo, aos quais se delimitam como nível IV (4/44,44%). Em seguimento, destacaram-se as publicações cujas evidências científicas foram mediadas por resultados de estudos clínicos, controlados e com randomização, isto é, nível I (3/33,33%). Por fim, a abordagem quase-experimental dos demais estudos o caracterizaram como nível III quanto à classificação hierárquica (2/22,22%).

Após leitura minuciosa dos artigos na íntegra, foi possível organizar os resultados em um eixo temático que expressasse a significativa similaridade dos achados, sendo este: Os

efeitos terapêuticos da música na visão biopsicossocioespiritual do ser (Figura 2).

Os achados evidenciaram a música como uma poderosa intervenção terapêutica, uma vez que supera os desafios na integralidade do cuidado ao contemplar as diferentes facetas do ser humano e agir conforme preconiza a Política Nacional de Humanização. Nesse sentido, Dobbro, Lopes e Ferreira (2000) se referem à música como um instrumento valioso à enfermagem, pois permite atingir quatro dimensões humanas do cuidado: a física, a mental, a emocional e a espiritual.

As pessoas envolvidas tanto direta quanto indiretamente no processo de cuidar em saúde apresentaram, conforme representado na figura 2, efeitos amplos que vão desde a esfera biológica à espiritual. No que se refere a influência da música nos parâmetros vitais, assim como os sujeitos da amostra, pacientes em hemodiálise (MELO *et al.*, 2018) e pacientes com câncer de cabeça e pescoço (FIRMEZA *et al.*, 2017), estudos realizados em gestantes por Pereira *et al.* (2021) reafirmam a efetividade da música na melhoria dos sinais vitais, sobretudo da pulsação, respiração, frequência cardíaca e saturação de oxigênio, do mesmo modo para a redução no grau de ansiedade, um outro achado levantado pela RIL nos mesmos estudos.

No que tange a ansiedade, em outras circunstâncias a música também se mostrou benéfica para reduzi-la, contemplando não apenas o ser cuidado, mas também o seu acompanhante (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Sobre o exposto, estudos anteriores demonstram certa similaridade, uma vez que mães com filhos hospitalizados apresentaram redução do estado de ansiedade após serem expostas à audição musical de Canto Gregoriano (ALMEIDA; SILVA, 2012).

Sob essa perspectiva, observa-se a contribuição da música a todos os envolvidos no processo de cuidar em saúde, inclusive o profissional enfermeiro no que compete principalmente a promoção do vínculo, qualidade de atenção à saúde e empoderamento profissional (NUNES *et al.*, 2020; PORTUGAL-NETA; AGUIAR, 2019). Sobre esse achado, Bergold (2005) pontua a visita musical como uma intervenção facilitadora do processo interativo e de comunicação entre os usuários e entre estes e a equipe de enfermagem, que corrobora, ainda, para a diminuição do isolamento, uma vez que promove a interação coletiva.

O fator estresse atenuado no estudo com pessoas idosas de um grupo de convivência (MEDEIROS *et al.*, 2021) também pode ser somado aos demais benefícios mútuos da música pois, como bem sustenta Taets *et al.* (2013), a musicoterapia é uma alternativa capaz de

minimizar o estresse de profissionais da área da saúde.

Para além dos efeitos já listados, Muskat (2012) elenca outras alterações decorrentes da exposição ao estímulo sonoro musical, sendo estas: a modulação neurovegetativa dos padrões de variabilidade dos ritmos elétricos cerebrais, ciclos circadianos de sono-vigília e produção de vários neurotransmissores ligados à recompensa, ao prazer e ao sistema de neuromodulação da dor. Ademais, refere que o treinamento musical e exposição prolongada a uma música considerada prazerosa tendem a aumentar a produção de neurotrofinas produzidas no cérebro em situações de desafio, podendo determinar não só aumento da sobrevivência de neurônios como também mudanças de padrões de conectividade na chamada plasticidade cerebral.

A música, ao estimular a liberação de endorfinas, isto é, neuro-hormônios produzidos na hipófise, propicia, por consequência, a sensação de bem-estar, conforto e melhoria de humor (AREIAS, 2016). Fica evidente, portanto, como os sintomas clínicos são atenuados e como se dá a evocação de sentimentos bons, relaxamento, prazer e bem-estar.

Quanto ao domínio espiritual, a música apresenta-se como um recurso de saúde que vai além do controle de sintomas ou de emoções pois, possibilita ao ser, o encontro com sua própria essência, subsidiando a expressão da espiritualidade e compreensão do sentido da vida em uma experiência singular e subjetiva que, potencialmente, busca reunir todas as dimensões humanas (LEÃO, 2007). Em concordância, Précoma (2019) sustenta que há uma série de evidências científicas quanto à forte relação da espiritualidade, religião e religiosidade nos processos de saúde, adoecimento e cura, compondo junto dos aspectos físicos, psicológicos e sociais a visão integral do ser humano.

CONCLUSÃO

Com esta RIL concluímos que há evidências científicas nacionais dos efeitos terapêuticos da música inserida ao cuidado em saúde, sendo ela, um recurso terapêutico alternativo complementar e não-farmacológico aplicável na prática clínica de profissionais que objetivam prestar uma assistência qualificada e holística, isto é, atendendo ao ser em sua dimensão biopsicossocioespiritual. Todavia, é importante que haja para o grupo de profissionais interessados na PIC, estudos que visem a construção de protocolos assistenciais a fim de orientar a aplicabilidade da música em ambientes terapêuticos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.P.; SILVA, M.J.P.D. Canto Gregoriano: redutor de ansiedade de mães com filhos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 36-42, 2012.

AREIAS, J.C. A música, a saúde e o bem-estar. José Carlos Areias. **Nascer crescer**, v. 25, n. 1, p. 1-4, 2016.

BERGOLD, L. B. **A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental**, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, 2017.

CARDOSO JÚNIOR, O.P. *et al.* With words I cannot say: giving new meaning to care through music in cardio pediatric postoperative. **Revista Rene**, v. 18, n. 5, p. 655-62, 2017.

DOBBRO, E. L.; LOPES, M.; FERREIRA, I. O som e a cura. **Revista Medicis**, São Paulo, n. 3, p. 8-11, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2013.

FIRMEZA, M.A. *et al.* Uso de música en el control de la ansiedad en clínicas externas de cabeza y cuello: ensayo clínico aleatorizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03201, 2017.

FUX, R. **Dicionário Enciclopédico da Música e Músicos**. Edição brasileira organizada por Hans Koranyi. São Paulo, SP: Gráfica São José, 1957.

GONÇALEZ, D. F. D. C.; NOGUEIRA, A. T. D. O.; PUGGINA, A. C. G. O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Cogitare enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-596, 2008.

GRACIANO, R. A música na prática terapêutica. **Revista Curso Prático de Canto**, n.2, p.44-5, 2003.

HEITZ, L; SYMRENG, T; SCAMMAN, F.L. Effect of music therapy in the postanesthesia care unit: a nursing intervention. **Journal of Post Anesthesia Nursing**, v. 7, n. 1, p. 22-31, 1992.

LEÃO, E.R. Reflexões sobre música, saúde e espiritualidade. **Mundo Saúde**, v. 31, n. 2, p. 290-6, 2007.

LEVITIN, D. J. **A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana**. Rio de

Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MEDEIROS, J.D.S.S.D. *et al.* Efeito da música como recurso terapêutico em grupo de convivência para pessoas idosas. **Revista Rene**, v. 22, e60048, 2021.

MELO, G.A.A. *et al.* Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e2978, 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.D.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MUSZKAT, M. **Música, neurociência e desenvolvimento humano**. Ministério da Cultura e Vale apresentam, p. 67, 2012.

NÓBREGA, E.D.D.; SOUSA, M.N.A.D. Música na assistência de enfermagem: resultados baseados em evidências. **Revista InterScientia**, v. 1, n. 3, p. 103-114, 2013.

NUNES, E.C.D.A. *et al.* Music as a transpersonal care tool - perceptions of hospitalized people assisted in the university extension. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, e20190165, 2020.

OLIVEIRA, C.M.D. *et al.* Audição musical para alívio da ansiedade do acompanhante pediátrico. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 32, e28159, 2018.

PEREIRA, A.C.M. *et al.* Efeito da musicoterapia sobre os parâmetros vitais, ansiedade e sensações vivenciadas no período gestacional. **Revista baiana de enfermagem**, v. 35, 2021.

PORTUGAL NETA, E.R.D.C.; AGUIAR, R.S. A música como auxílio terapêutico de crianças hospitalizadas. **Revista de Enfermagem da UFPE**, p. [1-6], 2019.

PRÉCOMA, D.B. *et al.* Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

ROHR, R.V.; ALVIM, N.A.T. Intervenções de enfermagem com música: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3832, 2016.

SANTEE, K.M. *et al.* O uso da música nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 2, 2019.

SANTOS, C.M.D.C.; PIMENTA, C.A.D.M.; NOBRE, M.R.C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SILVA, K.G.; TAETS, G.G.C.; BERGOLD, L.B. A utilização da música em uma unidade pediátrica: contribuindo para a humanização hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 26265, 2017.

SILVA, S.A.D. *et al.* Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista de enfermagem da UERJ**, p. 382-387, 2008.

SILVA, V.A.D. *et al.* Effects of sacred music on the spiritual well-being of bereaved relatives: a randomized clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03259, 2017.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nurse Research**, v. 11, n. 04, p. 195-206, 1998.

TAETS, G.G.D.C. *et al.* Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 385-390, 2013.

URSI, E.S.; GAVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006.

Epidemiologia e cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa

Eduardo de Paula Nunes

Graduando em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
eduardodepnunes@gmail.com

Larissa de Paula Silva

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
larissadepaula587@gmail.com

Karine Bassani

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
karielbassani@gmail.com

Ana Paula Araújo Botelho

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
ana.paula.botelho@hotmail.com

Wellington Roberto Gomes de Carvalho

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente
Universidade Federal do Maranhão
wrg.carvalho@ufma.br

RESUMO: O estudo sobre a diabetes *mellitus* é um aspecto importante para o planejamento de políticas públicas voltadas para a saúde da população, especialmente dada a alta prevalência atual de diabetes, o aumento surpreendente na ocorrência de obesidade e os custos e consequências substanciais da doença para o sistema de saúde e os indivíduos. O objetivo do estudo foi sintetizar a produção acadêmica acerca da temática sobre a epidemiologia e o cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus* atendida na atenção primária à saúde (APS) no Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, SciELO, PubMed e *Web of Science*, publicadas de janeiro de 2016 a dezembro de 2020, com os descritores: "Diabetes Mellitus" AND "Primary Care" AND "Epidemiological studies" AND "Brazil". Foram identificadas 147 publicações, com exclusão de 58 artigos por não se encontrarem dentro do período de tempo estabelecido (2016-2020); tese e revisão da literatura (n = 2); por não relacionarem a diabetes *mellitus* e a atenção primária à saúde (n = 74); por duplicata (n = 2). Foram incluídos e analisados 11 estudos, dos quais seis foram transversais dois ensaios clínicos, um estudo retrospectivo e dois estudos observacionais. A falta de apoio aos serviços de saúde devido à ineficácia das políticas de saúde, que não garantem equidade no tratamento do diabetes *mellitus* e a falta da educação em saúde, são fatores de risco para o agravamento da doença. Os achados sugerem necessidade de implementar ações em nível populacional, monitoramento permanente, bem como as recomendações de saúde pública devem considerar o comportamento sedentário, a obesidade, além de preconizar a importância em criar políticas que visem a promoção de atividades físicas para a população.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*; Epidemiologia; Atenção Primária à Saúde.

Como citar este trabalho:

NUNES, E.P.; SILVA, L.P.; BASSANI, K.; BOTELHO, A.P.A.; CARVALHO, W.R.G. Epidemiologia e cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus* na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 110-122.
<http://dx.doi.org/10.51781/97865869201789110122>

INTRODUÇÃO

Seguindo a tendência mundial, o Brasil experimentou grandes transformações em relação a sua estrutura populacional, bem como no padrão de morbidade e mortalidade. O perfil de morbimortalidade pode ser considerado um indicador sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento da população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes (PRATA, 1992), com impactos significativos no processo saúde-doença, oriundos dos processos de transição demográfica e epidemiológica (LEE, 2003).

A transição demográfica resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, assim como no aumento progressivo da expectativa de vida e do número de idosos. A transição epidemiológica, decorrente da urbanização, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, além de outros fatores, caracterizou-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias para um outro, onde predominam os óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (OMRAN, 1971; PRATA, 1992). O rápido envelhecimento devido à transição demográfica, leva ao aumento das DCNT, pois acomete a população de maior idade (MENDES, 2010). Um censo realizado em 2015, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou que das 58 milhões de mortes, 35 milhões aconteceram por DCNT.

No Brasil, as DCNT constituem um problema de saúde que atinge indivíduos de todos os perfis socioeconômicos, em especial as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Dessa forma, torna-se importante a discussão para o enfrentamento e resolução em saúde dos agravos causados pelas DCNT, em especial a diabetes *mellitus*. O número de diabéticos está aumentando devido ao crescimento populacional, envelhecimento, urbanização e aumento da prevalência de obesidade e sedentarismo. Quantificar a prevalência do diabetes e o número de pessoas afetadas, agora e no futuro, é importante para permitir o planejamento racional e a alocação de recursos (WILD et al. 2004).

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IFD, 2019), a diabetes *mellitus* é uma das DCNT que mais cresceram no século 21, com número de incidência em adultos tendo mais que triplicado nas duas últimas décadas. Além disso, 9,3% dos adultos com idade entre 20 e 79 anos vivem com diabetes, outros 1,1 milhão de crianças e adolescentes com

menos de 20 anos vivem com diabetes tipo 1 e estimam que em 2030, haverá 578 milhões de adultos com a doença (IFD, 2019).

Medidas de promoção e prevenção da saúde, incorporadas na rotina da atenção primária à saúde no SUS podem contribuir para mitigar os problemas (ARAÚJO, 2012). As disparidades dos índices de morbimortalidade entre os distintos grupos sociais refletem não apenas a relação existente entre a pobreza e a doença, mas também a dificuldade do sistema de saúde em oferecer acesso às camadas mais vulneráveis da população (ARAÚJO, 2012).

Diante disso, o objetivo do estudo foi sintetizar a produção acadêmica acerca da temática sobre a epidemiologia e o cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus* atendida na atenção primária à saúde (APS) no Brasil.

MÉTODOS

No presente estudo foi realizada uma revisão narrativa da literatura com foco na epidemiologia e no cuidado do paciente com diabetes *mellitus* no âmbito da atenção primária à saúde. Estabeleceram-se para o presente estudo as seguintes perguntas norteadoras: “Quais as publicações científicas disponíveis na literatura sobre práticas do cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus* atendida na atenção primária à saúde do SUS?” “Quais as evidências que dão suporte a importância do trabalho que é realizado para esse público na atenção primária à saúde do SUS?”.

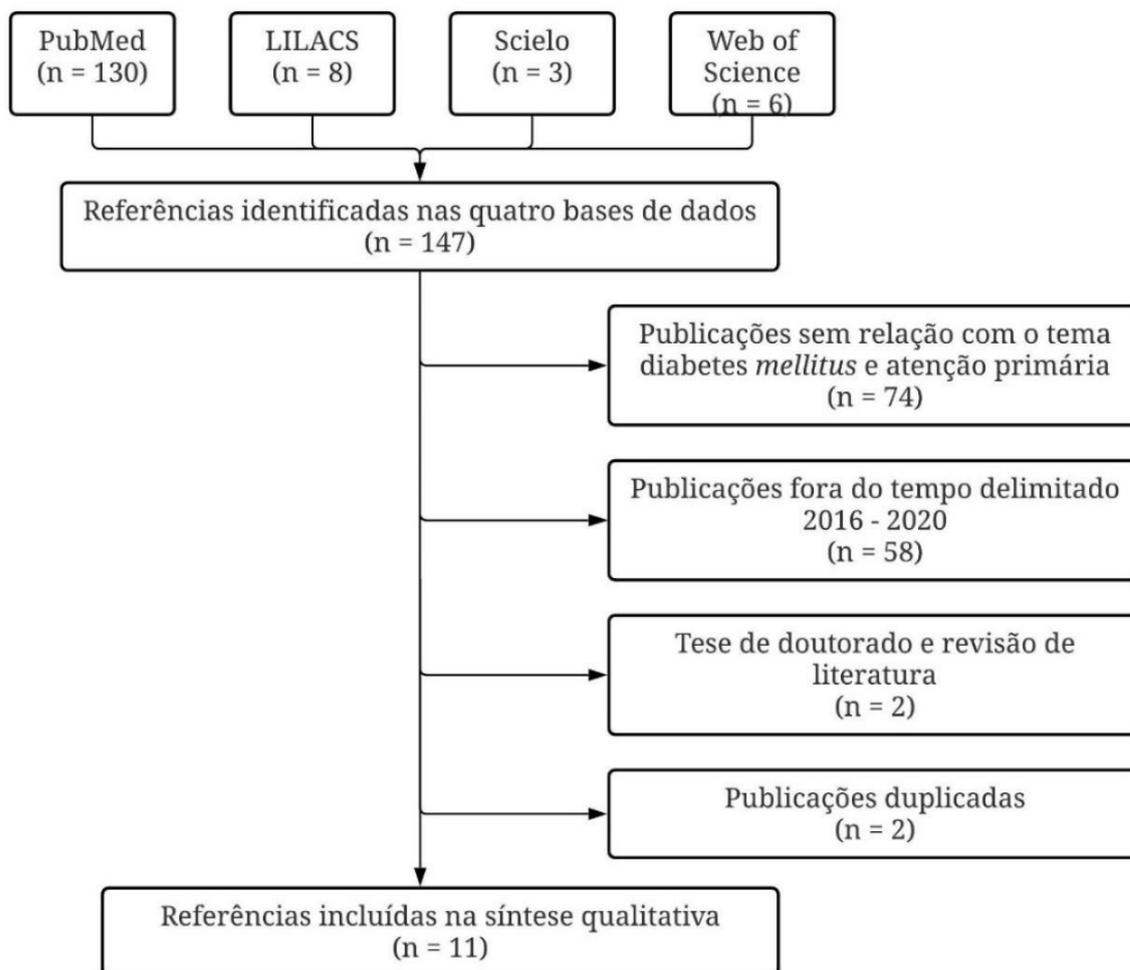
Para responder às questões, realizou-se uma busca na literatura científica de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: textos completos, artigos originais publicados nos últimos cinco anos (2016-2020), escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol, estudos realizados no Brasil, publicações envolvendo a temática diabetes *mellitus* e atenção primária à saúde. Os critérios de exclusão foram: duplicidade de publicações, resumos de conferências, análise, relatos de casos, artigos de revisão da literatura, revisões sistemáticas, meta-análises, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de curso, livros ou capítulos de livros e artigos que não abordassem a pessoa com diabetes *mellitus* e atenção primária à saúde.

Na estratégia de busca, foram utilizados como fonte de pesquisa artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca digital *Scientific Electronic*

Library On-line (SciELO), *Publisher Medline* (PubMed) e *Web of Science*. Foram utilizados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde combinado com operador booleano para a busca, a saber: "*Diabetes Mellitus*" AND "*Primary Care*" AND "*Epidemiological studies*" AND "*Brazil*". As buscas foram realizadas em maio de 2021.

A seleção dos artigos foi realizada por quatro revisores independentes (EPN, LPS, KB e APAB) que analisaram os artigos por título e resumo e, em seguida, revisaram independentemente as publicações mais relevantes. Caso necessário, os artigos eram lidos na íntegra para garantir a elegibilidade dos critérios de inclusão. Discordâncias de dados quanto a inclusão dos artigos foi resolvida por consenso entre os dois revisores (EPN e LPS) e incluídas conforme fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção das referências incluídas na revisão narrativa



Visando a sistematização dos dados na presente revisão narrativa, as categorias selecionadas para extração e síntese de dados foram: autor, ano de publicação, título do artigo, tipo de estudo e importância da atenção primária (APS) no cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus*.

RESULTADOS

Esta revisão narrativa encontrou 147 artigos na busca realizada nas quatro bases de dados eletrônicas, sendo 130 no PubMed, oito na LILACS, três na SciELO e seis na *Web of Science*. Após a leitura, foram excluídas 74 publicações por não terem relação com a temática diabetes *mellitus* e a atenção primária à saúde, 58 publicações por estarem fora do tempo delimitado (2016-2020), uma tese, uma revisão da literatura e dois artigos duplicados.

Após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, apenas 11 artigos originais foram selecionados para a análise final. Na Figura 1 são apresentadas as bases de dados consultadas e respectivas etapas de seleção das referências, total de publicações científicas recuperadas, excluídas com justificativas, bem como a quantidade de artigos que foram incluídos na revisão narrativa.

Os artigos selecionados foram publicados nos seguintes periódicos: *Brazilian Journal of Pain*, *Heliyon*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Primary Care Diabetes*, *Public Health*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Jornal de Saúde Pública e Ambiental*, *Endocrine*, *Journal of Ambulatory Care Manage* e *Revista da Escola de Enfermagem da USP*.

Na Tabela 1 são apresentadas as informações gerais das publicações incluídas na revisão narrativa. Dentre as 11 publicações, três (27,3%) eram estudos que avaliaram a educação em saúde como proposta de intervenção e minimização dos agravos causados pela diabetes *mellitus* (GRILLO, 2016; CORRÊA, 2017; TOMASI, 2017). As outras oito publicações tratavam sobre o processo de intervenção e estratégias nas unidades básicas de saúde para enfrentamento da diabetes *mellitus* (AGUIAR, 2018); o baixo apoio educacional como reflexo da prevalência de amputações em pacientes com diabetes *mellitus* no sexo masculino (ALVES e LAPORTA, 2020); as ações em saúde como políticas estratégicas e eficazes (MARINHO, 2017); o efeito positivo da descentralização da atenção primária a saúde nos índices de mortalidade e morbidade da diabetes *mellitus* (NISHIJIMA, 2018); a redução das duplicidade de prontuários

para melhoria nos índices da atenção primária (PINTO e SANTOS, 2020); a falta de agentes comunitários de saúde na resolução dos agravos (SIMÃO, 2017); mudanças necessárias na abordagem dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à diabetes *mellitus* (SOUZA, 2017); necessidade de investimento na APS para uma melhoria no cuidado e planejamento em saúde (TONETTO, 2019). Em relação ao idioma, sete (63,6%) eram na língua inglesa e quatro na língua portuguesa (36,4%).

DISCUSSÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o diabetes *mellitus* já conta com mais de 12 milhões de portadores, tendo representatividade em 90% a 95% dos casos (SBD, 2019). São vários os fatores sociais, políticos, históricos, ambientais, culturais e comportamentais que possuem influência na prevalência e na incidência dessa enfermidade crônica. Essa característica multifatorial gera um contexto complexo para o manejo da doença, sendo necessário ações nas diversas áreas do conhecimento (SOUZA, et al., 2017). A epidemia do diabetes *mellitus* se estende, em maior parte, aos países em desenvolvimento, com cerca de 80% de prevalência e afetando de forma crescente os jovens. No ano de 2013, uma estimativa sugeriu que quase 12 milhões de pessoas, entre 20 a 79 anos, eram portadoras da doença no Brasil.

A prevalência do diabetes *mellitus* na população adulta brasileira na década de 80 era de 7,6%, porém, dados atuais revelam que essa porcentagem é, em média, de 14,22%. Este significativo aumento da prevalência pode ser explicado pelo envelhecimento populacional, seguido da maior sobrevivência dos diabéticos e a expansão da urbanização, além da obesidade e do sedentarismo crescentes (SBD, 2019). Atualmente, o diabetes ocupa o quinto lugar no ranking mundial de mortalidade, com 5,2% de todos os óbitos. No ano de 2011, dados nacionais indicam que a taxa de mortalidade por essa enfermidade é de 30,1 por 100 mil habitantes, sendo de 27,2 no sexo masculino e 32,9 no sexo feminino (SBD, 2019).

Contudo, a prevalência da doença não ocorre de forma homogênea em todas as regiões. Pesquisa com dados do PMAQ (Programa para Melhorar o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica) que analisava a atenção primária à saúde oferecida a 8.118 diabéticos, constatou que a variável região influencia nas formas de exposição (TOMASI et al., 2020).

Tabela 1. Estudos sobre cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus* na atenção primária à saúde no Brasil segundo o autor, ano de publicação, título do artigo, tipo de estudo e importância da atenção primária à saúde (APS) no cuidado à saúde da pessoa com diabetes *mellitus*.

Autor	Ano	Título do artigo	Tipo de estudo	Importância da APS no cuidado à saúde da pessoa com diabetes <i>mellitus</i>
Aguiar et al.	2018	Detection of pain with neuropathic characteristics in patients with diabetes <i>mellitus</i> assisted in primary care units	Transversal	O estudo destaca a prevalência de dor com características neuropáticas em pacientes que possuíam diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, reforçando a necessidade de novas estratégias para a prevenção e intervenção nas unidades básicas de saúde.
Alves e Laporta	2020	Prevalence and factors associated with lower limb amputation in individuals with type II diabetes <i>mellitus</i> in a referral hospital in Fortaleza, Ceara, Brazil: A hospital-based cross-sectional study	Transversal	O estudo aborda uma alta associação da prevalência entre diabetes <i>mellitus</i> e amputações no sexo masculino. É demonstrado que a baixa escolaridade está associada diretamente com a incidência das amputações devido ao baixo apoio educacional em saúde.
Corrêa et al.	2017	Qualidade de vida e características de pacientes diabéticos	Transversal	O estudo aponta que a prática de atividade física tanto na atenção especializada quanto na atenção primária, apresentam uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2.
Grillo et al.	2016	Diabetes education in primary care: a randomized clinical trial	Ensaio clínico randomizado	O estudo avaliou o efeito de um programa de educação em saúde em um grupo de pacientes com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2. Foi observado que a intervenção melhorou o conhecimento e diminuiu o estresse associados à doença.
Marinho et al.	2017	The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil	Observacional Caso Controle	O estudo identificou que as diretrizes para o cuidado da diabetes <i>mellitus</i> na atenção primária à saúde foram negligenciadas pelos profissionais de saúde, reforçando a necessidade do conhecimento para uma melhoria nas práticas de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis.

Nishijima et al.	2018	Effects of decentralization of primary health care on diabetes <i>mellitus</i> in Brazil	Retrospectivo	O estudo demonstra que a descentralização trouxe melhorias nos índices de mortalidade e morbidade da diabetes <i>mellitus</i> e no acesso à atenção primária à saúde. Esse efeito positivo foi observado apenas nas regiões mais ricas, reforçando as desigualdades regionais no acesso e no cuidado à saúde.
Pinto e Santos	2020	Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos	Transversal	O estudo aponta a necessidade de uma gestão regular para o controle de prontuários eletrônicos na atenção primária à saúde, visando evitar a duplicidade de registros e de casos clínicos nos prontuários, permitindo uma melhoria nos indicadores de saúde da atenção primária.
Simão et al.	2017	Quality of Care of Patients with Diabetes in Primary Health Services in Southeast in Brazil.	Transversal	O estudo identificou problemas estruturais e nos processos das unidades básicas de saúde em relação ao tratamento da diabetes. Mais da metade das unidades avaliadas apresentaram poucos agentes comunitários de saúde, que têm papel significativo na estratégia de saúde da família e na resolução de agravos em saúde.
Souza et al.	2017	Eficácia de um curso educacional ministrado a agentes comunitários de saúde no controle do diabetes: um ensaio clínico randomizado.	Ensaio clínico randomizado	O estudo avaliou um programa de educação com foco na diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, oferecido a agentes comunitários de saúde (ACS) em uma unidade básica de saúde. Os resultados encontrados demonstram uma melhoria na redução do colesterol total e do triglicérides de pacientes com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2.
Tomasi et al.	2017	Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality - PMAQ	Observacional	O estudo avaliou os dados da PMAQ (Programa para Melhorar o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica), onde foi observado uma melhoria nas estruturas das APS (Atenção Primária à Saúde). A qualidade dos serviços de saúde está relacionada principalmente com o processo de trabalho da equipe de saúde e o desempenho do Sistema de Saúde.
Tonetto et al.	2019	Qualidade de vida de pessoas com diabetes <i>mellitus</i>	Transversal	Os autores apontam que a qualidade de vida das pessoas com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2, pode piorar à medida que o cuidado com a doença se torna mais complexo, reforçando a necessidade de investimentos na APS para uma melhoria no cuidado e planejamento em saúde.

Com o avanço da cobertura do SUS, o acesso ao diagnóstico precoce, ao acompanhamento e a medicamentos adequados, as taxas de mortalidade e hospitalização por diabetes no país decaíram (NISHIJIMA et al., 2019). Simultaneamente, a prevalência aumentou, caracterizando um cenário paradoxal, onde temos a melhora no tratamento dos doentes e, em contrapartida, o aumento dos diabéticos (NISHIJIMA et al., 2019). Dentre os desfechos, destacam-se a doença coronariana, cerebrovascular, a vascular periférica, a lesão neuronal, entre outras, sendo a doença renal, cegueira irreversível e amputações não traumáticas as principais comorbidades (ALVES e LAPORTA, 2020).

Cerca de 50% dos portadores de diabetes *mellitus* não sabem que possuem a doença. Entre aqueles que conhecem sua condição, 20% não procuram nenhum tratamento (ALVES; LAPORTA, 2020). As ações de conscientização impedem o negligenciamento da doença e evitam o diagnóstico tardio, o qual gera dispêndios para saúde pública (TOMASI et al., 2020). O diabetes *mellitus* é uma doença onerosa tanto para o círculo social do diabético quanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao constante acompanhamento e às graves complicações. Ademais, cabe ressaltar os custos não quantificáveis, como a dor, ansiedade, impacto negativo na qualidade de vida, entre outros (SBD, 2015).

Segundo estimativas, os custos com diabetes *mellitus* na Argentina e no México chegam a 0,8 bilhão e 2 bilhões, respectivamente, enquanto que o Brasil gasta cerca de 3,9 bilhões de dólares. Quando comparado a outros países da América Latina como Argentina e México, os gastos diretos com o tratamento do diabetes no Brasil variam de 2,5% a 15% de todo o orçamento anual do setor de saúde. Estudos recentes revelam que os dispêndios no tratamento ambulatorial pelo SUS chegam a U\$ 2.108,00 por paciente (SBD, 2019). No Brasil 10% da população é diabética, com 72% das mortes ocasionadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Tal conjuntura reflete nos dispêndios do setor de saúde, consumindo 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB) no ano de 2015, com perspectiva em 2030 de 2% do PIB (NISHIJIMA et al., 2019).

O SUS é dividido em três níveis do cuidado à saúde, sendo o primário a porta de entrada, com baixa complexidade; o secundário que trata das comorbidades e situações com média complexidade e, por fim, o terciário que presta assistência às enfermidades de alta complexidade (TONETTO et al., 2019). Um estudo retrospectivo, baseado em um painel de

dados anuais de 5.560 municípios brasileiros de 2000 a 2011, relevou que a descentralização da APS trouxe efeitos positivos, como a redução de 30% da mortalidade por diabetes e de 2,3% menos hospitalizações (NISHIJIMA et al., 2019).

Para abranger a integralidade, universalidade e equidade, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que atua na Atenção Primária por meio de uma equipe multidisciplinar, realizando o monitoramento e o controle das doenças com foco na prevenção e promoção da saúde (NISHIJIMA et al., 2019). É oportuno reforçar a prevenção ainda na APS, com ações que minimizem a exposição a fatores de risco (NISHIJIMA et al., 2019).

O Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e o QualiDia foram criados, respectivamente, para cadastrar e acompanhar hipertensos e diabéticos, oferecendo aos municípios recursos extras em concordância com suas necessidades, e promover o autocuidado e a avaliação contínua da qualidade da assistência (AGUIAR et al., 2018; MARINHO et al., 2017; NISHIJIMA et al., 2019).

Comumente, a coleta dos dados para o preenchimento dos prontuários eletrônicos é feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional responsável pelo cadastramento da população e considerado essencial na ESF (SIMÃO et al., 2017). Segundo ensaio clínico randomizado realizado na UBS São Pedro, em Porto Alegre, no ano de 2009, o resultado de um curso educacional sobre diabetes *mellitus* tipo 2, ministrado à agentes comunitários, mostrou que houve progresso no controle metabólico dos pacientes (SOUZA et al., 2017).

O agente comunitário é essencial para o vínculo da comunidade com os profissionais de saúde, visto que trabalha em contato direto com a população, favorecendo o acolhimento e impactando nos desfechos de saúde. Porém, os ACS 's, na maioria das vezes, não recebem treinamento adequado para educação em DCNT, sobretudo o diabetes (SOUZA et al., 2017). A qualidade da assistência deve estar em constante aprimoramento, visto que impacta diretamente na redução de danos (CORRÊA et al., 2017). Para isso, a ESF deve estar consolidada e em harmonia com as demandas da população, sendo vital a atuação do agente comunitário de saúde neste processo.

No tratamento do diabetes, a maioria das variáveis que influenciam na qualidade de vida do indivíduo são passíveis de modificação, exceto gênero e o tempo de diagnóstico (CORRÊA et al., 2017). Uma pesquisa com método quantitativo, transversal e descritivo realizada na UBS de Ribeirão Preto, com 53 pessoas no período de fevereiro a julho de 2015,

revelou que a qualidade de vida dos diabéticos tende a piorar à medida que a doença se agrava (TONETTO et al., 2019).

Um dos pilares da APS é a educação em saúde, tão recomendada pela Saúde Coletiva, visto seus impactos nos desfechos de saúde (CORRÊA et al., 2017). Um estudo caso-controle randomizado aplicado na UBS Santa Cecília em Porto Alegre, no qual foram envolvidos 137 diabéticos, demonstrou que o conhecimento sobre a doença diminui o sofrimento associado à doença. Tendo em vista que o diagnóstico do diabetes *mellitus* é mais comum em pessoas que já possuem hábitos estabelecidos, as ferramentas educativas tornam-se imprescindíveis para a adesão ao tratamento da doença (CORRÊA et al., 2017; GRILLO et al., 2016).

Ao se tratar o diabetes *mellitus*, deve-se considerar no planejamento das intervenções na Atenção Primária os cofatores que acompanham a doença, como a obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, pois, além de prevenir o aparecimento do diabetes, também estaria evitando doenças cardiovasculares e a redução da mortalidade. Ademais, a educação em saúde pode modificar hábitos sedentários que pioram o quadro clínico do diabético, como obesidade e sobrepeso, e, por consequência, estimular uma dieta alimentar equilibrada e a prática de exercícios físicos, de modo a promover o autocuidado (TONETTO et al., 2019).

CONCLUSÃO

A falta de apoio aos serviços de saúde devido à ineficácia das políticas de saúde, que não garantem equidade no tratamento do diabetes *mellitus*, e a falta da educação em saúde são fatores de risco para o agravamento da doença. A ineficiência do diagnóstico precoce, especialmente na rede de APS, leva à subnotificação, aumentando o risco de eventos isquêmicos, gangrena, amputação e morte. Os achados sugerem necessidade de implementar ações em nível populacional, como monitoramento permanente, além de políticas que visem a promoção de atividades físicas para a população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. L. X. S.; RAMOS, L. F. P.; BICHARA, C. N. C. Detection of pain with neuropathic characteristics in patients with diabetes mellitus assisted in primary care units. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 1, p. 15-20, 2018.

ALVES, F. L. M. T.; LAPORTA, G. Z. Prevalence and factors associated with lower limb amputation in individuals with type II diabetes mellitus in a referral hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil: A. **Heliyon**, v. 6, n. 7, p. 1-8, 2020.

ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CORRÊA, K. et al. Quality of life and characteristics of diabetic patients. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 921-930, 2017.

GRILLO, M. F. F. et al. Diabetes education in primary care: a randomized clinical trial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1-10, 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF DIABETES ATLAS.9. ed. Bruxelas:Inís Communication,2019.176 p.

LEE, Ronald. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. **Journal of Economic Perspectives**, Tennessee, v. 17, n. 4, p. 167-190, 2003.

MALTA, D. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4757-4769, 2020.

MARINHO, M. G. S. et al. The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil. **Primary Care Diabetes**, v. 11, n. 6, p. 538-545, 2017.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

NISHIJIMA, M. et al. Effects of decentralization of primary health care on diabetes mellitus in Brazil. **Public Health**, v. 166, p. 108-120, 2019.

OMRAN A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of populations change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509-38, 1971.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005.

PINTO, L. F.; SANTOS, L. J. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1305-1312, 2020.

PRATA PR. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 1-2, 2007.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SIMÃO, C. C. A. L. et al. Quality of Care of patients with diabetes in primary health services in Southeast Brazil. **Jornal de Saúde Pública e Ambiental**, p. 1-7, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. 3. ed. São Paulo: **Clannad**, p 1-491, 2019.

SOUZA, C. F. et al. Efficacy of an education course delivered to community health workers in diabetes control: A randomized clinical trial. **Endocrine**, v. 57, n. 2, p. 280-286, 2017.

TOMASI, E. et al. Diabetes care in Brazil: program to improve primary care access and quality-PMAQ. **Journal of Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 1-8, 2020.

TONETTO, I. F. A. et al. Quality of life of people with diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. 1-8, 2019.

WILD S et al. Global prevalence of diabetes - Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-53, 2004.

Comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde: uma revisão integrativa

Patrícia Barberá Gallego

Mestre em Psicologia
Universidade Federal de Uberlândia
paaty.gallego@gmail.com

Layla Raquel Silva Gomes

Doutoranda em Psicologia Clínica
Universidade Federal de Uberlândia
layla_r@hotmail.com

Rodrigo Sanches Peres

Doutor em Psicologia
Universidade Federal de Uberlândia
rodrigossanchesperes@ufu.br

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo, por meio de uma revisão da literatura, mapear e analisar a produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde. Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida por meio de consultas às bases de dados SciELO-Brasil e PEPsic. A amostra bibliográfica foi composta por 20 referências. Em termos das dimensões de análise consideradas, verificou-se a predominância de pesquisas empíricas, de abordagem qualitativa, cujos objetivos – diretamente ou indiretamente – remetem a protocolos de comunicação de más notícias e que foram desenvolvidas junto a médicos e/ou estudantes de Medicina. Ademais, os achados reportados pelas referências reforçam que a comunicação de más notícias frequentemente provoca sofrimento psíquico em todos os envolvidos, inclusive nos profissionais de saúde. A análise da amostra bibliográfica sinaliza caminhos a serem trilhados em novas pesquisas, pois coloca em relevo a necessidade de maior abertura à voz de pacientes e familiares.

Palavras-chave: Comunicação de más notícias; Saúde; Revisão de literatura.

Como citar este trabalho:

GALLEGO, P.B.; GOMES, L.R.S.; PERES, R.S. Comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde: uma revisão integrativa. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 123-136.
<http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178123136>

INTRODUÇÃO

No contexto da atenção em saúde, a noção de “más notícias” comumente tem sido utilizada para aludir a informações desagradáveis relativas a doenças altamente incapacitantes ou potencialmente fatais (MARTIS; WESTHUES, 2013). Porém, Buckman (1992), considerado um dos pioneiros no assunto, preconizou que más notícias concernem a quaisquer diagnósticos ou prognósticos que possam implicar em mudanças negativas na vida de uma pessoa. Outros autores defendem que tal noção diz respeito a condições de saúde que representam ameaças concretas ao bem-estar físico ou mental e restringem possibilidades existenciais (EDWARDS, 2010).

Na qualidade de ciência do psiquismo e do comportamento (WEITEN, 2006), a Psicologia tem contribuições à comunicação de más notícias que podem se efetivar diretamente, às expensas do trabalho assistencial desenvolvido por psicólogos em serviços de saúde, ou indiretamente, mediante a instrumentalização dos demais profissionais de saúde para a abordagem de questões emocionais que tendem a emergir nessas situações. A propósito, a comunicação de más notícias, tipicamente, implica em algum nível de sofrimento psíquico para todos os envolvidos. Ocorre que, de modo geral, profissionais de saúde consideram tal tarefa delicada e estressante, ainda que dela se ocupem rotineiramente (BARNETT et al., 2007).

Por outro lado, pacientes e familiares que recebem más notícias frequentemente experimentam medos, incertezas e inseguranças que se traduzem em uma mobilização emocional acentuada e prolongada, a qual culmina na ocorrência de transtornos mentais, em muitos casos (HERRERA et al., 2014). Para além disso, é sabido que a comunicação de más notícias, dependendo do modo como é realizada, afeta positivamente ou negativamente a adesão aos tratamentos propostos, influenciando, como consequência, a evolução clínica dos pacientes (MAST et al., 2005; BUTOW et al., 1995).

Nos últimos anos, publicações sobre a comunicação de más notícias se tornaram mais recorrentes em periódicos científicos brasileiros, de forma que revisá-las pode fornecer indicações para novas pesquisas e proporcionar coordenadas para o aprimoramento do trabalho de profissionais de saúde. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo, por meio de uma revisão da literatura, mapear e analisar a produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde. Buscou-se responder à seguinte questão norteadora: quais são as principais tendências apresentadas pelos artigos veiculados em periódicos científicos brasileiros e dedicados ao assunto, em termos: (1) do tipo de pesquisa; (2) da abordagem metodológica; (3) do objetivo; (4) dos participantes; e (5) dos achados?

MÉTODO

Levando em conta a questão norteadora estabelecida nesta oportunidade, optou-se pelo emprego dos procedimentos metodológicos próprios das revisões integrativas da

literatura, modalidade de estudo bibliográfico que se diferencia por sua abrangência, uma vez que visa a sintetizar diferentes tipos de pesquisas sobre um determinado assunto, conferindo ênfase tanto a seus métodos quanto a seus resultados (SOARES et al., 2014; MENDES et al., 2008). Portanto, considera-se que as revisões integrativas possibilitam a delimitação de um amplo corpo de conhecimentos, desde que desenvolvidas criteriosamente, como sublinham Ercole, Melo e Alcoforado (2014).

Os procedimentos metodológicos próprios de revisões integrativas dizem respeito à localização, à seleção e à avaliação das referências que constituirão a amostra bibliográfica, e devem ser colocados em prática de maneira ordenada e descritos em detalhes (SOARES et al., 2014). Logo, faz-se necessário informar que, no presente estudo, a localização das referências se deu por meio de consultas às bases de dados *Scientific Electronic Library Online-Brasil* (SciELO-Brasil) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic). A escolha de tais bases de dados decorre do fato de que ambas abarcam periódicos científicos em acesso aberto e de reconhecida qualidade editorial, além de que são complementares, já que a primeira possui caráter multidisciplinar e a segunda é especializada em Psicologia, ciência que, como mencionado anteriormente, oferece contribuições à comunicação de más notícias.

As consultas às bases de dados foram concluídas em março de 2019, sendo que, tanto na PEPsic quanto na SciELO-Brasil, recorreu-se ao cruzamento dos termos “más” e “notícias” no campo “resumo”, sem qualquer espécie de limite, como ano de publicação ou idioma, por exemplo. Tal estratégia foi privilegiada tendo em vista que, em consultas prévias às bases de dados, revelou-se sensível o bastante para viabilizar a localização de um conjunto expressivo de referências. Já no que concerne à seleção das referências, resalte-se que todas aquelas localizadas automaticamente pelas bases de dados foram triadas com o intuito de definir o material que, efetivamente, viria a integrar a amostra bibliográfica do presente estudo.

Dois pesquisadores executaram essa triagem de modo independente, procedendo a leitura dos resumos e, quando necessário, dos textos completos, a fim de identificar as referências que: (1) tematizavam especificamente a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde; (2) se enquadravam como artigos; e (3) foram publicadas em periódicos científicos brasileiros. Como consequência da aplicação desses três critérios de inclusão, seriam descartadas as referências que tratavam do assunto de modo secundário, se enquadravam como resenhas, cartas ao editor, entrevistas, possuíam formatos alternativos e/ou foram

publicadas em periódicos científicos de outras nacionalidades.

As referências selecionadas foram, então, avaliadas, também de modo independente, por dois pesquisadores. Para tanto, os textos completos foram recuperados e submetidos a leituras exaustivas para subsidiar a extração das informações necessárias ao preenchimento de um crivo de avaliação constituído por cinco dimensões estabelecidas em função da questão norteadora, a saber: (1) tipo de pesquisa; (2) abordagem metodológica; (3) objetivo; (4) participantes; e (5) achados. Cumpre assinalar que as avaliações inicialmente consensuais foram aceitas automaticamente, ao passo que as avaliações a princípio discordantes foram discutidas caso a caso até que se obtivesse um consenso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas realizadas junto às bases de dados levaram, no total, à localização de 92 referências, sendo 83 na SciELO-Brasil e apenas 9 na PEPsic. Não houve duplicidades. Contudo, a seleção das referências localizadas, conduzida de acordo com os três critérios explicitados anteriormente, levou ao descarte de 72 referências, sendo que muitas daquelas que foram excluídas se ocupavam de tópicos relativos à comunicação de uma ampla gama de notícias “negativas” em veículos jornalísticos. A amostra bibliográfica, portanto, foi composta por 20 referências.

A maioria das referências selecionadas foi oriunda da SciELO-Brasil, a saber: (1) Setubal et al. (2018); (2) Koch et al. (2017); (3) Setubal et al. (2017); (4) Fontes et al. (2017); (5) Ferreira da Silveira et al. (2017); (6) Ostermann e Frezza (2017); (7) Pereira et al. (2017); (8) Ostermann et al. (2017); (9) Monteiro e Quintana (2016); (10) Geovanini e Braz (2013); (11) Nonino et al. (2012); (12) Lino et al. (2011); (13) Guerra et al. (2011); (14) Tapajós (2007); (15) Pereira (2005); e (16) Oliveira et al. (2004). Logo, somente quatro referências obtidas junto à PEPsic integraram a amostra bibliográfica: (1) Calsavara et al. (2019); (2) Emer et al. (2016); (3) Monteiro et al. (2015); e (4) Victorino et al. (2007).

Preliminarmente, é oportuno salientar que havia a expectativa de que a consulta à PEPsic subsidiasse a localização de um maior número de referências, por se tratar de uma base de dados especializada em Psicologia. Em contrapartida, era esperada a ocorrência de muitos descartes, em virtude da abrangência da estratégia de busca utilizada. Além disso, ressalte-se

que as referências selecionadas foram publicadas ao longo de 15 anos, de 2004 a 2019, com nítida concentração no último triênio. Tal dado indica que o interesse de pesquisadores brasileiros pela comunicação de más notícias é recente, considerando-se que não foi estabelecido nenhum recorte temporal durante a realização das consultas às bases de dados, como mencionado anteriormente.

Acerca da primeira dimensão de análise, é importante esclarecer que, para os fins do presente estudo, as referências selecionadas foram classificadas em quatro tipos básicos de pesquisa: (1) revisões da literatura; (2) estudos teóricos; (3) pesquisas empíricas; e (4) relatos de experiência. Estudos teóricos foram diferenciados de revisões da literatura, sobretudo, pela ênfase no aprofundamento de concepções relativas a uma teoria em particular, ao passo que o foco na descrição de práticas orientadas por demandas que se situavam para além da coleta de dados foi empregado como parâmetro básico para distinguir relatos de experiência de pesquisas empíricas. Posto isso, foram identificadas três revisões da literatura (FONTES et al., 2017; NONINO et al., 2012; VICTORINO et al., 2007), dois estudos teóricos (CALSAVARA et al. 2019; GUERRA et al., 2011) e um relato de experiência (TAPAJÓS, 2007). Assim, a amostra bibliográfica contou com 14 pesquisas empíricas.

A propósito da segunda dimensão de análise, cumpre assinalar que as 14 referências classificadas como pesquisas empíricas foram agregadas, no presente estudo, com base na discriminação de abordagens metodológicas qualitativas, quantitativas e quanti-qualitativas. Observou-se, conseqüentemente, a ocorrência de 11 pesquisas qualitativas (KOCH et al., 2017; OSTERMANN; FREZZA, 2017; OSTERMANN et al., 2017; SETUBAL et al., 2017; EMER et al., 2016; MONTEIRO; QUINTANA, 2016; MONTEIRO et al., 2015; GEOVANINI; BRAZ, 2013; LINO et al., 2011; PEREIRA, 2005; OLIVEIRA et al., 2004) e três pesquisas quantitativas (SETUBAL et al., 2018; FERREIRA DA SILVEIRA et al., 2017; PEREIRA et al., 2017). Portanto, não foi identificada nenhuma pesquisa quanti-qualitativa.

A primeira dimensão de análise indica que houve alguma diversificação quanto ao tipo de pesquisa entre as referências selecionadas, sendo que isso, em tese, pode favorecer o avanço dos conhecimentos atualmente disponíveis sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde, mediante o exame de tal processo como objeto de investigação desde diferentes ângulos. Ademais, deve-se sublinhar que a predominância de pesquisas qualitativas – evidenciada com a segunda dimensão de análise – causou, positivamente, certa

surpresa, na medida em que é notória a hegemonia histórica dos métodos quantitativos no campo da saúde, como observaram Silva, Castro-Silva e Moura (2018). Não obstante, as autoras acrescentaram que, em tal campo, as pesquisas qualitativas vêm conquistando mais espaço porque enfatizam questões subjetivas relevantes para a compreensão do binômio saúde-doença em sua complexidade, evitando, conseqüentemente, uma eventual reificação.

A terceira dimensão de análise revela que questões subjetivas foram visadas diretamente nas referências assinadas por Koch et al. (2017), Ostermann e Frezza (2017), Ostermann et al. (2017), Monteiro e Quintana (2016), Emer et al. (2016) e Monteiro et al. (2015), dentre outras, em que foram exploradas perspectivas acerca da comunicação de más notícias em médicos e, minoritariamente, em pacientes. Vale mencionar também que a referência de Geovanini e Braz (2013) se ocupou, com exclusividade, de aspectos éticos da comunicação de más notícias. Porém, no que diz respeito à terceira dimensão de análise, se sobressaiu o fato de que o objetivo de diversas referências está relacionado, de uma forma ou de outra, à utilização de protocolos de comunicação de más notícias.

Ocorre que Setubal et al. (2018), Setubal et al. (2017) e Lino et al. (2011) se propuseram a avaliar programas de treinamento para comunicação de más notícias baseados no protocolo SPIKES e Pereira et al. (2017) apresentaram um protocolo de comunicação de más notícias adaptado à realidade brasileira, o qual foi denominado P-A-C-I-E-N-T-E. Já na referência de Ferreira da Silveira et al. (2017), o foco foi a avaliação de habilidades de médicos quanto à comunicação de más notícias à luz das diretrizes do protocolo SPIKES. Ademais, Calsavara et al. (2019) visaram à discussão de contribuições de Carl Rogers – um dos principais expoentes da Psicologia Humanista – para o emprego de protocolos de comunicação de más notícias.

Esse tipo de ferramenta tem como proposta sistematizar a comunicação de más notícias por meio de sua divisão em etapas e, como consequência, visa a proporcionar maior segurança ao profissional de saúde que conduz tal processo (HERRERA et al., 2014). Por outro lado, Krieger (2017) sublinhou que as relações clínicas possuem uma dimensão subjetiva que escapa aos saberes técnicos e, por isso, a ação comunicacional, se reduzida inadequadamente à aplicação automatizada de procedimentos, conduz à despersonalização. Depreende-se, portanto, que protocolos de comunicação de más notícias devem ser utilizados com discernimento e sensibilidade para que não venham a promover o engessamento do cuidado em saúde.

É importante também explicitar, ainda acerca da terceira dimensão de análise, que Fontes et al. (2017), Nonino et al. (2012) e Victorino et al. (2007) revisaram, respectivamente, publicações sobre a prática do enfermeiro na comunicação de más notícias, sobre programas de treinamento para a comunicação de más notícias voltados a médicos e estudantes de Medicina e sobre fatores dificultadores e facilitadores do processo de comunicação de más notícias. Logo, os objetivos das três revisões da literatura que integraram a amostra bibliográfica são distintos entre si e diferem daquele visado no presente estudo.

Quanto à quarta dimensão de análise, observou-se que as referências classificadas como pesquisas empíricas foram desenvolvidas, fundamentalmente, junto a médicos e/ou estudantes de Medicina, sendo que, em poucos casos, também houve a participação de enfermeiros (PEREIRA et al., 2017; KOCH et al., 2017; PEREIRA, 2005) e/ou pacientes e familiares (OSTERMANN; FREZZA, 2017; OSTERMANN et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2004). E a única referência classificada como relato de experiência, assinada por Tapajós (2007), abordou uma atividade de ensino-aprendizagem voltada a estudantes de Medicina.

Em certa medida, era esperada a predominância de médicos entre os participantes das referências que constituíram a amostra bibliográfica, uma vez que os mesmos têm sido os principais responsáveis pela comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde no país. Não obstante, todos os profissionais de saúde podem auxiliar nesse processo (MAHDIZADEH et al., 2015), e é recomendável que, em futuras pesquisas, tal fato seja levado em consideração. Além disso, sugere-se que os pesquisadores interessados em explorar o assunto valorizem mais a participação de pacientes e familiares. Afinal, suas vozes, no âmbito da produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias, não têm recebido o devido destaque. Conseqüentemente, parece razoável afirmar que as evidências hoje existentes sobre como más notícias são recebidas em nosso meio são insuficientes.

Ainda sobre a quarta dimensão de análise, faz-se necessário mencionar que os participantes de uma parcela expressiva das referências selecionadas se dedicavam, em essência, ao tratamento de problemas maternos e fetais (SETUBAL et al., 2018; KOCH et al., 2017; SETUBAL et al., 2017; OSTERMANN; FREZZA, 2017; OSTERMANN et al., 2017; MONTEIRO; QUINTANA, 2016). Tal recorte pode ser considerado interessante, visto que muitos problemas dessa natureza contrariariam o *timing* normativo do ciclo de vida familiar – ou seja, ocorrem em um momento em que se espera apenas transformações positivas – e, com isso, tendem a

ser mais disruptivos, como assinala Rolland (1995).

As informações concernentes à quinta e última dimensão de análise foram sintetizadas, inicialmente, à luz dos objetivos básicos das referências selecionadas. Desse modo, é importante destacar que Monteiro et al. (2015), Monteiro e Quintana (2016) e Koch et al. (2017), explorando perspectivas de médicos, constataram que a comunicação de más notícias geralmente suscita impotência, frustração e angústia, é vivenciada como uma derrota e, não raro, é conduzida com base no senso comum. Já Ostermann e Frezza (2017) e Ostermann et al. (2017) verificaram, especificamente em consultas de aconselhamento genético, que a comunicação de más notícias tende a ser realizada de modo despersonalizado, ou seja, sem relacionar as informações desagradáveis a uma pessoa em particular, mas pode ser abrandada mediante a apresentação de recomendações prospectivas baseadas nas especificidades de cada caso.

A referência de Emer et al. (2016) se distinguiu dentre as demais que exploraram perspectivas, pois, colocando em relevo a comunicação de más notícias a crianças que vivenciam a iminência da morte de um de seus pais, demonstrou que os pais saudáveis tendem ao ocultamento da verdade. Geovanini e Braz (2013), por outro lado, diferenciaram-se pelo foco em aspectos éticos, tendo reportado que médicos oncologistas experimentam conflitos quanto à revelação da verdade aos pacientes nas situações de comunicação de diagnóstico de câncer. Pereira (2005), de maneira semelhante, observou que enfermeiros geralmente associam más notícias às doenças oncológicas. Na única referência cujo objetivo foi atinente ao diagnóstico de doenças crônicas especificamente em adolescentes, Oliveira et al. (2004) apurou que os pacientes se perceberam doentes apenas quando notaram que não podiam fazer tudo o que adolescentes saudáveis faziam, e que, para seus familiares, a apresentação detalhada de orientações quanto aos tratamentos disponíveis foi considerada uma medida bastante positiva.

Das três revisões da literatura presentes na amostra bibliográfica podem ser extraídos, em essência, os seguintes achados: (1) questões culturais influenciam a prática do enfermeiro na comunicação de más notícias, muitas vezes limitando sua autonomia (FONTES et al., 2017); (2) programas de treinamento para comunicação de más notícias voltados a médicos e estudantes de Medicina podem, mediante a utilização de diversas estratégias de educação, se mostrar eficazes no sentido da promoção de mudanças de comportamento (NONINO et al.,

2012); e (3) alguns fatores dificultadores do processo de comunicação de más notícias são a preocupação com o impacto da má notícia para o paciente, o receio de causar-lhe sofrimento psíquico e o temor de problemas judiciais, ao passo que alguns fatores facilitadores são o estabelecimento de uma relação adequada com a equipe de saúde e a organização do tempo reservado para a ação comunicacional (VICTORINO et al., 2007).

Sobre as referências cujo objetivo básico gira em torno de protocolos de comunicação de más notícias, deve-se mencionar que aquelas assinadas por Setubal et al. (2018), Setubal et al. (2017) e Lino et al. (2011) verificaram que, após a participação em programas de treinamento, tanto médicos quanto estudantes de Medicina tendem a enfatizar a praticidade do protocolo SPIKES. Já Ferreira da Silveira et al. (2017) constataram que, durante a comunicação de más notícias, muitos médicos procuram se expressar com clareza e explorar o que o paciente já sabe sobre sua condição, o que é compatível com algumas das diretrizes do protocolo SPIKES. Pereira et al. (2017), por outro lado, averiguaram que o protocolo P-A-C-I-E-N-T-E é adequado e útil para a comunicação de más notícias, segundo a opinião de médicos e enfermeiros.

Ademais, Calsavara et al. (2019) defenderam, por meio de um dos estudos teóricos da amostra bibliográfica, que consideração positiva incondicional e compreensão empática – atitudes que, conforme Carl Rogers, são favorecedoras do processo terapêutico – podem tornar mais eficiente a utilização de protocolos de comunicação de más notícias. As duas referências restantes reportaram resultados mais específicos. Guerra et al. (2011), no outro estudo teórico, concluíram que a comunicação de más notícias referentes a diagnósticos durante o pré-natal deve seguir os princípios de beneficência e não maleficência e que a oferta de suporte emocional é uma das tarefas que compete aos médicos. Por fim, Tapajós (2007), no único relato de experiência presente na amostra bibliográfica, comprovou que, em programas de treinamento para comunicação de más notícias voltados a estudantes de Medicina, sequências fílmicas podem ser utilizadas para suscitar reflexões sobre aspectos humanísticos.

Outrossim, foi possível notar que algumas referências reportam achados secundários que dialogam mais diretamente entre si, o que subsidiou a configuração de dois eixos temáticos complementares. O primeiro deles é relativo à definição de más notícias e sinaliza certo dissenso. Ocorre que os participantes das referências de Koch et al. (2017) e Monteiro et al. (2015) compreenderam que uma má notícia diz respeito, sobretudo, ao quadro de morte.

Mas muitos dos participantes das referências de Ferreira da Silveira et al. (2017) e Setubal et al. (2017) se demonstraram adeptos de uma concepção ampliada, a qual abarca diferentes condições de saúde que alteram negativamente a perspectiva do paciente quanto à sua vida ou a seu futuro.

O segundo eixo temático é relativo a fatores facilitadores e dificultadores da comunicação de más notícias. Os participantes das referências assinadas por Monteiro et al. (2015) e Pereira (2005) apontaram que consideram particularmente desafiador apresentar informações sobre acontecimentos inesperados para pacientes jovens. E as referências de Calsavara et al. (2019), Ostermann et al. (2017) e Guerra et al. (2011) sublinham que a preparação do profissional de saúde para a comunicação de más notícias – incluindo desde a disponibilidade afetiva para o estabelecimento de uma relação empática até a organização de dados técnicos detalhados sobre o caso – é essencial para tal processo. Tais fatores facilitadores e dificultadores acrescentam àqueles elencados na referência de Victorino et al. (2007), a qual tratou diretamente desse tópico.

Portanto, o conjunto de achados veiculado pelas referências que compuseram a amostra bibliográfica lança luz sobre múltiplos aspectos que merecem ser considerados pelos profissionais de saúde a propósito da comunicação de más notícias, pois, como sublinhou Silva (2012), o modo como a ação comunicacional é realizado deve levar em conta uma série de variáveis, individuais e contextuais. Tal processo, entretanto, pode pautar-se em algumas diretrizes básicas, desde que aplicadas com flexibilidade. Essa linha de raciocínio se coaduna com aquela sustentada por Krieger (2017), já apresentada. E é válido adicionar que, para a referida autora, o emprego de protocolos de comunicação de más notícias, se efetivado burocraticamente, pode ensejar conflitos, na medida em que pacientes e familiares, ao receberem uma má notícia, anseiam por um profissional de saúde que tenha domínio técnico da ação comunicacional, mas que também – quiçá sobretudo – demonstre capacidades ético-relacionais por meio de uma atitude honesta e compreensiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respondendo à questão norteadora, foram identificadas tendências apresentadas por publicações científicas nacionais sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção

em saúde. Em termos das dimensões de análise consideradas, verificou-se, basicamente, a predominância de pesquisas empíricas, de abordagem qualitativa, cujos objetivos – diretamente ou indiretamente – remetem a protocolos de comunicação de más notícias e que foram desenvolvidas junto a médicos e/ou estudantes de Medicina. Ademais, constatou-se que os principais achados reportados pelas referências selecionadas reforçam que a comunicação de más notícias frequentemente provoca sofrimento psíquico em todos os envolvidos, sendo que compete aos profissionais de saúde atentar também para suas nuances emocionais, e não apenas para seus aspectos técnicos.

A análise da amostra bibliográfica ainda sinaliza caminhos a serem trilhados em novas pesquisas, pois coloca em relevo a necessidade de maior abertura à voz de pacientes e familiares. Em contrapartida, o presente estudo possui limitações, sobretudo porque se restringiu a artigos publicados em periódicos científicos brasileiros. No entanto, tal estratégia tem sido amplamente adotada em revisões integrativas. Ressalte-se também que, como mencionado, o presente estudo se diferencia, devido a seu objetivo, de outras revisões da literatura consagradas ao assunto e, assim, as complementa. Da mesma forma, pode ser complementado futuramente por outras revisões da literatura, a serem desenvolvidas a partir do exame de teses e dissertações defendidas no país, por exemplo. A propósito, iniciativas nesse sentido são bem-vindas para que se possa obter um panorama mais extensivo da produção científica nacional sobre a comunicação de más notícias no contexto da atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

BARNETT, M. M.; FISHER, J. D.; COOKE, H.; JAMES, P. R.; DALE, J. Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. **Medical Education**, v. 41, n. 10, p. 947-956, 2007.

BUCKMAN, R. **How to break bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

BUTOW, P. N.; DUNN, S. M.; TATTERSALL, M. H. Communication with cancer patients: does it matter? **Journal of Palliative Care**, v. 11, n. 4, p. 34-38, 1995.

CALSAVARA, V. J.; SCORSOLINI-COMIN, F.; CORSI, C. A. C. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. **Revista da Abordagem**

Gestáltica, v. 25, n. 1, p. 92-102, 2019.

EDWARDS, M. How to break bad news and avoid common difficulties. **Nursing & Residential Care**, v. 12, n. 10, p. 495-497, 2010.

EMER, M.; MOREIRA, M. C.; HAAS, S. A. A criança e a iminência de morte do progenitor: o desafio dos pais na comunicação das más notícias. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 19, n. 1, p. 21-40, 2016.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. D.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FERREIRA DA SILVEIRA, F. J.; BOTELHO, C. C.; VALADÃO, C. C. Breaking bad news: doctors' skills in communicating with patients. **São Paulo Medical Journal**, v. 135, n. 4, p. 323-331, 2017.

FONTES, C. M. B.; MENEZES, D. V.; BORGATO, M. H.; LUIZ, M. R. Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1089-1095, 2017.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Bioética**, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013.

GUERRA, F. A. R.; MIRLESSE, V.; BAIÃO, A. E. R. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2361-2367, 2011.

HERRERA, A.; RÍOS, M.; MANRÍQUEZ, J. M.; ROJAS, G. Breaking bad news in clinical practice. **Revista Médica de Chile**, v. 142, n. 10, p. 1306-1315, 2014.

KOCH, C. L.; ROSA, A. B.; BEDIN, S. C. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. **Bioética**, v. 25, n. 3, p. 577-584, 2017.

KRIEGER, M. V. **Comunicação de más notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova ética das virtudes**. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2017.

LINO, C. A.; AUGUSTO, K. L.; OLIVEIRA, R. A. S.; FEITOSA, L. B.; CAPRARA, A. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 52-57, 2011.

MAHDIZADEH, M.; HEYDARI, A.; MOONAGHI, H. K. Clinical interdisciplinary collaboration models and frameworks from similarities to differences: a systematic review. **Global Journal of Health Science**, v. 7, n. 6, p. 170-180, 2015.

MARTIS, L.; WESTHUES, A. A synthesis of the literature on breaking bad news or truth telling: potential for research in India. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 19, n. 1, p. 2-11, 2013.

MAST, M. S.; KINDLIMANN, A.; LANGEWITZ, W. Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. **Patient Education and Counseling**, v. 58, n. 3, p. 244-251, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MONTEIRO, D. T.; QUINTANA, A. M. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, e324221, 2016.

MONTEIRO, D. T.; REIS, C. G. C.; QUINTANA, A. M.; MENDES, J. M. R. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 547-567, 2015.

NONINO, A.; MAGALHÃES, S. G.; FALCÃO, D. P. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 228-233, 2012.

OLIVEIRA, V. Z.; OLIVEIRA, M. Z.; GOMES, W. B.; GASPERIN, C. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 9-17, 2004.

OSTERMANN, A. C.; FREZZA, M.; ROSA, R. M.; ZEN, P. R. G. Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, e00037716, 2017.

OSTERMANN, A. C.; FREZZA, M. "Veio o resultado do exame": a comunicação de notícias diagnósticas (e como investigações linguístico-interacionais podem informar as práticas profissionais). **Linguagem em (Dis)curso**, v. 17, n. 1, p. 25-50, 2017.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005.

PEREIRA, C. R.; CALÔNIGO, M. A. M.; LEMONICA, L.; BARROS, G. A. M. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 1, p. 43-49, 2017.

ROLLAND, J. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 373-391.
SETUBAL, M. S. V.; ANTONIO, M. A. R. G. M.; AMARAL, E. M.; BOULET, J. Improving perinatology residents' skills in breaking bad news: a randomized intervention study. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 3, p. 137-146, 2018.

SETUBAL, M. S. V.; GONÇALVES, A. V.; ROCHA, S. R.; AMARAL, E. M. Breaking bad news training program based on video reviews and SPIKES strategy: what do perinatology

residents think about it?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 10, p. 552-559, 2017.

SILVA, A.; CASTRO-SILVA, C. R.; MOURA, L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 632-645, 2018.

SILVA, M. J. P. Comunicação de más notícias. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014.

TAPAJÓS, R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 165-172, 2007.

VICTORINO, A. B.; NISENBAUM, E. B.; GIBELLO, J.; BASTOS, M. Z. N.; ANDREOLI, P. B. A. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 1, pp. 53-63, 2007.

WEITEN, W. **Introdução à Psicologia: temas e variações**. São Paulo: Pioneira, 2006.

O cuidado da pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde

Isadora Gomes de Souza

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
isadora.gds@ufu.br

Boscolli Barbosa Pereira

Doutor em Genética
Universidade Federal de Uberlândia
Boscolli86@hotmail.com

RESUMO: A deficiência é uma condição inerente à pessoa humana, uma vez que uma parcela significativa da população pode apresentar deficiência congênita ou adquirida ao longo da vida, inclusive, no processo de envelhecimento, quando podem ser desenvolvidas deficiências de funcionalidade do corpo. Pessoas com deficiência apresentam maior vulnerabilidade às doenças crônicas e comorbidades, apresentando maior frequência de atendimentos ambulatoriais e internações em comparação com pessoas sem deficiência. Nesse sentido, é importante analisar a realidade do acesso à saúde da pessoa com deficiência, no primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, que ocorre na Atenção Primária à Saúde (APS), buscando compreender as tendências ou lacunas existentes na literatura científica acerca do assunto. Por meio de uma revisão sistemática, foi possível evidenciar a necessidade de mais estudos e pesquisas sobre o acesso à APS, principalmente na região Norte. Paralelo a isso, também ressalta-se a importância de abordar a perspectiva dos usuários e dos seus familiares, que podem ter percepções divergentes em relação às dos profissionais envolvidos no atendimento. Outrossim, a APS deve ser incentivada e instrumentalizada para a abordagem multiprofissional, contribuindo para o melhor desempenho das equipes e maior qualidade do atendimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Pessoa Com Deficiência; Integralidade.

Como citar este trabalho:

SOUZA, I.G.; PEREIRA, B.B. O cuidado da pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 137-147. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178137147>

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo conjunto de ações e serviços de saúde, funcionando com base em três princípios, sendo eles: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2000). Conforme o princípio da universalidade, todo cidadão deve ter acesso aos serviços de saúde, sem distinção. Dados da Organização Mundial da Saúde afirmaram que 10% da população mundial apresenta algum tipo de deficiência (OMS) e dados do Censo demográfico do Brasil de 2010 apontaram que mais de 45 milhões de brasileiros vivem na condição de pessoa com deficiência (IBGE, 2010).

Entretanto apenas no final de 2015 entrou em vigor no país uma lei que visa garantir os direitos das pessoas com deficiência, sendo ela a Lei Brasileira de Inclusão – LBI, de 06 de julho de 2015, que assegura a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por meio do SUS, assegurando acesso universal e igualitário, incluindo o atendimento nas instituições privadas que participem de forma complementar do SUS (Lei nº 13.146). O artigo 25, de título Saúde, prevê que os Estados tomem as medidas necessárias para certificar o acesso à saúde das pessoas com deficiência, envolvendo os serviços de reabilitação. Ainda no artigo 25, assevera-se a prevenção à discriminação, a qual possa negar os serviços de saúde ou de atenção à saúde por motivo de deficiência.

Mesmo após a criação da lei, verifica-se que a assistência à saúde das pessoas com deficiência tem se restringido à centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, o que compromete o acesso e deixa de garantir a integralidade da atenção (HOLANDA, 2015). Em contrapartida, a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a principal porta de entrada do SUS, se configura com ações de saúde, que englobam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Pessoas com deficiência podem apresentar maior vulnerabilidade às doenças crônicas e comorbidades, o que as leva a serem mais internadas e procurarem mais por atendimento ambulatorial quando comparadas com pessoas sem deficiência (WHO, 2011). Nesse sentido, é importante analisar a realidade do acesso à saúde da pessoa com deficiência, desde o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, que ocorre na APS, buscando compreender as

tendências ou lacunas existentes no acesso da pessoa com deficiência e o conhecimento presente na literatura.

A deficiência é uma condição inerente a pessoa humana. Muitas pessoas apresentam deficiência congênita, outras as adquirem ao longo da vida, inclusive no processo de envelhecimento, quando poderão encontrar dificuldades com as principais funcionalidades do seu corpo (WHO, 2011). De acordo com uma nota técnica referente ao Censo Demográfico de 2010, no Brasil, 23,9% do total da população apresentava algum tipo de deficiência (IBGE, 2018).

Por conseguinte, a pessoa com deficiência necessitará de acesso e atendimento à saúde em algum momento da sua vida e, uma vez que o SUS prevê atendimento universal, é importante investigar o acesso aos serviços de saúde por essa parcela da população. Por meio de uma revisão sistemática, buscou-se avaliar como a temática do acesso à saúde da pessoa com deficiência tem sido abordada na literatura científica, com ênfase na APS, avaliando-se as compreensões existentes sobre os impactos (positivos e negativos) da promulgação da LBI.

METODOLOGIA

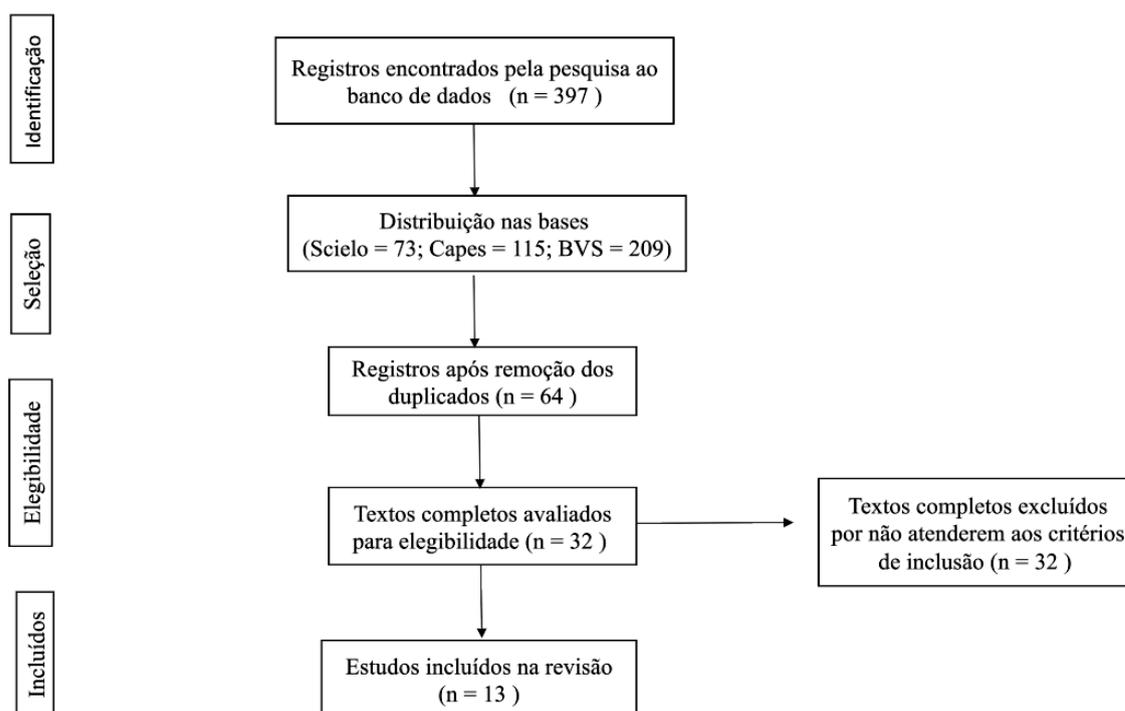
A estratégia de busca foi traçada nas bases de dados de Periódicos CAPES, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A periodicidade da busca foi de dezembro de 2015 a dezembro de 2020, tendo em vista a LBI, que entrou em vigor a partir do final do ano de 2015. No processo de busca, utilizou-se o operador booleano AND, na associação dos seguintes descritores: (acesso a saude) AND deficie* e (atencao primaria) AND deficie*.

Aplicados os descritores supracitados, apareceram 397 artigos que faziam referência aos termos procurados, sendo 115 deles encontrados no Periódicos CAPES, 73 na SciELO e 209 na BVS. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos dos trabalhos, avaliando-os para inclusão ou exclusão. Os critérios de inclusão foram: 1) estudos disponíveis em português; 2) estudos envolvendo níveis de atenção primária à saúde; 3) estudos com abrangência de atendimento de pessoas com deficiência; 4) estudos desenvolvidos e publicados após a LBI entrar em vigor; 5) trabalhos relacionados diretamente com o SUS. Foram excluídos os artigos que apresentaram pelo menos uma das seguintes características: 1) artigos não disponíveis em português; 2) revisões e revisões sistemáticas; 3) estudos com dados anteriores ao ano de 2015;

4) publicações com dados não brasileiros; 5) artigos que não envolvam níveis de atenção primária à saúde; 6) artigos que não envolvam atendimento de usuários com deficiência.

Após leitura dos resumos, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e descarte dos trabalhos duplicados, restaram 64 publicações. Todos os textos foram lidos de forma integral, descartando mais 32 artigos que não se mostraram de acordo com os critérios supracitados. As referências bibliográficas dos artigos restantes foram lidas e incluídas, compondo a amostra final de 13 artigos. Os artigos foram tabulados e, em seguida, foram feitas análises descritivas dos artigos e de seus resultados e discussões encontradas, como também a discussão crítica da análise. O processo de busca está ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Diagrama da seleção de artigos para revisão sistemática.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da pesquisa inicial foram encontrados 397 artigos, os quais foram analisados segundo os critérios de elegibilidade. Finalizado o processo de exclusão e inclusão, como também o de leitura, foram selecionados 13 artigos como amostra final, descritos e

especificados na Tabela 1. Os indicadores determinados foram: período, participantes, local, tipo de estudo, análise e conclusão. Com a análise dos artigos selecionados, observou-se proeminência de publicações no período entre 2016 e 2017, com a maioria publicada no ano de 2017. Os estudos foram feitos nas regiões Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste, com aproximadamente 30% (4 artigos) no Estado do Rio Grande do Sul e 23% (3 artigos) no Estado de Minas Gerais, de modo que apenas a região Norte não foi abrangida.

Em relação aos participantes, a maior parte dos estudos apresentou como foco os profissionais de saúde envolvidos no atendimento das pessoas com deficiência, com ênfase nos que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Apenas 15% (2 artigos) foram abordados pela perspectiva do usuário, sendo que um deles abordou também a perspectiva dos acompanhantes dos usuários.

O principal tipo de estudo foi de caráter descritivo, exploratório e qualitativo (MOCELIN, 2018; FLÔRES, 2018; FAVARO, 2020; LINO, 2020; GARCIA, 2020; SCHUERTZ, 2020; ZENI, 2020; ALMEIDA, 2020). Entre os outros estudos foram encontrados estudo de caso (PFLUCK, 2018; SILVA, 2017), encontros de ensinamentos (OLIVEIRA, 2018), estudos observacionais descritivos transversais (DIAS, 2019) e transversal quantitativo (MACÊDO, 2018). Os artigos não apresentaram foco principal de análise em comum, sendo que cada um apresentou um foco de estudo e análise específico. As conclusões e discussões das pesquisas demonstraram aspectos positivos e negativos no âmbito do atendimento, evidenciando principalmente a importância da APS para o cuidado integral dos usuários com deficiência, como centro da comunicação da rede de cuidado e coordenadora das ações, e do matriciamento, para diminuir a fragmentação do cuidado (PFLUCK, 2018; AMORIM, 2018).

Um dos tópicos mais positivos encontrados foi o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), que busca ampliar o acesso aos serviços de saúde, incentivando gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços prestados, por meio de qualificação, avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes de saúde (MOCELIN, 2018). Porém, apesar da contribuição do PMAQ-AB para o atendimento, a desinformação dos próprios profissionais acerca do programa e a falta de infraestrutura e adequações físicas das unidades básicas de saúde ainda refletem carências que devem ser superadas. A falta de infraestrutura é percebida pelos usuários com deficiência, como também pelos idosos, que mesmo sem possuir alguma deficiência específica, muitas vezes apresentam dificuldades de locomoção

decorrentes do envelhecimento, o que os fazem sofrer devido à falta de estrutura acessível nas unidades de saúde. Outro aspecto positivo encontrado foi a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais (RCPD-MG), que oferta serviços de atenção primária, especializada, atenção hospitalar e de urgência e emergência, fazendo jus aos princípios do SUS, de universalidade, equidade e integralidade às pessoas com deficiência (DIAS, 2019). Essa rede de atendimento serve como exemplo para os demais Estados, visto que a RCPD-MG tem apresentado resultados positivos na qualidade dos serviços ofertados, além de auxiliar no letramento em saúde dos usuários.

Uma tendência presente na maioria dos trabalhos é a necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS) para todos os profissionais, um déficit que advém desde os currículos acadêmicos, ao apresentarem pouca ou nenhuma capacitação específica para os profissionais da saúde no atendimento das pessoas com deficiência (MACÊDO, 2018). A baixa qualificação profissional dificulta a qualidade do cuidado e sua integralidade (AMORIM, 2018), dessa forma, estratégias de educação permanente devem ser criadas, utilizando experiências cotidianas, visando ampliar a capacidade de resolubilidade, no cuidado e gestão dos atendimentos, dado que o conhecimento dos profissionais influencia explicitamente na resolutividade das necessidades de saúde dos usuários com deficiência.

A EPS é compreendida pelos próprios profissionais como uma forma de reduzir as barreiras existentes no atendimento (CONDESSA, 2020). Contudo, até o presente momento, ela tem sido pouco estudada e debatida, mas, ainda assim, a responsabilidade da capacitação e atualização dos profissionais não pode recair apenas na gestão institucional, uma vez que os profissionais são agentes ativos do próprio trabalho desenvolvido (OLIVEIRA, 2018). Não obstante, é perceptível a dificuldade de acesso e falta de possibilidades de capacitação dos profissionais, evidenciados pelo despreparo das equipes e relatos de dificuldades de implementação da EPS nos processos de trabalho, mesmo reconhecendo a sua necessidade. No cotidiano de trabalho, os profissionais enfrentam dificuldades para produzir o cuidado de forma integral e humanizada, baseada principalmente numa gestão compartilhada. Faz-se necessário ampliar e incentivar ações colaborativas entre as equipes e os profissionais, que constantemente atuam de maneira individual, sem desenvolver a contrarreferência, o que dificulta a comunicação não só entre os profissionais, como também com o próprio usuário e seus familiares (SILVA, 2017).

Tabela 1. Caracterização dos estudos quanto ao período de realização, participantes, local, tipo de estudo, análise e conclusão.

Título	Período	Participantes	Local	Tipo de Estudo	Análise	Conclusão
Núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado da saúde da pessoa com deficiência	2017	17 profissionais	NASF do RS	Estudo de caso	Processo de cuidado da saúde da pessoa com deficiência pelas equipes de NASF.	Necessidade de ampliação de ações colaborativas e de cuidado compartilhado entre as equipes dos NASF e as ESF. Estratégias de gestão e de educação permanente em saúde devem ser criadas para consolidar a gestão do apoio matricial ao cuidado da pessoa com deficiência.
Melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica em saúde: inserção da pessoa com deficiência	2016 - 2017	66 profissionais	ESF do RS	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	As condições de acessibilidade das unidades de ESF para as pessoas com deficiência, após implantação do PMAQ-AB.	Abordagens positivas mediante as ações proporcionadas pelo PMAQ-AB e necessidade de adequações físicas das estruturas das unidades de saúde para o atendimento de usuários com deficiência.
Redes de atenção à saúde: o papel da equipe de saúde da família na perda auditiva infantil	2016 - 2017	3 equipes de ESF	ESF do Recife	Estudo de caso	A atuação em rede da equipe de saúde da família diante da perda auditiva infantil.	A maioria dos profissionais desempenham suas funções de modo individualizado, o que pode fragilizar a assistência integral à saúde.
Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	2016	871 usuários e acompanhantes	MG	Estudo observacional, descritivo e transversal	A percepção de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais quanto à qualidade do cuidado.	É necessário melhorar o tempo de espera para receber atendimento e a oferta de serviços no local onde o usuário reside; facilitar o acesso às consultas, contribuir de forma intersetorial em atividades de lazer e sociais e melhorar a comunicação com os usuários para aumentar a qualidade do cuidado.
Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB	2017	11 gestores de saúde	RS	Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo	As percepções dos gestores municipais quanto aos impactos do PMAQ-AB na organização do trabalho e assistência à saúde, bem como os aspectos que traduzem as percepções e o envolvimento deles com o Programa.	Aspectos positivos e negativos acerca do PMAQ-AB evidenciam deficiências no envolvimento dos gestores com o programa, todavia, demonstram impactos positivos para a gestão e assistência em saúde da região em estudo.
Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária	2016 - 2017	14 enfermeiros da ESF	Maringá - PR	Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa	Como enfermeiros da ESF se percebem em relação ao conhecimento e preparo para assistir crianças com necessidades especiais e suas famílias e como avaliam o acesso delas aos serviços de saúde.	Os enfermeiros, em sua maioria, não se sentem capacitados para oferecer assistência de qualidade; avaliam o acesso dessas crianças e suas famílias aos serviços de saúde como dificultado.

Educação permanente em saúde e os cuidados à pessoa com deficiência: Olhares teóricos, políticos e práticos	2017	11 funcionários de uma UBS	Aracaju, SE	Encontros de ensino-aprendizagem	Experiência de uma ação de educação permanente em saúde (EPS) sobre o cuidado à PCD no contexto da atenção básica.	A EPS direcionada para a consolidação da RCPD ainda é temática pouco estudada e debatida, embora de grande relevância para a qualificação das ações em saúde para essa população.
Desafios para o cuidado às famílias de crianças com deficiência na atenção primária à saúde	2018	41 profissionais da ESF	Uma capital do centro-oeste	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa	As ações de cuidado realizadas pelos profissionais da atenção primária às famílias de crianças com deficiência.	Os profissionais de saúde atuantes neste cenário necessitam de capacitação específica para que a assistência prestada às famílias de crianças com deficiência seja focada na integralidade do cuidado.
Satisfação de idosos octogenários com os serviços de atenção primária à saúde	2017	30 idosos usuários da ESF	MG	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa	A satisfação de idosos octogenários com os serviços de Atenção Primária à Saúde.	Boa avaliação dos serviços refletem a importância de se considerar a perspectiva dos usuários octogenários no planejamento das ações em saúde.
Atenção primária à saúde para atendimento às famílias de crianças com necessidades especiais	2019	33 profissionais da ESF	Curitiba, PR	Pesquisa qualitativa	A organização do serviço de atenção primária à saúde para atendimento às famílias de crianças com necessidades especiais.	Ambiguidade e despreparo dos serviços em relação ao atendimento dessas crianças, na qualificação da equipe, bem como na exiguidade de protocolos específicos para normatizar tal atendimento.
Pessoas com deficiência no cenário rural: concepção dos agentes comunitários de saúde	2018	13 ACS	RS	Pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa	Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre as pessoas com deficiência que vivem em contexto rural.	Evidenciou-se a necessidade premente de instrumentalização destes profissionais de saúde sobre o tema, a fim de proporcionar uma atenção à saúde com base na integralidade e equidade.
O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional	2020	6 enfermeiros	MG	Estudo descritivo, prospectivo com abordagem qualitativa	O cuidado ao portador de transtorno mental (PTM) nas estratégias de saúde da família.	Necessidade de reverter os défices na construção teórica científica dos profissionais da enfermagem, assim como promover sua educação permanente.
Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica	2017	15 cirurgiões - dentistas	Currais Novos - RN	Estudo Transversal de natureza quantitativa	Percepção dos cirurgiões-dentistas da atenção básica, quanto ao acesso e resolubilidade dos serviços de saúde bucal.	Os pacientes têm acesso aos Serviços odontológicos em Currais Novos - RN, seja apenas para um exame clínico ou orientação, bem como para outros procedimentos.

A ação individualizada dos profissionais fragmenta a assistência ao indivíduo. Nesse sentido, como evidenciado pelos estudos, é imprescindível a aproximação dos integrantes da equipe, além da parceria com outras equipes como a ESF, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Grupos Focais, que trabalhando em conjunto na APS possibilitam a construção de ações coletivamente, com horizontalidade das profissões e compartilhamento de conhecimento. O trabalho colaborativo é responsável pela atenção integral, além de favorecer a continuidade do cuidado à saúde, que ocorre principalmente por meio do diálogo, desenvolvido em sistemas de referência e contrarreferência (FAVARO, 2020).

Ademais, a comunicação entre os profissionais e usuários similarmente é fundamental para o atendimento integral e efetivo, tendo em vista a humanização do acesso e satisfação do indivíduo quanto aos serviços prestados. Dentre os estudos foram evidenciadas realidades em que existe boa comunicação entre os profissionais e a família (GARCIA, 2020), comunicação fragmentada (SILVA, 2017) e até comunicação insuficiente (LINO, 2020), o que influencia diretamente na satisfação dos usuários.

Em suma, ainda é possível notar a necessidade de mais estudos e pesquisas na área do atendimento na APS das pessoas com deficiências, principalmente na região Norte. Paralelo a isso, seria importante abordar e averiguar mais a fundo a perspectiva dos usuários e dos seus familiares, visto que as percepções podem apresentar divergências. Outrossim, a EPS deve ser incentivada e instrumentalizada para os profissionais, contribuindo para o melhor desempenho nas suas funções e na qualidade do atendimento.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Boscolli Barbosa Pereira, por todo incentivo, apoio, paciência e dedicação, essenciais para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Érico Gurgel; LIBERALI, Rafaela; MEDEIROS NETA, Olivia Moraes. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, v. 1, p. 224-236, fev. 2018. ISSN 1807-1600. doi:<https://doi.org/10.15628/holos.2018.5775>.

ALMEIDA, Danielle Rodrigues, et al. O Cuidado Aos Portadores de Sofrimento Mental Na Atenção Primária: Uma Prática Interdisciplinar e Multiprofissional. **Revista online de**

Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2020, p. 454–59.

AUGUSTI, Ana Carolina Veloso, et al. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2017, p. 1–9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva: Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

CONDESSA, Aline Macarevich, et al. “Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 23, julho de 2020, p. e200074. doi: 10.1590 / 1980-549720200074.

DIAS, Thalita Evaristo Couto, et al. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **CoDAS**, vol. 31, nº 5, 2019, p. e20180102. doi:10.1590/2317-1782/20192018102.

FAVARO, Leda Cristina, et al. Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2020, p. e-1277.

FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva, et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, vol. 42, nº 116, janeiro de 2018, p. 237–47. doi:10.1590/0103-1104201811619.

GARCIA, Luan Augusto Alves, et al. Satisfação de Idosos Octogenários Com Os Serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2020, p. e190235–e190235.

SCHUERTZ, Amanda Louyse, et al. Atenção Primária à Saúde para atendimento às famílias de crianças com necessidades especiais. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2020, p. e43369–e43369.

HOLANDA, Cristina Marques de Almeida et al. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inclusão social e acesso aos serviços de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, pág. 175-184, janeiro de 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000100175&lng=en&nrm=iso

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE**. Censo Demográfico. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaque>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE**. Censo Demográfico. Nota Técnica 01/2018. Disponível em:

https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf

LINO, Iven Giovanna Trindade, et al. Desafios para o cuidado às famílias de crianças com deficiência na atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2020, p. e1340–e1340.

MACÊDO, Giulian Lennon de, et al. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. **Revista Ciência Plural** 2018, p. 67–80.

MOCELIN, Guilherme, et al. Melhoria Do Acesso e Da Qualidade Na Atenção Básica Em Saúde: Inserção Da Pessoa Com Deficiência. **Cinergis**, 1º de fevereiro de 2018, doi:10.17058/cinergis.v18i0.11165.

Ministério da Saúde. **MS**. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de Atenção Básica - DAB. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>

OLIVEIRA, Marcela Maria da Conceição, et al. Educação permanente em saúde e os cuidados à pessoa com deficiência: olhares teóricos, políticos e práticos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2018.

Organização Mundial da Saúde. **OMS**. Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011. Geneva: OMS. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to2011.pdf

PFLUCK, Nátili Carina Dolvitsch, e WARMLING, Cristine Maria. Núcleos de Apoio à Saúde Da Família e o Cuidado Da Saúde Da Pessoa Com Deficiência. **Cinergis**, 1º de fevereiro de 2018, doi:10.17058/cinergis.v18i0.11149.

SILVA, Jullyane Florencio Pachêco da, et al. Health care networks: the role of the family health team in child hearing loss. **Revista CEFAC**, vol. 19, nº 4, agosto de 2017, p. 484–92. DOI.org (Crossref), doi:10.1590/1982-021620171944517.

World Health Organization.**WHO**. The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. – São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p.

ZENI, Daiane, et al. Pessoas Com Deficiência No Cenário Rural: Concepção Dos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 2020, p. 62–62.

Reorganização da qualificação profissional em saúde com a pandemia da COVID-19

Kellen Cristina da Silva Gasque

Doutora em Odontologia
Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS
UNASUS/ Brasília
kellen.gasque@fiocruz.br

Jonatas Reis Bessa

Mestre em Psicologia do Desenvolvimento
Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS
UNASUS/ Brasília
jonatas.reisbessa@gmail.com

François Isnaldo Dias Caldeira

Mestrando em Periodontia
Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS
UNASUS/ Brasília
francoisdias@hotmail.com

Josué Miguel Oliveira

Mestrando em Odontologia
Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS
UNASUS/ Brasília
josuemoliv@gmail.com

Wenderson Diniz de Farias

Graduando em Odontologia
Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS
UNASUS/ Brasília
diniz.wenderson7@gmail.com

RESUMO: Em 2020, o mundo começou a enfrentar a pandemia da COVID-19, sendo instituídos diversos protocolos de isolamento social e *lockdown*, impactando diferentes áreas, sendo a educação uma delas. Considerando também a necessidade de rápida qualificação dos profissionais de saúde para lidarem com essa emergência sanitária, as Instituições de Ensino e os serviços públicos precisaram migrar ou fortalecer as ofertas educacionais e eventos na modalidade à distância. Nesse sentido, essa revisão narrativa buscou verificar as ofertas educacionais produzidas para a qualificação dos profissionais de saúde em Covid-19 com os seguintes descritores: Health professional, health personnel, Continuing education, continuing professional development, Covid-19, separados por AND e OR. As buscas foram feitas em abril de 2021 no PubMed; BVS; Scopus e EMBASE. Utilizando a plataforma Rayyan, 9 artigos foram selecionados. Os resultados mostram que houve a necessidade de rápida adaptação para o modelo virtual, com ou sem utilização de ambientes virtuais de aprendizagem, sendo que cursos de graduação, de especialização e qualificação da saúde, congressos e conferências foram impactados com a pandemia, não somente pela pouca familiaridade com o uso de tecnologia e ferramentas web para educação, como também pela situação pandêmica em si, que levou ao adoecimento físico e mental, exaustão e cansaço de estudantes e profissionais da saúde. Além disso, o trabalho mostrou que a utilização da educação à distância tornou as ofertas mais acessíveis e equânimes e que esse é um caminho que deverá ser mantido mesmo após o término dessa situação epidemiológica mundial.

Palavras-chave: Qualificação Profissional em Saúde; Covid-19; Educação à Distância

Como citar este trabalho:

GASQUE, K.C.S.; BESSA, J.R.; CALDEIRA, F.I.D.; OLIVEIRA, J.M.; FARIAS, W.D. Reorganização da qualificação profissional em saúde com a pandemia da COVID-19. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 148-161. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178148161>

INTRODUÇÃO

Em 2020, foi declarada a infecção pelo novo coronavírus como emergência global, sendo a doença nomeada de COVID-19 (ALBUQUERQUE et al., 2020). Até o dia 19 de maio de 2021, 164 milhões de infectados e 3,4 milhões de mortos já foram registrados mundialmente (OMS, 2021). Os profissionais da saúde necessitam atualizar seus conhecimentos e habilidades constantemente, acompanhando o desenvolvimento científico nas mais diferentes áreas, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) imprescindível pois resolve problemas enfrentados na prática diária. Por conta da pandemia, a EPS torna-se uma urgência (HODGETTS; CLAIREAUX; NAUMANN, 2020).

Dada à natureza da COVID-19, protocolos de isolamento social e lockdown foram impostos como medida de controle da expansão da doença (KHACHFE et al., 2020; NOLTE et al., 2020), reorganizando a educação em nível global (MARTINEZ, 2020). O sistema educacional mundial colapsou, exigindo adaptações emergenciais para migrar ao formato online (MISHRA; GUPTA; SHREE, 2020; MARTINEZ, 2020). Anteriormente, a educação online formal era mais limitada às pessoas que possuíam autogestão, proatividade, limitação de tempo para formação presencial ou limitação geográfica de acesso a determinados cursos e qualificações. Com a persistência da pandemia, professores e estudantes foram obrigados a aderirem à educação online. Frente a essas mudanças e à pandemia instaurada e persistente, houve um reordenamento do trabalho dos profissionais de saúde em nível global, exigindo qualificações e aperfeiçoamentos para atender a essa demanda gerada pela COVID-19. Isso posto, esse trabalho buscou realizar uma revisão narrativa de literatura sobre as oportunidades de educação permanente produzidas para profissionais de saúde relacionadas à COVID-19.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão narrativa que seguiu o instrumento SANRA- *Scale for the quality assessment of narrative review articles* (BAETHGE, GOLDBECK-WOOD, MERTENS, 2019), com a pergunta norteadora: "Quais são as oportunidades de EPS online no período da pandemia da COVID-19?". Foram utilizados os descritores: Health professional, health personnel, Continuing education, continuing professional development, COVID-19 separados por AND e OR, a saber: Health professional OR health personnel AND Continuing education OR continuing professional development AND COVID-19.

As buscas bibliográficas ocorreram em Abril de 2021 nas bases: PubMed, BVS e EMBASE. As referências foram exportadas para o EndNote Program™ version X7 (Thomson Reuters, New York, NY, USA) e as duplicatas foram removidas. Foram excluídos artigos que não eram da língua inglesa, cartas para o editor, comunicações, publicações em anais, revisões da literatura e os que não abordavam a temática de educação permanente para profissionais de saúde sobre a COVID-19.

A seleção dos artigos foi realizada pela plataforma Rayyan (MOURAD et al., 2016). Inicialmente, os estudos foram analisados pelo título e resumo. Posteriormente, foi feita uma análise crítica. Uma tabela contendo as informações do nome do autor/ano; país; título original do trabalho; periódico; área de capacitação; base de dados e o nível de evidência científica foi feita, de acordo com Menlack (2011).

Análises de dados dos artigos selecionados

Para a realização das análises descritivas, utilizou-se o software R versão 4.0.3 (R Team Core, 2020). O pacote "summaryTools" foi utilizado para gerar as frequências dos estudos em relação aos anos de publicação, tópicos e países (COMTOIS; COMTOIS, 2016). O pacote "ggplot2" gerou os gráficos para representar as frequências e as análises descritivas executadas pelo software (WICKHAM; CHANG, 2012). Os pacotes "wordcloud", "RcolorBrewer", "worldcloud2" e "tm" foram utilizados para gerar a nuvem de palavras com os resumos (FELLOWS et al., 2018; NEUWIRTH; NEUWIRTH, 2014; LANG et al., 2016, FEINERER, HORNIK; FEINERER, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

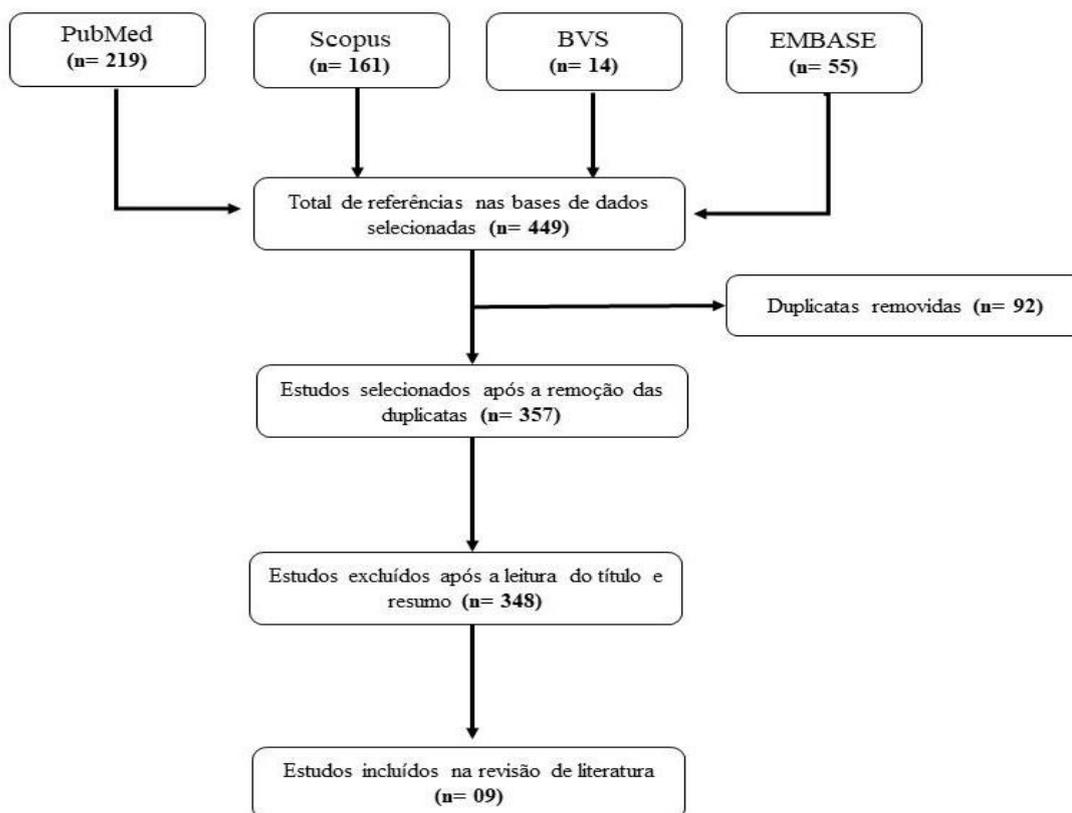
A pandemia tem produzido consequências importantes na qualificação dos profissionais de saúde. Muitos congressos, simpósios e encontros foram cancelados, adiados ou reorganizados para ocorrerem de maneira remota. Os cursos agora envolvem componentes online. O isolamento social e as diferentes formas de lockdown impuseram também o reordenamento da EPS. Mesmo antes da pandemia, a EPS online oferecia formatos interativos, permitindo que o aprendiz escolhesse sua trilha de aprendizado e as ferramentas digitais mais adequadas. Com a emergência sanitária, houve um impulsionamento na produção de treinamentos e qualificações para os profissionais de saúde, oferecidos por meio das estratégias e tecnologias da educação online. No Brasil, podemos citar, como exemplo, os

curso produzidos e ofertados pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) como ferramenta de consolidação da EPS dos trabalhadores do SUS. Mesmo antes da COVID-19, a UNA-SUS já apresentava uma expressiva quantidade de matrículas em seus cursos, totalizando mais 2,7 milhões somente em cursos autoinstrucionais (GASQUE et al., 2020), sendo que em 2021 teve um crescimento exponencial, atingindo 5 milhões de matrículas até junho de 2021 (PLATAFORMA AROUCA, 2021). Nessa revisão, buscou-se artigos referentes à EPS produzidos para a qualificação no contexto da pandemia da COVID-19, bem como suas principais considerações e impactos.

Artigos Selecionados

Das 449 citações, 337 restaram após a remoção de duplicatas. Com a determinação dos critérios de elegibilidade do estudo, 09 estudos foram selecionados (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos.



Em relação ao nível de evidência científica, os artigos incluídos são estudos experimentais, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso- Nível 2 (Quadro1).

Quadro 1: Estudos incluídos na revisão de literatura acerca da educação continuada de profissionais de saúde sobre a COVID-19.

Autor	País	Título original do trabalho	Periódico	Área de capacitação	Base	Tipo de estudo
Chiu et al., 2021	Taiwan	Facing the Coronavirus Pandemic: An Integrated Continuing Education Program in Taiwan.	Int. J. Environ. Res. Public Health	Diversas áreas da saúde	PubMed EMBASE Scopus	Transversal
Gravas et al., 2020	Vários países	Impact of COVID-19 on medical education: introducing homo digitalis	World J. Urol.	Medicina	PubMed EMBASE Scopus	Transversal
Hodgetts, Claireaux, Naumann, 2020	Reino Unido	Remote training for combat medics during the COVID-19 era: lessons learnt for future crises?	BMJ Military Health	Medicina e Enfermagem	PubMed EMBASE	Qualitativo e Quantitativo
Latif et al., 2021	Reino Unido	Engaging community pharmacists in quality improvement (QI): a qualitative case study of a partnership between a HEI and Local Pharmaceutical Committees.	BMJ Open Quality	Farmácia	PubMed EMBASE BVS	Transversal
Nolte et al., 2020	Estados Unidos	Current and future challenges in spine care and education - a worldwide study	JOR Spine	Medicina	PubMed EMBASE	Transversal
Ottesen et al., 2020	Haiti	Implementation and Impact Evaluation of a Virtual Orthopaedic Continuing Medical Education Conference in a Low-Resource Country	J. Surg. Educ.	Medicina	PubMed EMBASE Scopus	Longitudinal
Pollom et al., 2020	Estados Unidos	Continuing Medical Student Education During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Development of a Virtual Radiation Oncology Clerkship	Adv. Radiat. Oncol.	Medicina	PubMed EMBASE Scopus	Transversal
Rana et al., 2021	Índia	Perception among ophthalmologists about webinars as a method of continued medical education during COVID-19 pandemic.	Indian J. Ophthalmol.	Medicina	PubMed EMBASE Scopus	Transversal
Ruiz-Barrera et al., 2021	Colômbia	Developing a Web-Based Congress: The 2020 International Web-Based Neurosurgery Congress Method.	World Neurosurg.	Diversas áreas da saúde	PubMed EMBASE Scopus	Transversal

Principais achados dos artigos selecionados

Pensando na segurança de seus estudantes médicos, todos os estágios clínicos rotativos presenciais em radição oncológica migraram para o remoto (POLLON et al., 2020). Os estudantes participavam de aulas e clínicas online, com casos reais de pacientes e apresentavam webinários. Embora fossem apenas 12 estudantes (58% mulheres), essa quantidade é três vezes maior que a quantidade interessada nesse estágio anualmente, de um total de 90 médicos. Dada a alta satisfação dos estudantes, os professores consideram realizar a abertura desse estágio para estudantes de outras instituições de ensino.

Em estudo conduzido pela Sociedade Internacional de Urologia, médicos foram questionados sobre a EPS, durante a pandemia (GRAVAS et al., 2020). A maioria dos urologistas buscam conhecimentos na Internet (76%), seguido por buscas em revistas científicas e livros-texto. Também relataram o uso de podcasts (e outras mídias audiovisuais), cursos online, webinários e mídias sociais. Pelo menos 10% deles utilizaram os 5 métodos, apresentando uma associação com a idade, sendo que os médicos com 40 anos ou menos utilizavam mais de uma forma de aquisição de conhecimento. Os nativos digitais e os adultos jovens possuem maiores facilidades na utilização de diferentes ferramentas web de aprendizagem (GIL, 2019). O medo e o estresse relacionado ao desconhecimento de determinada tecnologia, a aversão ao uso de computadores e demais recursos tecnológicos, a incapacidade de aprender sozinho e o letramento digital são correlacionados com os não nativos digitais (SANTOS et al., 2021).

É importante questionar sobre a efetividade de cursos online, podcasts e mídias sociais na EPS. Em estudo com professores e estudantes de uma faculdade de Medicina, a inabilidade de ensinar e aprender conteúdos práticos e clínicos somente por meio de estratégias online de aprendizagem foi relatada (MUKHTAR et al., 2020). Para os conteúdos médicos que podem ser ensinados online, estratégias podem ser utilizadas, como: utilizar a aprendizagem baseada em problemas; interação por meio de pequenos grupos de estudantes; sala de aula invertida; atuação docente como mediador; uso de chats e fóruns para estimular a interação e colaboração; disponibilidade de horários síncronos para supervisão do aprendizado; dentre outros (MORETTI-PIRES et al., 2021).

Em outro estudo, também conduzido com médicos, especialistas em cirurgias da coluna foram questionados sobre os efeitos na educação, adoção de telemedicina e alguns desafios

vindouros com a COVID-19 (NOLTE et al., 2020). Um total de 902 cirurgiões de 91 países participou da investigação. A grande maioria deles foi composta por homens (94%), com idade entre 35 e 44 anos (39%), casados (87%) e com crianças em casa (72%). Atividades de ensino e pesquisa tiveram redução significativa ou completa interrupção, em função da pandemia para 66% deles. Por outro lado, houve um incentivo para a telemedicina, o aprendizado por meio de tecnologias web e um estímulo para a colaboração global entre os especialistas. Com relação à oferta de oportunidades de EPS online sobre assuntos relacionados a sua área de especialidade, 82% deles demonstraram interesse em aderir. Também levantou-se a importância da continuidade do uso de ferramentas web para aprendizagem, mesmo após a pandemia e de se manter os eventos online. Essas perspectivas de mudança no ensino e práticas médicas também foram relatadas por autores de outras especialidades (CHATZIRALLI et al., 2020; KOGAN et al., 2020; PORPIGLIA et al., 2020).

O Congresso Internacional de Neurocirurgia migrou para uma versão online em 2020 (RUIZ-BARRERA et al., 2021) em que discutiram sobre os principais problemas de eventos baseados em tecnologias web, tais como: gravações de baixa qualidade; atrasos e cancelamentos de transmissões; quedas de conectividade; estratégias de marketing ruins; ataques cibernéticos. Como medida preventiva, comitês foram criados com objetivos delimitados pela matriz SWOT (em Português: fortalezas, fraquezas, riscos e oportunidades) (SAMMUT; BONEA, 2015). Esse evento virtual alcançou um público mais diversificado, em termos de países, com predominância de participantes da América do Sul (33%). O evento presencial de 2019 foi em Belgrado e teve 773 participantes de 73 países, enquanto que essa versão online atingiu 3097 participantes de 125 países. Isso pode ser explicado pela redução de custos e tempo para a participação em um evento online (viagem, visto, inscrição, alimentação e hospedagem), quando comparado a sua versão presencial. Além disso, permitiu a participação em horários mais compatíveis com suas atividades pessoais e profissionais, considerando-se as diferenças de fuso horário.

A Conferência Anual de Trauma e Ortopedia Haitiana também migrou para o formato virtual em 2020, sendo avaliada a efetividade desse formato com relação ao ensino, à facilitação da discussão bilíngue e à troca de experiências entre membros de diferentes culturas (OTTENSEN et al., 2021). A conectividade poderia ser uma situação problema para os residentes e, para evitar que isso acontecesse, um auxílio financeiro foi fornecido para a

aquisição de pacote de dados para os programas de residência, que seriam mantidos por um ano após o evento, por ser um país com recursos limitados. O evento demonstrou que a educação online é capaz de destruir as barreiras geográficas e culturais, sendo uma modalidade eficaz de acessibilidade e equidade educacional, alcançando os objetivos de aprendizagem, com motivação e engajamento dos participantes.

O uso de webinários como parte de sua EPS durante a pandemia foi avaliado por questionário com médicos (RANA et al., 2021). Antes da pandemia, apenas 20% deles tinham participado em um webinário e 42% raramente participava de alguma oportunidade educacional desse tipo. Interessantemente, 41% deles afirmaram participar de webinários para suportar o tédio do isolamento social e 49% do total afirmaram também que o excesso de webinários, a repetição de temas e a dificuldade em se decidir sobre qual webinário participar piorou a situação de isolamento. Para 57% deles, a retenção de conteúdo foi acima da média e 53% declararam-se seguros em abordar e discutir os assuntos dos webinários. Quando se comparam os webinários com seminários voltados para EPS, os webinários apresentam a oportunidade dos estudantes e professores interagirem em um ambiente online, evitando o deslocamento para um evento presencial.

A avaliação da efetividade de aprendizagem também pode ser possível nesse tipo de estratégia (RANA et al., 2021). Em um estudo com mineração de dados feito com 3 milhões de *tweets* que documenta o uso de sistemas de webconferência, os resultados demonstram que esses sistemas funcionam como uma tecnologia social (HACKER et al., 2020). Os autores discutem algumas restrições: a falta de literacia digital; o medo de estar em frente às câmeras; a fadiga do ambiente virtual; o compartilhamento da vida privada e a falta de segurança dos dados. Considerando-se a quantidade de downloads de aplicativos de webconferência e de *tweets* questionando-se como usá-los, os autores concluem que muitas pessoas não estavam familiarizadas com essa tecnologia, mostrando um processo de aprendizado coletivo urgente (HACKER et al., 2020).

Oficiais do exército britânico (n=52), responsáveis pelo treinamento médico, responderam a um questionário sobre a migração para ofertas educacionais online, em virtude da pandemia instaurada (HODGETTS et al., 2020). Trinta e nove deram treinamento clínico, sendo que 68% o fez somente de forma remota, 27% híbrida e apenas 5% presencial. A maioria utilizou plataformas como Zoom e Skype (78%). Os oficiais declararam a importância de que

os objetivos de aprendizagem fossem mais claros e sobre a necessidade em se ter um tempo reservado para a EPS. Os estudantes médicos perceberam que a formação à distância permitiu um aprofundamento maior, que não era visto na formação presencial. Também perceberam como algo extremamente positivo o acompanhamento pelo mesmo tutor durante toda a oferta. De fato, o papel do tutor em EaD vai desde o acolhimento, a motivação, o acompanhamento, a avaliação, podendo inclusive influenciar na taxa de evasão dos cursos (OLIVEIRA, 2020; GOMES; POSSAMAL, 2019).

Transpondo essa discussão para as potencialidades e fraquezas na EPS, uma revisão foi realizada buscando verificar o que funciona e o que não funciona nos treinamentos desses profissionais por meio da EaD (KHURSHID et al., 2020). A maioria dos estudos alcançou seus objetivos, melhorando as habilidades e competências dos participantes e aumentando os resultados clínicos com os pacientes. As qualificações em ambiente virtual exigiram menos recursos, reduziram a necessidade de instrutores presenciais, aumentaram o alcance dos programas, permitindo maior flexibilidade e controle do aprendizado pelos participantes. Como limitações, o estudo apontou menores oportunidades de formação de redes de colaboração, problemas técnicos, além de tempo longo de adaptação e preparação do conteúdo.

Antes de se elaborar a EPS, é fundamental que sejam levantadas as necessidades de qualificação dos trabalhadores, público-alvo dessas formações. Pensando nisso, pesquisadores do Hospital-Escola Público de Taipei aplicaram um questionário validado para verificar as lacunas de formação de seus trabalhadores, de acordo com a categoria profissional (médicos, enfermeiros e outros) (CHIU et al., 2021). No grupo dos médicos (que inclui também os residentes), acima de 84% responderam corretamente. Para os enfermeiros, foram mais de 77% e para os outros acima de 79% de respostas corretas, sendo a pergunta relativa à Seleção de equipamento de proteção individual responsável pelo menor percentual de acertos. A pergunta referente à Epidemiologia da COVID-19 foi a pergunta com 100% de acertos para os médicos e a de Conhecimentos básicos da COVID-19 foi a de maior percentual de acertos para enfermeiros e outros. Esse tipo de levantamento é de fundamental importância sobretudo na situação da pandemia, na qual os trabalhadores de saúde estão em contato direto com pacientes contaminados por um vírus contagioso, exigindo que os mesmos tenham conhecimentos profundos sobre a doença e seu correto manejo. Também é ressaltado no

estudo a importância de que esse tipo de avaliação de necessidades educacionais seja uma constante, não somente em resposta a uma situação pandêmica como a vivenciada atualmente.

A emergência sanitária da Covid-19 fez com que demandas deixadas em segundo plano fossem efetivamente implementadas. Um exemplo prático é Melhoria da Qualidade (MQ) pelos farmacêuticos no cuidado ao paciente, estratégia do Sistema de Saúde Nacional Inglês para promover segurança e efetividade na experiência com o paciente. Houve a produção de um módulo de pós-graduação em MQ (LATTIFF et al., 2020). Foi feito um grupo focal para discutir o engajamento do farmacêutico (incluindo as barreiras ao seu aprendizado), o conhecimento do farmacêutico e sobre a possibilidade de implementar na prática os conhecimentos em MQ. Para os participantes, essa produção ajudou no engajamento, mas ressaltaram a importância de que os novos conhecimentos pudessem de fato serem implementados em sua rotina de trabalho. Os farmacêuticos sentem que se tornaram mais reflexivos com essa formação. Os farmacêuticos ficaram temerosos com a carga de trabalho da formação e com a necessidade de se adequarem à escrita acadêmica para conseguirem a certificação.

Apesar de diferentes públicos-alvo dentre os trabalhadores e estudantes da saúde, focos e metodologias, as oportunidades educacionais avaliadas nesse estudo, cujas implementações foram impactadas de alguma maneira pela emergência sanitária da Covid-19, mostram como a educação a distância permitiu a ampliação do acesso, a manutenção das atividades educacionais e a geração de uma rede de colaboração global que não era tão expressiva quando essas oportunidades eram ofertadas de maneira presencial. Observa-se também, que dados os resultados positivos dessas experiências, há uma tendência de que esses modelos virtuais sejam mantidos mesmo após o período pandêmico atual.

CONCLUSÕES

A Pandemia da Covid-19 fez com que as qualificações dos trabalhadores e estudantes da saúde, sejam elas cursos, eventos ou conferências, migrassem rapidamente para a modalidade remota devido ao isolamento social e *lockdown* imposto pelas cidades em nível mundial. A adaptação à modalidade à distância foi melhor recebida pelos profissionais com

idade inferior a 40 anos, sobretudo os nativos digitais que já possuíam maior literacia com o uso das tecnologias web para educação. A educação à distância aumentou a acessibilidade e equidade nas ofertas educacionais produzidas. Há uma intenção em se manter o modelo à distância após o término da situação epidemiológica imposta pela COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Lidiane Pereira De; SILVA, Raniella Borges Da; ARAÚJO, Regina Maria Sousa De. Covid-19: Origin, Pathogenesis, Transmission, Clinical Aspects and Current Therapeutic Strategies. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, [S. l.], v. 6, n. 0, 2020. doi://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10432.
- BAETHGE, Christopher; GOLDBECK-WOOD, Sandra; MERTENS, Stephan. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. **Research Integrity and Peer Review**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 2–8, 2019. doi: 10.1186/s41073-019-0064-8.
- CHATZIRALLI, Irini et al. Transforming ophthalmic education into virtual learning during COVID-19 pandemic: a global perspective. **Eye (Basingstoke)**, [S. l.], v. 35, n. 5, p. 1459–1466, 2021. DOI: 10.1038/s41433-020-1080-0. doi: http://dx.doi.org/10.1038/s41433-020-1080-0.
- COMTOIS, Dominic; COMTOIS, Maintainer Dominic. **Package ‘summarytools’**. 2016.
- FEINERER, Ingo; HORNIK, Kurt; FEINERER, Maintainer Ingo. Package ‘tm’. **Corpus**, v. 10, n. 1, 2015.
- FELLOWS, Ian et al. Package ‘wordcloud’. **R Package, Maintainer Ian and Rcpp, Linking To and Rcpp**. [(accessed on 4 February 2021)], 2018.
- GIL, Henrique. NATIVOS DIGITAIS, MIGRANTES DIGITAIS E ADULTOS MAIS IDOSOS: PONTES PARA A INFOINCLUSÃO. **Educação, Psicologia e Interfaces**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 163–183, 2019.
- GOMES, Maria da Piedade Costa Azevedo; POSSAMAI, Sheila. A tutoria frente à evasão em ead. **Revista Extensão**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 162–168, 2019.
- HACKER, Janine; VOM BROCKE, Jan; HANDALI, Joshua; OTTO, Markus; SCHNEIDER, Johannes. Virtually in this together—how web-conferencing systems enabled a new virtual togetherness during the COVID-19 crisis. **European Journal of Information Systems**, [S. l.], v. 29, n. 5, p. 563–584, 2020. doi: https://doi.org/10.1080/0960085X.2020.1814680.
- KHACHFE, Husssein H.; CHAHROUR, Mohamad; SAMMOURI, Julie; SALHAB, Hamza A.; MAKKI, Bassel Eldeen; FARES, Mohamad Y. An Epidemiological Study on COVID-19: A Rapidly Spreading Disease. **Cureus**, [S. l.], n. March, 2020. doi: 10.7759/cureus.7313.
- KHURSHID, Zuneera; DE BRÚN, Aoife; MOORE, Gemma; MCAULIFFE, Eilish. Virtual adaptation

of traditional healthcare quality improvement training in response to COVID-19: a rapid narrative review. **Human Resources for Health**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–18, 2020. DOI: 10.1186/s12960-020-00527-2. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00527-2>.

KOGAN, Monica; KLEIN, Sandra E.; HANNON, Charles P.; NOLTE, Michael T. Orthopaedic Education During the COVID-19 Pandemic. **The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, [S. l.], v. 28, n. 11, p. e456–e464, 2020. doi: 10.5435/JAAOS-D-20-00292.

LANG, Dawei et al. **Package 'wordcloud2'**. 2018.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CAMPOS, Dalvan Antônio De; TESSER JUNIOR, Zeno Carlos; OLIVEIRA JUNIOR, João Batista De; TURATTI, Bárbara de Oliveira; OLIVEIRA, Daniel Canavese De. Estratégias pedagógicas na educação médica ante os desafios da Covid-19: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 45, n. 1, 2021. doi: 10.1590/1981-5271v45.1-20200350.

MELNYK, Bm; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**. 3. ed. Estados Unidos: Wolters Kluwer, 2014. 656 p.

MARTINEZ, Jacob. **Take this pandemic moment to improve education**. 2020. EdSource - Highlighting Strategies For Student Success. Disponível em: <https://edsources.org/2020/take-this-pandemic-moment-to-improve-education/633500>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MUKHTAR, Khadijah; JAVED, Kainat; AROOJ, Mahwish; SETHI, Ahsan. Advantages, limitations and recommendations for online learning during covid-19 pandemic era. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, [S. l.], v. 36, n. COVID19-S4, p. S27–S31, 2020. doi: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2785.

NEUWIRTH, Erich; NEUWIRTH, Maintainer Erich. Package 'RColorBrewer'. **ColorBrewer Palettes**, 2014.

NOLTE, Michael T. et al. COVID -19: Current and future challenges in spine care and education - a worldwide study . **Jor Spine**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 1–10, 2020. doi: 10.1002/jsp2.1122.

OLIVEIRA, Willer Carlos De. Análise Do Tutor Mediador a Luz Dos Referenciais De Qualidade Em Ead. **Educere - Revista da Educação da UNIPAR**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 301–336, 2020. doi: 10.25110/educere.v20i2.2020.7669.

ORGANIZATION, World health. Mask use in the context of COVID-19. **Who**, [S. l.], n. December, p. 1–10, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).

OUZZANI, Mourad; HAMMADY, Hossam; FEDOROWICZ, Zbys; ELMAGARMID, Ahmed. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, [S. l.], v. 5, n. 1, p.

1–10, 2016. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.

PORPIGLIA, Francesco; CHECCUCCI, Enrico; AUTORINO, Riccardo; AMPARORE, Daniele; COOPERBERG, Matthew R.; FICARRA, Vincenzo; NOVARA, Giacomo. Traditional and Virtual Congress Meetings During the COVID-19 Pandemic and the Post-COVID-19 Era: Is it Time to Change the Paradigm? **European Urology**, [S. l.], v. 78, n. 3, p. 301–303, 2020. DOI: 10.1016/j.eururo.2020.04.018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.04.018>.

RANA, Rimpi; KUMAWAT, Devesh; SAHAY, Pranita; GOUR, Neeraj; PATEL, Siddharth; SAMANTA, Ramanuj; SINGH, Anupam; MITTAL, Sanjeev. Perception among ophthalmologists about webinars as a method of continued medical education during COVID-19 pandemic. **Indian Journal of Ophthalmology**, [S. l.], v. 69, n. 4, p. 951–957, 2017. doi: 10.4103/ijo.IJO.

RUIZ-BARRERA, Miguel A.; AGUDELO-ARRIETA, Mariana; APONTE-CABALLERO, Rafael; GUTIERREZ-GOMEZ, Santiago; RUIZ-CARDOZO, Miguel Angel; MADRINAN-NAVIA, Humberto; VERGARA-GARCIA, David; RIVEROS-CASTILLO, William M.; SAAVEDRA, Javier M. Developing a Web-Based Congress: The 2020 International Web-Based Neurosurgery Congress Method. **World Neurosurgery**, [S. l.], v. 148, n. January, p. e415–e424, 2021. doi: 10.1016/j.wneu.2020.12.174.

SAMMUT-BONNICI, T; GALEA, D. **SWOT analysis**. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd, 2015. Cap. 6. p. 1-8

TEAM, R. Core. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. R Foundation for Statistical Computing; 2018. **Available from:** [_ http://www. R-project.org/_](http://www.R-project.org/). [Google Scholar], 2020.

WICKHAM, Hadley et al. ggplot2. **Computer software**]. Retrieved from <http://ggplot2.org>, 2012.

Racismo como determinante social de saúde: uma revisão sistemática

Vanessa Cristina Tavares da Silva

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
vanessa.cris00@ufu.br

Badr Abou Dehn Pestana

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
badr.pestanna@gmail.com

Mônica Emanuelle Santos de Oliveira

Graduanda em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
monicaemanusantos18@gmail.com

Guilherme Macedo de Melo

Graduando em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
gmacedo970@gmail.com

Marcos Aparecido da Silva

Graduando em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
caruncha.raiz@gmail.com

RESUMO: O racismo no Brasil ainda é produtor de diversas iniquidades sociais e é considerado um dos principais fatores determinantes das condições de saúde da população negra. O presente projeto teve como principal objetivo relatar a correlação entre racismo, suas interseccionalidades e saúde, com foco na saúde pública, a partir de trabalhos da literatura científica que abordaram dados acerca da população negra e o impacto das desigualdades raciais na saúde desta. Os resultados desta revisão sistemática indicam que a maioria da produção científica analisada entre 2010 e 2019 sobre o tema, abordou o impacto do racismo na saúde mental da população negra, também sendo importante determinante social para o aumento da vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pode-se concluir que o racismo na sociedade brasileira, assim como no sistema de saúde do país, ainda é muito latente, o que permite que ações excludentes e discriminatórias impossibilitem ou dificultem o acesso amplo aos serviços de saúde, impactando diretamente na condição de saúde da população afetada. É, portanto, indispensável na luta da saúde pública o combate a qualquer ação discriminatória com intuito de garantir a todos o direito de acesso integral, universal e equânime à saúde.

Palavras-chave: Racismo; Saúde da população negra; Saúde pública.

Como citar este trabalho:

SILVA, V.C.T.; PESTANA, B.A.D.; OLIVEIRA, M.E.S.; MELO, G.M.; SILVA, M.A. Racismo como determinante social de saúde: uma revisão sistemática. In: PESTANA, B.A.D.; SOUZA, I.G.; PERISSATO, I.L. **Revisões em Saúde Coletiva: tendências, recorrências e lacunas**. 1Ed. Uberlândia: Editora Colab, 2021. p. 162-174. <http://dx.doi.org/10.51781/9786586920178162174>

INTRODUÇÃO

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019) nos traz um panorama persistente e preocupante das desigualdades étnico-raciais ao qual a população preta e/ou parda brasileira está exposta, majoritariamente, com as piores condições de moradia, menor acesso a bens e serviços e, socialmente, abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2019). Tais parâmetros se tornam fatores de risco, que somados ao racismo, influenciam ainda mais no adoecimento e surgimento de agravos nesta população.

O Brasil possui um histórico escravocrata e de embranquecimento, o que influenciou o contexto atual em que a narrativa do negro é de distanciamento dos antepassados e consequentemente da história dos povos afrodescendentes, prejudicando a percepção da auto relação dos próprios indivíduos consigo mesmos. Ademais, os efeitos do racismo acabam afetando a subjetividade dessa população, distorcendo sua autoimagem, sua autoestima e seu senso de valor, influenciando no surgimento de mazelas psicossociais na população negra (VEIGA, 2019).

No decorrer da história, em especial no período pós abolição, as reivindicações da população negra e de movimentos sociais se fazem presentes na busca de seus direitos, incluindo as questões de acesso ao sistema de saúde, pois estes estiveram integrados nos processos que resultaram na Reforma Sanitária e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, apesar de suas contribuições, essa população ainda encontra barreiras de acesso à saúde, devido ao racismo, prejudicando a garantia da concretização dos princípios do SUS, como integralidade, equidade e participação social (WERNECK, 2016).

Como apontado por Piovesan (2008):

"Considerando as especificidades do Brasil, que é o segundo país do mundo com o maior contingente populacional afrodescendente (45% da população brasileira, perdendo apenas para a Nigéria), tendo sido, contudo, o último país do mundo ocidental a abolir a escravidão, faz-se urgente a aplicação de medidas eficazes para romper com o legado histórico de exclusão étnico-racial e com as desigualdades estruturantes que compõem a realidade brasileira."

Já no que tange às mulheres negras tem-se uma dupla vulnerabilidade, somando o racismo institucional e o sexismo. Assis (2018) em um de seus estudos abordou questões obstétricas de mulheres negras, racismo institucional e direitos humanos; demonstrando que

tais fatores se associam e resultam em uma dinâmica complexa e conflituosa nas unidades de saúde; afetando a percepção dos profissionais de saúde sobre as opiniões das mulheres, desconsiderando-as e desmerecendo seus direitos.

Desse modo, verificamos o racismo, assim como suas interseccionalidades - gênero, condições socioeconômicas, dentre outros fatores - como importantes determinantes sociais de saúde, uma vez que impactam diretamente no acesso das pessoas negras à saúde, além de designar seu estado de saúde e qualidade de vida uma vez que aumentam significativamente a vulnerabilidade dessa população (TAQUETTE, 2010). Diante disso, o objetivo deste trabalho se dá em compreender e relatar a correlação entre racismo e saúde da população negra com foco na saúde pública brasileira, a partir da revisão de estudos que abordam a saúde dessa população e o impacto das desigualdades raciais nestas, considerando que a pesquisa científica sobre a discriminação racial e o preconceito para com alguns povos é um dos principais métodos de garantia de equidade nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Protocolo de Revisão Sistemática

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática, a qual seguiu todas as diretrizes e procedimentos dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta - análises (PRISMA) (GALVÃO, 2015).

Estratégia de busca e critérios de elegibilidade aplicados

As publicações que abordavam o tema racismo e seus prejuízos nas condições de saúde da população negra foram pesquisadas até o dia 04 de outubro de 2020. Foram incluídos no estudo apenas artigos originais, sendo excluídas revisões, relatos de experiências, dossiês, comentários, artigos de opinião e quaisquer outros que não abordassem uma análise de dados populacional. A base de dados utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa foi a plataforma Scielo e os dados foram levantados pelos 5 pesquisadores do estudo, usando os termos de pesquisa desigualdade racial AND saúde, saúde AND racismo, Saúde pública AND Racismo e Desigualdade Racial AND SUS. Artigos com abordagens fora do Brasil e em outro idioma que não o português foram excluídos desta revisão sistemática. O período analisado se limitou em 10 anos, sendo considerados de 2010 a 2019. Estudos que abordaram o racismo e a saúde da população negra foram incluídos nesta pesquisa.

Rastreamento dos dados

A coleta de dados para as publicações incluídas neste trabalho ocorreu de acordo com o seguinte método: foram incluídos apenas artigos originais que abordaram racismo e saúde da população negra; foram analisados criteriosamente os títulos e resumos de cada publicação selecionada e, quando necessário, as outras parcelas do artigo como introdução e/ou resultados, discussão e conclusão foram também investigadas para garantir que todos os critérios de inclusão fossem atendidos na presente revisão; as discordâncias foram discutidas, analisadas e resolvidas por consenso; todas as publicações identificadas foram revisadas.

Extração e síntese de dados

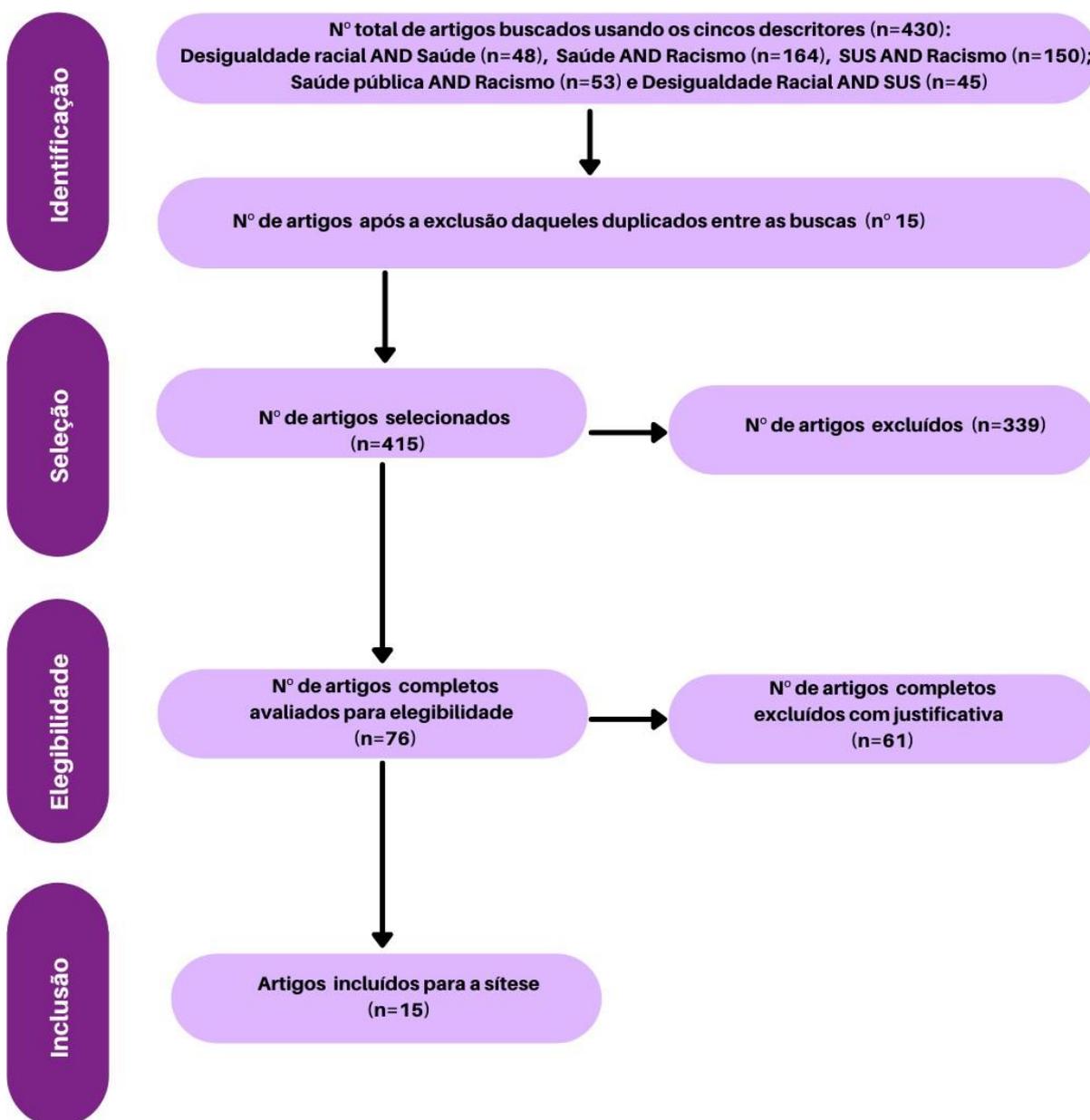
Para a extração de dados, foram selecionadas as estruturas: autoria, período da realização da pesquisa, número de participantes incluídos nos estudos, local da pesquisa e associação da exposição e desfecho das pesquisas. As publicações que não propunham associação do racismo às condições de saúde da população negra, mas relataram as condições de saúde desses grupos, assim como os prejuízos do racismo de maneira geral, foram coletadas e apresentadas à parte neste estudo.

RESULTADOS

As buscas entre as bases de dados forneceram 430 publicações. Os trabalhos duplicados (n=15) foram excluídos, resultando em 415 estudos. A partir dos critérios de inclusão e exclusão (país, idioma, período e tipo de publicação) foram excluídas 339 publicações e 76 foram encaminhadas para a leitura completa, sendo excluídos 61 estudos. Ao final, foram selecionados 15 artigos em língua portuguesa, para a síntese, que tratavam da relação entre racismo e as condições de saúde da população negra, conforme ilustra a figura 1. De maneira mais detalhada, 55,12% foram excluídos segundo a filtragem país (Brasil); 6,05% foram excluídos por estarem em idiomas distintos do português; 16,05% eliminados devido a não publicação entre o período delimitado de dez anos (2010-2019); 1,63% eliminados por tipo de publicação que diferiram de artigos; 0,70% foram eliminados por não estudarem a população negra; 3,49% por se apresentarem duplicados em diferentes buscas de descritores; 7,67% após a leitura de títulos e resumos; 3,26% por serem artigos de revisão ou relatos de experiência; e 2,56% por não tratarem de estudo com dados populacionais ou por não conterem metodologia.

Após a execução dos processos de inclusão e exclusão das publicações, assim como a leitura de todos os textos, pode-se observar que as revistas com maior número de artigos que trataram da relação do tema proposto nesta revisão foram Saúde e Sociedade (40%) e Saúde em Debate (20%). Notou-se também que os artigos abordaram, em especial, assuntos envolvendo o panorama psicossocial, a vulnerabilidade da população negra às infecções sexualmente transmissíveis e questões de barreiras para o acesso e atendimento nos serviços de saúde, conforme demonstrado no Quadro 1.

Figura 1. Fluxograma da revisão sistemática



Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

Quadro 1. Características e indicadores avaliados nos trabalhos selecionados.

Autores	Período	Participantes	Local	Exposição	Desfecho	Associação
BARROS et al. (2014)	2008	6.349	São Paulo - SP	Racismo, rede social frágil e baixa renda	Permanência em hospitais psiquiátricos, adoecimento psicossocial, exclusão social nos hospitais psiquiátricos	Positiva
DINIZ et al. (2016)	2011-2012	23940	Sudeste	Desigualdade sociodemográfica e racismo	assistência inadequada à maternidade entre puérperas	Positiva
FIGUEIRO e RIBEIRO (2017)	2015	33	MT	Situação de vulnerabilidade e racismo	Baixa qualidade do serviço de saúde prestado às pessoas acometidas pela doença falciforme	Positiva
GOES, NASCIMENTO (2013)	2018	10.291	BA	Baixos níveis de instrução e renda e racismo institucional	Baixo acesso aos serviços preventivos para a saúde das mulheres negras	Positiva
GOMES (2010)	2007-2008	65	Rio de Janeiro - RJ	Preconceitos, intolerância religiosa, racismo cordial, "invisibilidade" e descaso dos profissionais de saúde	A rede de saúde desfavorecendo o acesso a todas as ações e serviços para a população negra e de religião de matriz afro-brasileira	Positiva
GOUVEIA e ZANELLO (2019)	2019*	7 mulheres	Brasil (vários Estados)	Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras	Desconsideração das experiências de racismo gerando descontentamento das mulheres com os serviços psicoterapêuticos recebidos.	Positiva
IGNACIO e MATTOS (2019)	2014-2015	4 sujeitos	Brasil	Problemas na formação dos trabalhadores na saúde mental	Assimetrias raciais no campo da saúde mental, falta de sensibilidade e acolhimento étnico-racial do sofrimento psíquico atravessado pelo racismo	Positiva
LAGES et al. (2012)	2010-2011	433 mulheres	Teresina - PI	Desigualdade Racial e Socioeconômica	Não realização de mamografia	Positiva

RISCADO, OLIVEIRA e BRITO (2010)	2010*	180 mulheres	Comunidades Remanescentes de Quilombos em Alagoas.	Violência, racismo, precárias condições de vida, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde	Vulnerabilidade população negra a HIV/AIDS, as IST (DST) e outros agravos	Positiva
SANTOS, COELHO, ARAUJO (2013)	2007	13 profissionais em atividade no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR)	Salvador - BA	A violência e a exclusão social da população negra somados a negação da importância da cor na identificação dos corpos	informações a respeito da raça/cor sobre óbito enviesadas gerando um problema informacional causando um embasamento errado para as políticas públicas	Positiva
SILVA et al. (2018)	2010	1345 idosos	São Paulo - SP	Desigualdade Racial	Baixas condições de saúde, limitação do uso de serviços de saúde e envelhecimento desfavorável	Positiva
SPIASSI et al. (2010)	2010*	41 organizações	ABC Paulista	Racismo	maior vulnerabilidade de negros á infecção de HIV.	Positiva
TAQUETTE (2010)	2010*	816 adolescentes	Rio de Janeiro - RJ	Pobreza, discriminação racial e violência de gênero	Vulnerabilidade às DST's/AIDS	Positiva
TAVARES, OLIVEIRA e LAGES (2013)	2013*	7 psicólogos atuantes em três hospitais públicos	Belo Horizonte - MG	Racismo e falta de percepção do racismo institucional em especial nos centros de saúde de atuação dos psicólogos	Não abordagem do adoecimento psíquico interligado as relações étnico raciais	Positiva
TRAD, CASTELLANOS e GUIMARAES (2012)	2012* durante 2 anos	18 famílias	Salvador - BA	Desigualdade socioeconômica e racismo descompromisso dos profissionais de saúde e omissão dos gestores.	Barreiras na acessibilidade a atenção básica que se interpõem entre a oferta de serviços e o atendimento efetivo e oportuno das necessidades da população estudada	Positiva

DISCUSSÃO

Durante o período avaliado pelo presente estudo, destacou-se especialmente trabalhos de abordagem psicossocial e saúde mental na população negra, assim como foi observado na análise dos textos selecionados, o racismo institucional como um fator importante para a produção e aumento da vulnerabilidade social dessa população à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Em relação aos anos das publicações, foi possível constatar um maior número de publicações no ano de 2010, representando mais de 26% das publicações analisadas no período selecionado, índice que se encolheu ao passar dos anos. Esse fator pode ser explicado devido o período ser marcado por manifestações que resultaram na lei nº 12.288, no ano de 2010, que instituiu o Estado de Igualdade Racial, e teve por objetivo garantir à população negra a equidade de oportunidades, defesa de seus direitos e o combate a discriminações raciais (BRASIL, 2010). Entretanto, mesmo diante da lei federal, o racismo ainda se faz presente em diversos setores da sociedade, como também no âmbito da saúde.

A desigualdade racial é um determinante significativo na condição de saúde da população negra, entretanto, ao considerar o contexto da discriminação social no âmbito da saúde, faz-se necessário analisar também o racismo e suas interseccionalidades, como gênero, classe social, condições socioeconômicas, entre outros fatores cruciais na produção de desigualdades nas condições de saúde dessa população.

Ao observar o quesito de acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil, Trad (2012) relata em seu estudo que a discriminação racial foi uma questão tida como inesperada do preconceito em relação à classe social, na percepção dos indivíduos dentro dos serviços de saúde. Ou seja, a combinação dos fatores socioeconômicos e raciais potencializam as adversidades encontradas por esses grupos em relação ao acesso dos serviços de saúde (TRAD, 2012).

Além dos aspectos socioeconômicos, foi ressaltado também em Gomes (2010) a intolerância religiosa como um dos fatores que, associados ao racismo, contribuem para o desfavorecimento do acesso das ações e serviços de saúde da população negra, principalmente dos grupos vinculados a religiões de matriz afro-brasileiras (GOMES, 2010).

A incapacidade dos profissionais que compõe os serviços de saúde em responder às diversidades encontradas, acompanhado de estereótipos étnicos preconceituosos, conceitos

pejorativos e atitudes racistas, prejudica diretamente a comunicação que se constitui entre os indivíduos negros e os profissionais de saúde, o que interfere na adesão, segurança e confiabilidade do paciente, satisfação e utilização dos serviços de saúde, consequentemente afetando a acessibilidade desses grupos (FIGUEIRÓ e RIBEIRO, 2017).

Mais além da acessibilidade aos serviços de saúde, a discriminação racial, quando associada a outros fatores determinantes, é autora das próprias condições de saúde dos indivíduos negros. Como mostra Silva (2018), em sua pesquisa realizada com idosos no município de São Paulo, que demonstrou que os indicadores sociodemográficos, condições de saúde e, inclusive, o acesso aos serviços de saúde, evidenciaram um envelhecimento desfavorável para a população de cor parda e principalmente negra.

Esse resultado se deu quando considerado todo o contexto de iniquidade a qual essa população foi exposta, supostamente durante toda a vida, que afetou diretamente seus comportamentos, condições de saúde e o acesso a bens e serviços de saúde, consequentemente gerando baixa qualidade de vida e saúde para esses grupos (SILVA, et al 2018). Além disso, o estudo de Figueiró e Ribeiro (2017) afirma que a cor e classe social dos usuários dos serviços de saúde estão diretamente ligados à qualidade do atendimento e a infraestrutura que esses indivíduos recebem (FIGUEIRÓ e RIBEIRO, 2017).

Já em relação às Interseccionalidades do racismo, podemos destacar o gênero como um dos fatores que mais contribuem para as desigualdades. Segundo Goes e Nascimento (2017) as desigualdades raciais, além de limitar o cuidado em saúde, são as principais causadoras de doenças e outros danos que constituem as iniquidades raciais de saúde. Quando se considera o indicador gênero, as mulheres negras estão expostas duplamente, pois enfrentam outros fatores além do racismo como o sexismo e machismo, que aumentam sua vulnerabilidade e infringem o direito à saúde (GOES e NASCIMENTO, 2017).

Outros aspectos como nível de escolaridade e renda são considerados como macrodeterminantes, como no estudo de Goes e Nascimento (2017), em que foram identificados esses determinantes sociodemográficos como fatores importantes para o acesso de mulheres a exames preventivos de saúde, observando que há uma relação diretamente proporcional com o aumento de renda e instrução a ocupação no mercado de trabalho, que consequentemente melhora o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, os autores apontam no estudo que ao comparar mulheres negras com maiores índices de escolaridade e renda,

com as mulheres brancas, essas ainda continuam em desvantagem no que diz respeito às condições de saúde. Portanto, apesar de mulheres tanto negras quanto brancas sofrerem com as desigualdades sociais, o racismo é um fator que condiciona o baixo acesso das mulheres negras aos serviços de saúde. Com isso, ao se considerar as desigualdades sociodemográficas e raciais, as mulheres negras se encontram sempre em situação desfavorável, pois ficam mais expostas às iniquidades que interferem no processo de saúde-doença e na qualidade de vida dessas mulheres (GOES e NASCIMENTO, 2013).

Esses fatores também são encontrados em Diniz (2016) que expõe em seu estudo as diferenças socioeconômicas entre mulheres negras e brancas na assistência à maternidade entre puérperas, que resultaram em menos consultas, exames e cuidados inadequados em relação ao pré-natal, além de maior paridade e síndromes hipertensivas entre as mulheres negras (DINIZ. et al, 2012). Na mesma tendência, Lages (2012) demonstrou que as desigualdades raciais e socioeconômicas foram fatores significativos para a não realização do exame preventivo de mamografia (LAGES, 2012). Com isso, pode-se concluir que o racismo e suas interseccionalidades são potentes produtores de adoecimentos de diversas ordens na população negra.

Também destacou-se no presente estudo que a maioria dos trabalhos selecionados abordavam o cunho psicossocial e as vulnerabilidades da população negra às ISTs. Ademais, como trazido por Spiassi et al (2010), o racismo se apresenta como uma barreira social, produzindo discriminações vivenciadas no cotidiano do povo negro, incluindo no sistema de saúde, onde o racismo muitas vezes é expresso pelos profissionais, impedindo a efetivação da equidade racial na saúde.

Além disso, considerando que o contexto em que os indivíduos estão inseridos são determinantes para sua saúde, Taquette (2010) em seu estudo com adolescentes femininas da cidade do Rio de Janeiro, evidenciou que as circunstâncias de vivência aos quais elas estão expostas - pobreza, violência de gênero, barreiras no acesso aos serviços de saúde - somadas a discriminação racial da qual sofrem cotidianamente, induzem a formação de uma auto imagem negativa e compõem um conjunto de fatores que ampliam a sua vulnerabilidade às IST (TAQUETTE, 2010). Riscado et. al (2010) também traz a influência de alguns desses fatores, constatando a relação entre as diversas formas de violência (doméstica e institucional) e do racismo, que em conjunto com a desinformação sobre as infecções sexualmente transmissíveis

resultam na maior vulnerabilidade da população negra as IST (RISCADO, 2010).

Já em relação à saúde mental, estudos realizados em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo demonstraram que as populações negras estão em extrema vulnerabilidade, pois estão vinculadas, em sua maioria, às situações de pobreza, além de não possuírem moradia, nem uma rede social consolidada, estabelecendo, portanto, a precariedade social, que está diretamente associada ao transtorno mental e outras doenças clínicas. Como consequência desses fatores, pode-se observar um grande adoecimento mental e exclusão social desses grupos. Essa situação reflete sobre os impactos do racismo, discriminação, abandono e exclusão na saúde mental dessa população, conceituada como efeitos psicossociais do racismo, que pode ser explicado devido às marcas da desigualdade deixadas pela escravidão no Brasil, que além de dificultar a ascensão social desses grupos, também demarca a ausência de políticas públicas específicas após sua abolição, impedindo e dificultando a inserção do negro na sociedade (BARROS, et al. 2014).

Em relação ao acolhimento e cuidado psicossocial recebido por esses grupos, também se encontram obstáculos e lacunas deficitárias nesse âmbito, conforme relatado por Tavares (2013), que demonstrou que há ausência de sensibilidade e olhar clínico por parte dos profissionais de saúde mental sobre as questões étnico-raciais e o racismo institucional como produtores de adoecimentos, prejudicando, portanto, as ações promotoras de saúde, de equidade e integralidade nos serviços de saúde para com esses grupos populacionais (TAVARES, OLIVEIRA e LAGES 2013).

Essa situação se estabelece devido a problemas durante a formação dos psicólogos no Brasil, em que esse conteúdo é quase nunca abordado no processo de instrução desses profissionais, acarretando na desconsideração do sofrimento psíquico provocado pelo racismo, o que impacta diretamente no enfrentamento do racismo no campo da saúde mental (IGNÁCIO e MATTOS, 2019).

Com isso, podemos observar que o tema das relações étnico-raciais e o preconceito é inviabilizado dentro das ciências psíquicas, instaurando um obstáculo no processo do combate a discriminação e ao acolhimento psicossocial prestado às vítimas de racismo, gerando o desamparo dessas populações vulneráveis, que além da exposição constante ao preconceito, não recebe o apoio necessário diante dos resultados psíquicos da violência e humilhação constante (GOUVEIA e ZANELLO, 2019). Portanto, se fazem necessárias discussões críticas e

políticas dentro das instituições de ensino de todos os cursos formadores de profissionais da saúde, com a finalidade de garantir a toda população dignidade e o direito à saúde de forma integral e igualitária.

REFERÊNCIAS

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, p. 547-565, 2018.

BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, pp. 1235-1247. 2014.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2010.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3. 2016.

FIGUEIRÓ, A. V. M.; RIBEIRO, R. L. R. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, pp. 88-99. 2017.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2 pp. 335-342. 2015.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, pp. 571-579. 2013.

GOMES, M. C. P. A. Projeto: Ylê ayié yaya ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, pp. 663-672. 2017.

GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. **Psicologia em Estudo**, v. 24, e42738. 2019.

IGNÁCIO, M. V. M.; MATTOS, R. A. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe 8, pp. 66-78. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas-Informação Demográfica e Socioeconômica, v. 41, 2019.

LAGES, R. B. et al. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 4, pp. 737-747. 2012.

PIOVESAN, F. Ações afirmativas no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 3, pp. 887-896. 2008.

RISCADO, Jorge Luís de Souza; et al. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saúde e Sociedade*, v. 19, p. 96-108, 2010.

SANTOS, A. B. S. COELHO, T. C. B. e ARAÚJO, E. M. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, pp. 341-356. 2013.

SILVA, A. et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. Suppl 02. 2018.

SPIASSI, Ana Lucia et al. O movimento negro do ABC Paulista: diálogos sobre a prevenção das DST/Aids. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 121-133, 2010.

TAQUETTE, S.R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde e Sociedade**, v. 19, suppl 2, pp. 51-62. 2010.

TAVARES, N. O., OLIVEIRA, L. V. e LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, pp. 580-587. 2013.

TRAD, L. A. B, CASTELLANOS, M. E. P. e GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, pp. 1007-1013. 2012.

VEIGA, L. M. Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. SPE, p. 244-248, 2019.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.

ÍNDICE

aceitação vacinal.....	66
anomalia.....	43
Atenção Primária à Saúde	7, 24, 58, 59, 80, 81, 96, 110, 117, 138, 144, 146, 147
COVID-19....	6, 7, 8, 21, 28, 41, 52, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 86, 93, 94, 95, 96, 97, 110, 123, 137, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 157, 159, 160, 161, 162
Deficiência Intelectual.....	6, 13, 28, 29, 30, 31, 39, 43, 50
Dengue	3
diabetes <i>mellitus</i>	7, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122
Doença Rara	42
Erros Inatos do Metabolismo.....	53, 54, 56, 62
hesitação vacinal.....	66, 67, 68, 70, 71, 72
más notícias.....	7, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 182
música terapêutica.....	7, 97, 98, 104
Organização Mundial da Saúde.....	9, 19, 29, 34, 48, 75, 76, 84, 111, 138, 147
persona com deficiência	7, 76, 77, 81, 84, 85, 137, 138, 139, 143, 144, 147
Programa Nacional de Triagem Neonatal.....	42, 49, 59
racismo	163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174
sífilis congênita.....	7, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95
Sistema Único de Saúde .	4, 24, 50, 58, 59, 63, 76, 78, 83, 87, 88, 96, 99, 118, 121, 138, 146, 151, 163
Sustentabilidade.....	8, 21, 28, 41, 52, 65, 76, 86, 97, 110, 123, 137, 162
toxoplasmose.....	6, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 51
Transtorno do Espectro Autista.....	6, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20
zoonose	21

SOBRE AS ORGANIZADORAS E AUTORES

[Organizadoras]

Badr Abou Dehn Pestana

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Iniciação Científica em andamento, intitulada "Gestão de resíduos de construção civil nos municípios de pequeno porte da região Triângulo de Minas Gerais". Membro das linhas de pesquisas; Saúde, Migração e Trabalho Núcleo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde – NUPES.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-6849-4551>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1660603188184109>

Isadora Gomes de Souza

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia e em Letras Libras pela UNIASSELVI

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-4095-6184>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1337171781962271>

Izabela Lima Perissato

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Iniciação Científica em andamento, intitulada "Doença de Chagas e Seguridade Social: impactos da doença no sistema previdenciário e assistencial brasileiro, 2005-2015". Membro das linhas de pesquisas Ecoepidemiologia das doenças transmitidas por vetores; Epidemiologia das Doenças e Agravos Não Transmissíveis; Saúde, Trabalho e Migração.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-6713-6250>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1586955464512892>

[Autoras]

Aline Fagundes Mayer

Graduação em andamento no curso de Medicina na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), desenvolve a seguinte pesquisa na área de neonatologia: "Toxoplasmose congênita: seguimento de pacientes do ambulatório de infecções congênitas no HC UFU".

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-8300-1479>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3994756004306266>

Ana Paula Araújo Botelho

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia e em Sistemas de Informação pela Universidade de Franca. Desenvolve trabalhos de pesquisa na área de Comunicação em Saúde.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-1405-3029>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7869843091663600>

Andreza Maria Pereira Alves

Acadêmica do 7º período de medicina no Centro Universitário IMEPAC campus Araguari – MG.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-4599-2600>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/0282352729989541>

Badr Abou Dehn Pestana|

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Iniciação Científica em andamento, intitulada "Gestão de resíduos de construção civil nos municípios de pequeno porte da região Triângulo de Minas Gerais". Membro das linhas de pesquisas; Saúde, Migração e Trabalho Núcleo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde – NUPES.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-6849-4551>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1660603188184109>

Boscolli Barbosa Pereira|

Doutor em Genética pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente dos Cursos de Saúde Coletiva e Biotecnologia da Universidade Federal de Uberlândia. Desenvolve trabalhos de pesquisa, ensino e extensão nas áreas de Genética, Ecotoxicologia, Saúde Ambiental e Comunicação em Saúde.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-2633-9067>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7572289893292971>

Bruna de Souza Magalhães|

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Bolsista pelo Programa de Bolsas de Extensão e Cultura-PROBEC 2020/2021 no projeto Música: como instrumento de promoção a saúde da equipe interprofissional e pacientes no contexto de Unidade de Terapia Intensiva Humanizada.

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6214885324783487>

Camila Nunes de Lima|

Acadêmica do 7º período de medicina no Centro Universitário IMEPAC campus Araguari - MG.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-3222-8862>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1193476798756010>

Carla Anatólia Aparecida de Araújo Pereira|

Acadêmica do 7º período de medicina no Centro Universitário IMEPAC campus Araguari - MG.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-4889-5662>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4072914922125336>

Carolina Ramos de Oliveira|

Acadêmica do 9º período de Medicina no Centro Universitário IMEPAC campus Araguari - MG.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-9525-6388>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/5346883378762350>

Dênio Dutra Barbosa Júnior|

Informações gerais sobre formação-atuação-interesse: Graduando em Medicina, pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, IMEPAC, Araguari, Brasil.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-3217-661X>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2018748489917756>

Eduardo de Paula Nunes|

Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Desenvolve trabalhos de pesquisa na área de Epidemiologia em Saúde e Comportamentos de Risco para Doenças Crônicas.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-5722-7773>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7722031977774896>

Erica Magão de Lima |

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Voluntária pelo Programa de Voluntariado de Extensão e Cultura-PROVEC 2020/2021 no projeto Música: como instrumento de promoção a saúde da equipe interprofissional e pacientes no contexto de Unidade de Terapia Intensiva Humanizada.

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3243133910274385>

Felipe Trevisan de Almeida|

Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-4424-5718>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2297906129242995>

François Isnaldo Dias Caldeira|

Mestrando em Periodontia pela Universidade Estadual Paulista. Auxiliar de Pesquisa na Secretaria Executiva da UNA-SUS. Desenvolve pesquisas em Periodontia, Genética molecular e Saúde Coletiva.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-4688-2059>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6716893555562316>

Giovanna Mendonça Ivancko|

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia e em Psicologia pela UNITRI.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-3096-1868>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3435583716730001>

Guilherme Macedo de Melo|

Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Iniciação Científica em andamento, intitulada "Mobilização social e redes locais no monitoramento de vetores, utilizando ovitrampa e estratégias de promoção da saúde: possibilidades e desafios".

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-5281-591X>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6351054963444732>

Isadora Gomes de Souza|

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia e em Letras Libras pela UNIASSELVI

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-4095-6184>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1337171781962271>

Isadora Vieira Netto Rabelo |

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Voluntária pelo Programa de Voluntariado de Extensão e Cultura-PROVEC 2020/2021 no projeto Música: como instrumento de promoção a saúde da equipe interprofissional e pacientes no contexto de Unidade de Terapia Intensiva Humanizada.

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1403447582989383>

Jonatas Reis Bessa|

Doutorando e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Auxiliar de Pesquisa na Secretaria Executiva da UNA-SUS. Desenvolve pesquisas em neurociências, Data Science e Psicometria em Saúde Coletiva, Psicologia e Educação.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-2918-9666>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/5888271698278988>

Josué Miguel Oliveira |

Mestrando em Odontologia pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisador Bolsista na Secretaria Executiva da UNA-SUS. Desenvolve pesquisas em Saúde Bucal Coletiva.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-3263-1387>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7223654614954334>

Karen Cristiny Dias Lourenço |

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Voluntária pelo Programa de Voluntariado de Extensão e Cultura-PROVEC 2020/2021 no projeto Música: como instrumento de promoção a saúde da equipe interprofissional e pacientes no contexto de Unidade de Terapia Intensiva Humanizada.

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/9411238664778583>

Karine Bassani|

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Desenvolve trabalhos de pesquisas nas áreas de Comunicação em Saúde e Comportamentos de Risco para Doenças Crônicas.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-4639-5816>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3041479926490659>

Kellen Cristina da Silva Gasque|

Professora e Pesquisadora na Fiocruz Brasília, trabalhando na Secretaria Executiva da UNA-SUS. Coordenadora do Polo da Fiocruz-DF do Mestrado profissionalizante em rede oferecido na modalidade híbrida em Saúde da Família (PROF SAÚDE). Doutora em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru (USP). Desenvolve pesquisas em Educação em Saúde; uso de Tecnologias WEB na Educação Permanente em Saúde; Políticas Públicas em Saúde; Ead.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-2015-2717>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2892285758338828>

Khetholyn Andrade Marques|

Acadêmica do 10º período de medicina no Centro Universitário IMEPAC campus Araguari - MG.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-2546-5619>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/0814192420192115>

Layla Raquel Silva Gomes|

Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, com experiência em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar. Seus principais temas de interesse atualmente são: família, adoecimento e instituições.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-7030-9511>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4678594455826146>

Larissa de Paula Silva|

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Desenvolve trabalhos de pesquisas nas áreas de Comunicação em Saúde e Comportamentos de Risco para Doenças Crônicas.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-9408-0141>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4708378072134514>

Marcos André Macêdo Do Vale Silva

Graduando em Medicina, pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, IMEPAC, Araguari, Brasil.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-6363-9560>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/0441854499145468>

Marcos Aparecido da Silva

Bacharel em Biomedicina pela Universidade Presidente Antônio Carlos, Especialista em Plantas Medicinais pela Universidade Federal de Lavras (UFL), Especialista em Acupuntura pela UNISAÚDE, formado em Homeopatia pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Técnico em Massoterapia pela Faculdade Maçônica do Triângulo (FAMATRI), e Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1790250196787589>

Mariana Ingrid Messias Gonçalves

Graduando em Medicina, pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, IMEPAC, Araguari, Brasil.

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/786540103853719>

Mariana Rodrigues de Paulo

Acadêmica do 7º período de medicina no Centro Universitário IMEPAC campus Araguari - MG.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-2593-7089>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7561601600566931>

Mariana Rossi Silva Da Paixão

Graduando em Medicina, pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, IMEPAC, Araguari, Brasil.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-9392-5763>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2092998881967145>

Mariene Garcia Gomes |

Graduanda do curso Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Participou do Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica - PIVIC com o tema: Uso racional de *Mikania glomerata*: qualidade e acurácia das informações disponíveis na internet. Além disso, foi bolsista CNPq de iniciação científica com o tema: Racionalidade no uso de preparações extemporâneas de *Mikania glomerata* Sprengel (Asteracea). Tem interesse nas áreas de Plantas Medicinais, Epidemiologia, Atenção Básica e Saúde da Família.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-7652-0657>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4173741638660374>

Marislene Pulsena da Cunha Nunes |

Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidades

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4678594455826146>

Mônica Emanuelle Santos de Oliveira |

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia.

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/5817170590597901>

Natália Queiroz Souza dos Santos|

Acadêmica do 10º período de medicina no Centro Universitário IMEPAC campus Araguari - MG.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-3416-8165>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/8137616161741820>

Patrícia Barberá Gallego|

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia, com experiência em Psicologia Hospitalar. Seus principais temas de interesse atualmente são: práticas clínicas e comunicação de más notícias no campo da saúde.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-0557-7645>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6040178963005964>

Poliana Rodrigues Alves Duarte|

Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (2010). Mestrado (2013) e Doutorado (2017) em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia com ênfase nas áreas clínica e cirúrgica, cardiologia, espiritualidade e saúde e terapia celular. Professora Adjunta do Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal de Catalão.

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/0233204845037078>

Rafael Dias Nassar Naback|

Graduação em andamento no curso de Medicina na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-3716-399X>

Roberta Ribeiro Souto|

Graduada em Medicina pelo IMEPAC Centro Universitário. Especialista em Pediatria pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestranda em Ciências da Saúde com ênfase em Neurologia Pediátrica pela UFU. Docente do curso de Medicina do IMEPAC

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-6720-6041>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1455854336830182>

Rodrigo Sanches Peres|

Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo, com experiência em Psicologia da Saúde. Professor do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Seus principais temas de interesse atualmente são: clínica ampliada e sofrimento psíquico no contexto de doenças crônicas.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-2957-7554>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/9167312272004943>

Sofia Baraldi Lamana|

Graduação em andamento no curso de Medicina na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-6662-1991>

Stefan Vilges de Oliveira

Mestre e Doutor em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília, nas áreas de Epidemiologia e Biologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Tem experiência na área de ecoepidemiologia de zoonoses e Vigilância em Saúde.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-5493-2765>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/8869553181466970>

Tamara Melo Pereira

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0001-7613-7765>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/3135373460434217>

Vanessa Cristina Tavares da Silva

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Iniciação Científica em andamento, intitulada "A contribuição das universidades brasileiras para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável". Atuando como estagiária junto a Diretoria de Sustentabilidade (DIRSU) da UFU, realizando atividades para a promoção de práticas sustentáveis junto à comunidade universitária.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-5862-4487>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/0393633424636349>

Wellington Roberto Gomes de Carvalho

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. É professor Associado do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Desenvolve trabalhos de pesquisas em Saúde Pública. Membro do Laboratório de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física, Exercício e Esporte (LAPAES/UFMA).

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0003-4185-526X>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/2799487071356747>

Wenderson Diniz de Farias

Acadêmico de Graduação em Odontologia no Centro Universitário Euro-Americano (UNIEURO). Bolsista de Iniciação Científica na Secretaria Executiva da UMA-SUS. Desenvolve pesquisas em Saúde Coletiva.

 **Orcid iD:** <https://orcid.org/0000-0002-8548-9719>

 **Currículo Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/1576969989647956>



Prefixo editorial ISBN 978-65-86920



contato@editoracolab.com



www.colab.com.br



(31) 99686-8879



@editoracolab

