

a **JORNADA**  
**CIENTÍFICA**  
da **SES-GO**

**APLICABILIDADE DE INOVAÇÕES E TECNOLOGIAS NO SUS**

*10 de novembro de 2022*

## EDITORIAL

### VI JORNADA CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS: APLICABILIDADE DE INOVAÇÕES E TECNOLOGIAS NO SUS.

CARDOSO, Alessandra Marques<sup>1</sup>

1. Biomédica (PUC Goiás), Mestre e Doutora em Medicina Tropical (UFG); Gerência de Pesquisa e Inovação da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, SES-GO.

Com a necessidade de difundir o conhecimento científico e tecnológico, e com a crescente importância da popularização ou apropriação social da ciência, inovação e tecnologia, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, por meio da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, realizou a **6ª Jornada Científica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás** com o tema “**Aplicabilidade de Inovações e Tecnologias no SUS**”.

O evento aconteceu no dia 10 de novembro de 2022, no Auditório da Escola de Saúde de Goiás, celebrando o retorno presencial após um período de restrições impostas pela pandemia da COVID-19, e contando com a participação de profissionais de saúde, gestores e instituições de ensino e pesquisa, dentre outros membros da comunidade social e científica de Goiás, somando 300 inscritos.

A Jornada da SES-GO já é um evento tradicional e caminha para a sua sétima edição no ano de 2023. E para nosso deleite, a RESAP traz nesta **Edição Especial** uma coletânea de resumos expandidos contendo temas importantes para a saúde pública em Goiás, cujos trabalhos científicos foram apresentados na modalidade oral na 6ª Jornada Científica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Os trabalhos foram desenvolvidos por profissionais das unidades de saúde e superintendências da SES-GO, dentre elas: SUVISA, Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-GO), Regional de Saúde Regional Sudoeste I, Secretarias Municipais de Saúde de Rio Verde, Joviânia e Vianópolis. Além de pesquisadores da Universidade Evangélica de Goiás.

De imediato esta publicação assume duas funções: prestigiar os autores que inscreveram e apresentaram suas pesquisas na jornada e nos brindar com uma agradável e inspiradora leitura. Então, não perca tempo, avance para as próximas páginas e aproveite sem moderação!

## NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA COM VÍTIMAS DO SEXO FEMININO EM GOIÁS, DE 2018 A 2021

**PINHEIRO**, Juliêta Maria da Costa<sup>1</sup>

**OLIVEIRA**, Priscila Pereira de<sup>2</sup>

**RODRIGUES**, Maria de Fátima<sup>3</sup>

**FERRAZ**, Marília Ribeiro de Carvalho<sup>4</sup>

1 - Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO); Especialista em Políticas de Recursos Humanos para Gestão do SUS (Universidade de Brasília – UnB); e Terapia Cognitivo Comportamental (Faculdade Cambury/GO). Psicóloga na Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil. Email: [vivagoias@gmail.com](mailto:vivagoias@gmail.com); [psicojulietta2020@gmail.com](mailto:psicojulietta2020@gmail.com).

2 - Graduada em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá de Goiás; Técnica de Enfermagem na Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

3 - Graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO); Especialista em Epidemiologia (Universidade Federal de Goiás – UFG); Saúde Pública (Instituto de Atualização Profissional/Brasil); Gerontologia e Saúde do Idoso (Universidade Federal de Goiás – UFG); Coordenadora Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

4 - Graduada em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior de Rio Verde (IESRIVER/GO); Especialista em Gestão de Bloco Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica (Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO); e Auditoria em Sistemas de Saúde (Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO). Graduada em Direito (Universidade Salgado de Oliveira - Universo/GO), Advogada. Enfermeira na Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** A violência mostra-se como um problema social e de saúde pública e apresenta complexos padrões na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grandes probabilidades de resultar em lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”<sup>1</sup>. Diante da magnitude e impacto da morbimortalidade das violências na população brasileira, apresentaremos as características da violência que acometeram as vítimas do sexo feminino no estado de Goiás. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de violência contra pessoas do sexo feminino no estado de Goiás, entre os anos de 2018 e 2021. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, sobre as violências interpessoais e autoprovocadas registradas em Goiás, a partir dos dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes aos anos de 2018 a 2021. **Resultados e Discussão:** Observou-se aumento das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no período analisado, porém evidenciou-se queda das notificações em 2020, e retomada em 2021 (Figura 1).

Quanto à tipologia da violência e idade da vítima (Figura 2), observado que a violência do tipo negligência/abandono acomete mais as crianças, onde 35,5% das negligências acontecem entre 1 a 4 anos de idade; que as principais vítimas de violência sexual são as adolescentes de 10 a 19 anos, representando 49,2% dos casos dessa violência; que a violência do tipo física é a mais notificada, representando 37,1% de todas as notificações, e que 50,6% dessas violências acometem mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos. Além da violência física, as mulheres dessa faixa etária são as maiores vítimas das violências autoprovocada (44,2%), psicológica/moral (45,7%), e outras (20,9%). Por fim, observado que a violência patrimonial acomete mais os idosos, correspondendo a 32,7% dos casos dessa tipologia. Quanto à raça/cor (Figura 3), evidenciado prevalência de vítimas da cor parda (63,6%), brancas (22,2%) e pretas (6,9%). A redução das notificações também foi observada em São Paulo, onde a queda de notificação foi mais expressiva a partir de abril, coincidindo com o período de quarentena no estado de São Paulo<sup>2</sup>. O Estado de Santa Catarina relatou redução de 55,3% das notificações de violências envolvendo crianças e adolescentes, de ambos os sexos, de 0 a 19 anos, entre janeiro e maio de 2020<sup>3</sup>. Pontuaram que essa redução no ano de 2020 teve origem multifatorial e que criaram entraves para procura de assistência e consequente notificação por profissionais de saúde, tais como: a necessidade de reestruturar serviços para enfrentamento da pandemia de COVID-19, direcionando a força de trabalho para atendimento exclusivo de casos de síndrome respiratória aguda; dificuldade de deslocamento, haja vista a interrupção dos serviços de transporte coletivo; medo de contaminação; dificuldade financeira<sup>3</sup>. Quanto à tipologia e idade, esse mesmo estudo apontou que a negligência foi a violência que mais acometeu crianças na faixa etária de 1 a 4 anos (42% das negligências), e que a violência sexual teve como principais vítimas os adolescentes de 10 a 14 anos (37,3% das violências sexuais)<sup>3</sup>. Estudo do Distrito Federal indicou predomínio em indivíduos de faixa etária entre 20 a 29 anos de idade (26,3%) como as principais vítimas das violências, sendo 72,2% do sexo feminino<sup>4</sup>. Estudo realizado em Niterói/RJ, identificou que a violência física foi a mais notificada em mulheres de 20 a 64 anos, correspondendo a 54% de todas as violências físicas notificadas<sup>5</sup>. Dados levantados pela Fiocruz identificaram que, na pessoa idosa, sem distinção de sexo, as violações mais comuns foram a negligência (38%); violência psicológica (26,5%); violência patrimonial, (19,9%) e violência física (12,6%)<sup>6</sup>. No Rio Grande do Sul, identificaram que a violência mais notificada é a física (38%)<sup>2</sup>, percentual próximo ao encontrado em Goiás (37,1%). Estudo do Rio Grande do Sul

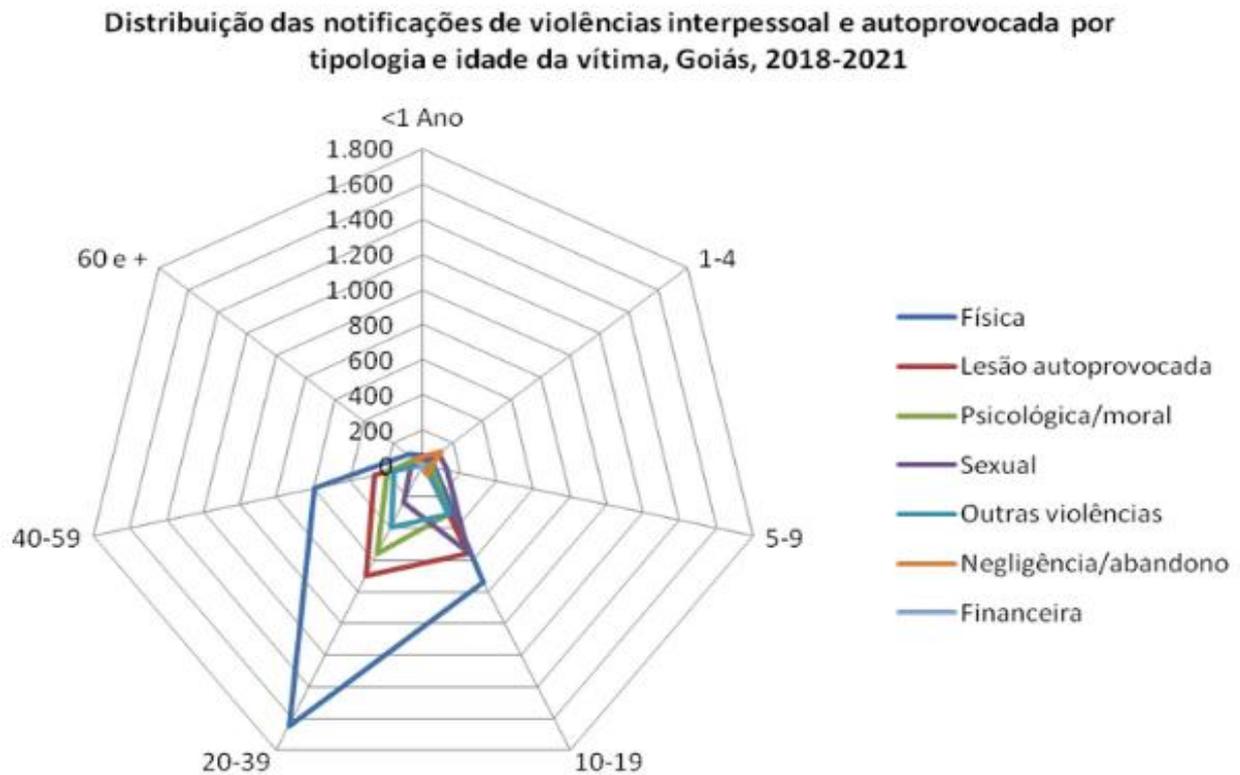
apontou que o ciclo de vida com maior número de vítimas foi o compreendido entre 20 a 59 anos (56%)<sup>7</sup>, ao passo que, em Goiás, as maiores vítimas de violência são na faixa etária de 20 a 39 anos. Em ambos os estados, nota-se que as mulheres em idade produtiva são as mais acometidas pelo agravo da violência. Quanto à raça/cor, primeiramente, ressalta-se que a população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas<sup>8</sup>, conforme o quesito raça/cor usado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nesse sentido, traz que, em Goiás, a população geral é predominante negra (64,5%), sendo 56,6% parda e 7,9% negra<sup>9</sup>, e na presente pesquisa predominou vítimas negras (70,5%). No estado do Rio Grande do Sul, a população geral é predominantemente branca (79%)<sup>10</sup>, e predominou vítimas da violência da raça/cor branca, homens e mulheres (77%)<sup>11</sup>. Por esses dados, observa-se que a predominância de raça/cor das vítimas reflete a proporção de raça/cor da região analisada. **Conclusão:** As notificações de violências interpessoais e autoprovocadas no SINAN estão em aumento. Porém, em 2020, correspondente ao primeiro ano de COVID-19, houve significativa redução das notificações. Identificado que cada ciclo de vida possui um tipo de violência mais prevalente, a saber: negligência em crianças; violência sexual e autoprovocada em adolescentes; violências físicas, autoprovocadas, psicológica/moral e outras violências nas mulheres adultas; e violência patrimonial nos idosos. Chama-se atenção para o fato das mulheres de 20-39, ou seja, pertencentes à população economicamente ativa, serem as maiores vítimas de violência. Observado que a predominância de vítimas de determinada raça/cor reflete a proporção dessa raça/cor na região analisada. **Palavras-chave:** Notificação; Violência interpessoal e autoprovocada; Sexo feminino.

## Anexo

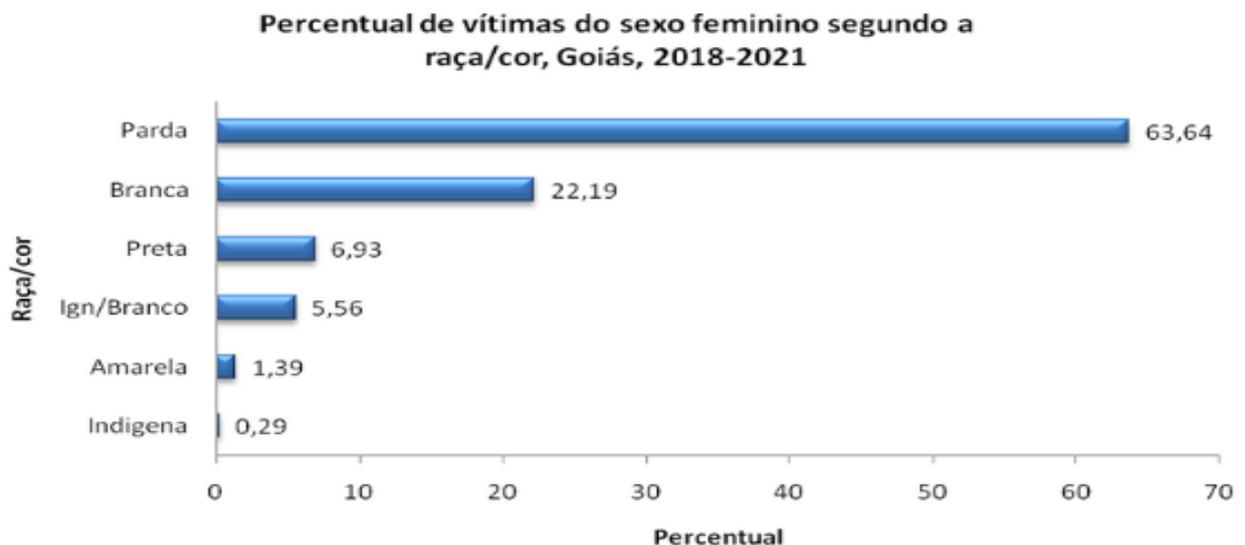
**Figura 1** – Notificação de violência interpessoal/autoprovocada, com vítimas do sexo feminino, Estado de Goiás, 2018-2021. Fonte: SINAN/MS, referência a 2018-2021, Estado de Goiás, dados extraídos em 24.03.2022.



**Figura 2** – Distribuição das notificações de violências interpessoal e autoprovocada por tipologia e idade da vítima, Estado de Goiás, 2018-2021. Fonte: SINAN/MS, referência a 2018-2021, Estado de Goiás, dados extraídos em 24.03.2022.



**Figura 3** – Percentual de vítimas de violência interpessoal/autoprovocada do sexo feminino e segundo a raça/cor, Estado de Goiás, 2018-2021. Fonte: SINAN/MS, referência a 2018-2021, Estado de Goiás, dados extraídos em 24.03.2022.



## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. World report on violence and health, Geneva: WHO; 2002. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf)
2. Governo do Estado de São Paulo. Informe Epidemiológico DVDCNT – 04/2020 – Notificação de Violência contra a mulher em tempos de COVID-19. BEPA 2020;17(200):37-43, 2020. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/34165>
3. PLATT, Vanessa Borges; GUEDERT, Jucélia Maria; COELHO, Elza Berger Salema. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. Rev Paul Pediatr. 2021;39:e2020267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Ghh9Sq55dJsrG6tsJsHCfTG/abstract/?lang=pt>
4. Governo do Distrito Federal. Informe epidemiológico: Violência interpessoal e Autoprovocada em tempos de Covid-19, Distrito Federal. Ano 01, nº 03, novembro de 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/822592/INFORME-EPIDEMIOLOGICO-COVID-3o-TRIMESTRE.pdf>
5. TEOFILO, Marcela Martins Alves et al. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). Cad. Saúde Colet., 2019, Rio de Janeiro, 27 (4): 437-447, 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/337258904\\_Violencia\\_contra\\_mulheres\\_em\\_Niteroi\\_Rio\\_de\\_Janeiro\\_informacoes\\_do\\_Sistema\\_de\\_Vigilancia\\_de\\_Violencias\\_e\\_Acidentes\\_2010-2014](https://www.researchgate.net/publication/337258904_Violencia_contra_mulheres_em_Niteroi_Rio_de_Janeiro_informacoes_do_Sistema_de_Vigilancia_de_Violencias_e_Acidentes_2010-2014)
6. Fundação Oswaldo Cruz. Violência Doméstica e Familiar na COVID-19. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-e-familiar-na-Covid-19.pdf>
7. ALMEIDA, Michele Barbosa de; SOTERO, Bernardo Paulino. Violência contra a mulher: uma análise das notificações compulsórias realizadas no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, entre 2009-2017 / Violence against women: an analysis of compulsory notifications on Rio Grande do Sul, Brazil, 2009-2017. Bol. saúde; 26(1): 51-64, jan.-jun.2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121999>
8. BRASIL. Lei nº 12.288 de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial, Brasília, DF, jul 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/lei/112288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/112288.htm)
9. CLAUDINO, J.; CRUVINEL, E. C.; MARINHO, F. V. M.; SATEL, C. I. R.; SOUSA, M. E. Perfil da mulher goiana. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, 2022. Disponível em: [https://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2297:perfil-da-mulher-goiana-2022&catid=8&Itemid=208](https://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2297:perfil-da-mulher-goiana-2022&catid=8&Itemid=208)

10. AUGUSTIN, André Coutinho [et al.]. Panorama das desigualdades de raça/cor no RS - Porto Alegre : Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2021, 83p. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/18175612-relatorio-tecnico-dee-panorama-das-desigualdades-de-raca-cor-no-rio-grande-do-sul.pdf>

11. Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Análise das situações de violência no Rio Grande do Sul: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS. Porto Alegre, 88p. 2020. Disponível em: <https://issuu.com/primeirainfanciamelhor-pim/docs/29145849-relato-u0301rio-especial-29-88pag-final>

## NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM GOIÁS: ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**PINHEIRO**, Juliêta Maria da Costa<sup>1</sup>

**OLIVEIRA**, Priscila Pereira de<sup>2</sup>

**RODRIGUES**, Maria de Fátima<sup>3</sup>

**FERRAZ**, Marília Ribeiro de Carvalho<sup>4</sup>

1 - Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO); Especialista em Políticas de Recursos Humanos para Gestão do SUS (Universidade de Brasília – UnB); e Terapia Cognitivo Comportamental (Faculdade Cambury/GO). Psicóloga na Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil. Email: [vivagoias@gmail.com](mailto:vivagoias@gmail.com); [psicojulietta2020@gmail.com](mailto:psicojulietta2020@gmail.com)

2 - Graduada em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá de Goiás; Técnica de Enfermagem na Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

3 - Graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO); Especialista em Epidemiologia (Universidade Federal de Goiás – UFG); Saúde Pública (Instituto de Atualização Profissional/Brasil); Gerontologia e Saúde do Idoso (Universidade Federal de Goiás – UFG); Coordenadora Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

4 - Graduada em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior de Rio Verde (IESRIVER/GO); Especialista em Gestão de Bloco Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica (Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO); e Auditoria em Sistemas de Saúde (Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO). Graduada em Direito (Universidade Salgado de Oliveira - Universo/GO). Enfermeira na Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** A violência mostra-se como um problema social e de saúde pública e apresenta complexos padrões na vida diária das pessoas, das famílias e das comunidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grandes probabilidades de resultar em lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”<sup>1</sup>. O termo violência é utilizado em muitos contextos sociais e pode ser empregado tanto para um homicídio quanto para maus tratos físicos, emocionais, verbais e psicológicos. Estudos pgressos sobre violências interpessoais e autoprovocadas do estado de Goiás têm apontado um aumento destas notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No cenário atual, a vigilância epidemiológica indica que a população mundial tem enfrentado a pandemia de COVID-19, uma doença infecciosa, causada pelo novo coronavírus, que pode levar a quadros respiratórios graves. Nesse contexto, as medidas de isolamento social, propostas pelas autoridades federais, estaduais e municipais, como importantes estratégias de prevenção de contágio e organização das redes de assistência para o enfrentamento à pandemia<sup>2</sup>, mostraram-se eficazes. Em contrapartida, o isolamento também intensificou a

convivência com familiares ou companheiros que residem na mesma habitação, esses últimos, apontados na maioria dos casos, como prováveis autores da violência interpessoal. O estresse e a sobrecarga de demandas decorrentes da pandemia podem intensificar a violência em ambientes previamente violentos, ou, gerar violência decorrente do isolamento e das dificuldades de administrar a realidade vivenciada<sup>2</sup>. **Objetivo:** Caracterizar a violência interpessoal e autoprovocada no estado de Goiás. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, sobre as violências interpessoais e autoprovocadas registradas em Goiás, a partir dos dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes a 2010-2021. **Resultados e Discussão:** Conforme dados da Tabela 1, em 2021, do total de 12.310 notificações de violência interpessoal e autoprovocada, 8.527 (69,2%) dos casos notificados tiveram como vítimas as pessoas do sexo feminino, e 3.779 (30,7%) do sexo masculino. Estudo realizado em uma capital do sul do Brasil no ano de 2018, corrobora este achado, indicando que 53.726 mulheres foram vítimas de violência sexual no Brasil. Isso significa que a cada hora cerca de 6 (seis) mulheres foram vítimas de estupro<sup>3</sup>. O ciclo de vida de adultos (51,1%) compreendeu maior percentual de vítimas de violência, sendo 13,4% de vítimas do sexo masculino e 37,7% de vítimas do sexo feminino. Dados contraditórios a esse achado foram apresentados no estudo da capital do sul do país, apontando predominância de vítimas jovens, principalmente com menos de 20 anos<sup>3</sup>. Pessoas de raça/cor parda sofreram mais violência (65,0%) se comparadas às da raça/cor branca (21,4%) e preta (6,4%). Chama a atenção o percentual de não informados nessa variável (5,7%). Quanto à tipologia, a violência mais notificada foi a física (30,3%), seguida pela autoprovocada (21,8%). Observou-se que as vítimas do sexo feminino sofreram maior número de violência se comparado às vítimas do sexo masculino, tendo as violências física e psicológica/moral apresentado maior amplitude de variação entre os dois sexos. Em contrapartida, informes epidemiológicos do Distrito Federal, no ano de 2021, apontam a violência autoprovocada como a mais praticada, com 29,3%, seguida pela violência física com 21,9%. Em ambos os estudos, as maiores vítimas são do sexo feminino e estão na faixa etária adulta (20 a 59 anos)<sup>4,5,6</sup>. Constatou-se que a residência é o local onde mais frequentemente ocorrem violências, com 8.693 (71%) casos, seguida da via pública, com 877 (7%). Salienta-se que em 1.822 (15%) das notificações não havia informação de local de ocorrência. Dados de Santa Catarina<sup>7</sup> confirmam este achado, indicando que 75,3% dos casos de violência ocorreram na residência, demonstrando que, muitas vezes, o(a) agressor(a) seja alguém da

família ou próximo. Quanto ao provável autor da violência, a própria pessoa apareceu em primeiro lugar, com 4.054 (32,2%) casos; em segundo lugar estão os pais, com 2.778 (22,1%); seguido por conhecidos e desconhecidos 1.933 (15,35%) e cônjuge 1.103 (8,8%). Entretanto, embora a própria pessoa represente 32,2% de autoria, a violência interpessoal praticada por outras pessoas representa 67,8%. Análise descritiva de Santa Catarina<sup>7</sup> corrobora nosso achado, apontando a própria pessoa (37%) como autor prevalente de violência, seguido pelos pais, com 20,8%. Os dados demonstram que quanto mais próximo o grau de parentesco com a vítima, maior é o percentual de ser o provável autor da violência. Analisando a proporção dos casos de violência conforme situação conjugal ocorridos em Goiás no ano de 2021, observou-se que 4.357 (35,4%) notificações são de vítimas solteiras; seguido por casados/união consensual com 2.205 (17,9%). Destaca-se a quantidade de informações ignoradas ou em branco, em 2.317 (18,8%) notificações. Dados epidemiológicos referentes ao ano de 2021 no Distrito Federal, encontraram um percentual de 33,48% de vítimas solteiras e 12,8% de vítimas casadas ou em união consensual. Dados em branco ou ignorados representaram 38,64%<sup>4,5,6</sup>. Pesquisa realizada no estado do Paraná<sup>8</sup>, a partir de dados extraídos do SINAN, identificou que 47,9% das vítimas possuíam companheiro, e evidenciou 4,2% de informação ignorada. Comparando os dados do Paraná, Goiás e Distrito Federal, observou-se que quanto maiores os percentuais de dados em branco ou ignorados, maior o percentual de vítimas solteiras. Assim, evidencia-se que o preenchimento inadequado da ficha de notificação pode estar camuflando o real perfil das vítimas de violência em Goiás, sinalizando a possibilidade da violência ter maior prevalência em pessoas casadas. Em relação à repetição, constatou-se que 41,3% ocorreram pela primeira vez, e 34,9% ocorreram mais de uma vez. Destaca-se a elevada proporção de notificações preenchidas com ignorados ou brancos nesta variável, que representaram 23,8% do total. Os dados de Goiás apresentam similaridade com os dados extraídos de informes epidemiológicos do Distrito Federal<sup>4,5,6</sup>, que apontaram que 19,31% das violências ocorreram pela primeira vez, e 38,27% do total de notificações foram dados em branco ou ignorados. Entretanto, pesquisa realizada no estado do Paraná<sup>8</sup> opõe-se aos achados nos estudos de Goiás e do Distrito Federal, ao informar que 49,3% dos casos notificados ocorreram pela primeira vez, e 5,9% de todas as notificações nesta variável foram ignoradas ou em branco. **Conclusão:** A pandemia de COVID-19 implicou na redução das notificações. As principais vítimas foram pessoas adultas, do sexo feminino, solteiras, da raça/cor parda, e a principal violência foi do tipo física. A residência revelou-

se como local de maior ocorrência e a própria pessoa figurou como principal provável autor da violência. Foi observado que o preenchimento incompleto da ficha de notificação implicou em significativos percentuais de informações ignoradas ou em brancos em alguns campos, demonstrando a necessidade de capacitar profissionais de saúde para o preenchimento mais completo da ficha de notificação.

**Palavras-chave:** Ficha de notificação; Violência interpessoal e autoprovocada; Perfil da violência.

### Anexo

Tabela 1 – Caracterização das violências interpessoais e autoprovocadas, segundo sexo, ciclo de vida, raça/cor e tipologia da violência, Goiás, 2021\*

Características	Sexo masculino/total		Sexo feminino/total		Não informado <sup>1</sup> /total		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ciclo de vida</b>								
Crianças (0-9 anos)	1.097	8,9	1.271	10,3	2	0,0	2.370	19,3
Adolescentes (10-19 anos)	700	5,7	2.329	18,9	1	0,0	3.030	24,6
Adultos (20-59 anos)	1.655	13,4	4.640	37,7	1	0,0	6.296	51,1
Idosos (60 anos +)	327	2,7	287	2,3	0	0,0	614	5,0
<b>Total de notificações</b>	<b>3.779</b>	<b>30,7</b>	<b>8.527</b>	<b>69,2</b>			<b>12.310</b>	<b>100,0</b>
<b>Raça/cor</b>								
Parda	2.581	21,0	5.418	44,0	3	0,0	8.002	65,0
Branca	687	5,6	1.952	15,9	1	0,0	2.640	21,4
Preta	239	1,9	550	4,5	0	0,0	789	6,4
Outros <sup>2</sup>	46	0,4	132	1,1	0	0,0	178	1,4
Não informado <sup>1</sup>	226	1,8	475	3,9	0	0,0	701	5,7
<b>Total de notificações</b>	<b>3.779</b>	<b>30,7</b>	<b>8.527</b>	<b>69,4</b>			<b>12.310</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipologia da violência</b>							<b>n = 19.895</b>	
Física	1.853	9,3	4.182	21,0	-	-	6.035	30,3
Autoprovocada	1.348	6,8	2.981	15,0	-	-	4.329	21,8
Psicológica/moral	450	2,3	2.099	10,6	-	-	2.549	12,8
Sexual	213	1,1	1.640	8,2	-	-	1.853	9,3
Negligência/abandono	958	4,8	837	4,2	-	-	1.795	9,0
Outras <sup>3</sup>	999	5,0	2.335	11,7	-	-	3.334	16,8
<b>Local da ocorrência</b>							<b>n = 12.310</b>	
Residência	2.452	19,9	6.240	50,7	0	0,0	8.692	70,6
Ignorado/branco	540	4,4	1.281	10,4	4	0,0	1.825	14,8

Via pública	420	3,4	456	3,7	0	0,0	876	7,1
Outros <sup>4</sup>	367	3,0	550	4,5	0	0,0	917	7,5
<b>Provável autor</b>							<b>n = 12.590</b>	
Própria pessoa	1.251	9,9	2.803	22,3	-	-	4.054	32,2
Pai e mãe	1.450	11,5	1.328	10,6	-	-	2.778	22,1
Conhecidos e desconhecidos	679	5,4	1.254	10,0	-	-	1.933	15,4
Cônjuge	107	0,9	996	7,9	-	-	1.103	8,8
Outros <sup>5</sup>	648	5,2	2.074	16,5	-	-	2.722	21,6
<b>Situação conjugal</b>							<b>n = 12.310</b>	
Solteiro	1.155	9,38	3.200	26,0	2	0,0	4.357	35,39
Não se aplica	1.238	10,06	1.568	12,7	2	0,0	2.808	22,81
Situação conjugal ignorada/branco	732	5,95	1.585	12,9	0	0,0	2.317	18,82
Casado/União Consensual	496	4,03	1.709	13,9	0	0,0	2.205	17,91
Outros <sup>6</sup>	158	1,28	465	3,8	0	0,0	623	5,06
<b>Repetição</b>							<b>n = 12.310</b>	
Sim	944	7,7	3.351	27,2	1	0,0	4.296	34,9
Não	1.883	15,3	3.197	26,0	1	0,0	5.081	41,3
Ignorado	952	7,7	1.979	16,1	2	0,0	2.933	23,8

Legenda: 1. Informação ignorada ou em branco.

2. Amarela, indígena.

3. Tortura, violência financeira/econômica, trabalho infantil, intervenção legal, tráfico de seres humanos, outros.

4. Habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústrias, outros.

5. Outros vínculos, ex-cônjuge, namorado, padastro, filho, irmão, ex-namorado, cuidador, agente da lei, relação institucional, madrasta, chefe/patrão.

6. Separado, viúvo.

Fonte: SINAN/VIVA/GVE/SUVISA/SES-GO. \*Dados preliminares extraídos em 07/02/2022.

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. World report on violence and health, Geneva: WHO; 2002.

2. Shirassu MM, Moraes MA de, Machado CA, D'Agostini TL, Paula RC de. Notificação de violência contra a mulher em tempos de COVID-19. Bepa [Internet]. agosto de 2020 [acesso em 18 mai 2022];17(200):37-43. Disponível em:

<https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/33942>

3. Maluf GC, Donida IC, Francisco JAF, Nisihara RM. Mudanças no perfil da mulher vítima de violência sexual em uma capital do sul do Brasil, Medicina (Ribeirão Preto) [Internet], outubro

2021 [acesso 30 mai 2022]; 54(2):e-177038. Disponível em

<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/177038>

4. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Vigilância à Saúde, Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências. Informe epidemiológico Quadrimestral. Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal. Primeiro Quadrimestre, 2021 Ano 02, nº 02, [Internet], maio de 2021 [acesso 03 jun 2022]. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/822588/INFORME-1o-QUADRIMESTRE-2021.pdf/0804623a-2468-3149-a7da-d36bfa9c8aa8?t=1649975831033>

5. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Vigilância à Saúde, Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências. Informe epidemiológico Quadrimestral. Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal. Segundo Quadrimestre, 2021 Ano 02, nº 03, [Internet], outubro de 2021 [acesso 03 jun 2022]. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/822588/Informativo-Epidemiologico-de-violencia-interpessoal-e-autoprovocada-2o-Quadrimestre-2021.pdf/c3eded0e-87c6-9734-6c2f-11b0eecbff54?t=1649975830044>

6. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Vigilância à Saúde, Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências. Informe epidemiológico Quadrimestral. Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal. Terceiro Quadrimestre, 2021 Ano 03, nº 01, [Internet], janeiro de 2022 [acesso 03 jun 2022]. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/822588/INFORME-3o-QUADRIMESTRE-2021.pdf/686e8ba9-5f5f-a1e0-06df-3fe1e6c0772e?t=1649975828923>

7. Wanzinack C. Violência interpessoal/autoprovocada e desenvolvimento regional: uma análise descritiva de Santa Catarina entre 2015 a 2019. X Seminário Internacional sobre desenvolvimento regional. [Internet], setembro de 2021 [Acesso em: 31.05.2022]. Disponível em:

<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/view/21241/1192613398>

8. Andrade CM de, Teixeira GT, França TB, Rambo M, Trevisan MG, Casaril E, et al. Violência interpessoal e autoprovocada: caracterização dos casos notificados em uma regional de saúde do Paraná. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 30 jun 2022]; 25. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.63758>

## SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO: UMA ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA NO ENFRENTAMENTO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NA POPULAÇÃO DE MOTORISTAS DE CARGA DO ESTADO DE GOIÁS

**RODRIGUES**, Maria de Fátima<sup>1</sup>

**ISAAC**, Isabela Ghetti Macedo<sup>2</sup>

**GARCIA**, Leilinéia Pereira Ramos de Rezende<sup>3</sup>

**SARDINHA**, Andréia de Souza Franco<sup>4</sup>

**CARVALHO**, Magna Maria de<sup>5</sup>

**PINHEIRO**, Juliêta Maria da Costa<sup>6</sup>

**FERRAZ**, Marília Ribeiro de Carvalho<sup>7</sup>

**OLIVEIRA**, Priscila Pereira de<sup>8</sup>

1 - Assistente Social; Especialista em Epidemiologia, Saúde Pública e Gerontologia e Saúde do Idoso; Coordenadora de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil. Endereço para correspondência: [vivagoias@gmail.com](mailto:vivagoias@gmail.com)

2 - Médica Endocrinologista, Mestre em Biologia da Relação Parasito-Hospedeiro, Analista da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

3 - Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Vigilância em Saúde; Analista da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

4 - Enfermeira; Especialista em Enfermagem em Emergência e Urgência; Analista da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

5 - Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Gerente de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não-Transmissíveis GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

6 - Psicóloga; Especialista em Políticas de Recursos Humanos para Gestão do SUS e Terapia Cognitivo Comportamental. Analista da Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

7 - Enfermeira; Técnica da Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

8 - Enfermeira; Especialista em Gestão de Bloco Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica, Auditoria em Sistemas de Saúde. Analista da Coordenação de Vigilância de Violências e Acidentes/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** A Organização das Nações Unidas estabeleceu os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sendo que o objetivo 3 - Saúde e Bem Estar contempla metas para redução da mortalidade por acidentes de trânsito e redução da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DANTs<sup>1</sup>. As DANTs são fatores de risco para os acidentes de trânsito<sup>2</sup>. Segundo dados da Polícia Rodoviária Federal - PRF, nas rodovias federais do estado de Goiás, no ano de 2021, ocorreram 2.190 acidentes de trânsito. Destes, 34% aconteceram a partir da interação de um caminhão com outro veículo (caminhão x automóvel, caminhão x motocicleta, caminhão x caminhão) e do total dos acidentes com ocorrência de óbitos, 46% deles tiveram o envolvimento de um caminhão<sup>3</sup>. **Objetivos:** Este relato de experiência visou apresentar o Operativo Saúde e

Segurança do Trabalho, que consistiu na oferta de serviços de saúde para caminhoneiros em duas rodovias goianas. O objetivo do operativo foi ofertar serviços de saúde aos motoristas do transporte de carga e obter o diagnóstico situacional de saúde alusivo às doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, infecções sexualmente transmissíveis, situação vacinal, força muscular e acuidade visual dos motoristas. Buscou identificar fatores de risco para acidentalidade como referência para a prevenção aos acidentes de trânsito nas estradas. **Metodologia:** Como estratégia de enfrentamento dos acidentes de trânsito e das DANTs, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás realizou em postos da PRF, operativos nas cidades de Anápolis e Jataí, no estado de Goiás, no mês de maio de 2022. Participaram destas ações 69 profissionais de saúde de diversas formações, tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, dentre outros. **Resultados e Discussão:** Nestas ocasiões, 120 motoristas foram abordados por membros da PRF e convidados a participar da aferição de níveis pressóricos (indivíduo sentado, aparelho de pressão digital automático G. Tech), glicemia (aparelho OK Meter Match II Sistema de Monitoramento de Glicemia), peso (balança digital Joicare com capacidade de 180kg e precisão 100g), altura (fita métrica) e cálculo do índice de massa corpórea (a partir da fórmula  $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ ), e testagem sorológica para hepatites, HIV, sífilis, SARS-Cov-2 (testes rápidos qualitativos para a detecção de antígenos do Vírus SARS-Cov-2-Bio\_Manguinhos, de lote nº 21OKD022Z, validade 01/2023), de testagem de acuidade visual para analisar a capacidade de distinguir o contorno e a forma das coisas e força de preensão palmar (utilizando o dinamômetro manual para teste de esforço físico manual em kg/f), submeter-se a exame toxicológico, receber vacinação de influenza e COVID-19, bem como responder questionário sobre uso de tabaco, consumo de bebida alcoólica e conhecimento de pontos de exploração sexual de crianças e adolescentes. Os testes aplicados seguiram protocolos do Ministério da Saúde. Nem todos os trabalhadores usufruíram de todos os serviços oferecidos, uma vez que não havia obrigatoriedade para participar, podendo o motorista optar entre os serviços de saúde disponíveis. A análise ocorreu a partir dos dados coletados da Ficha de Atendimento Único do Operativo Saúde e Segurança do Trabalho. Dos 120 participantes, apenas 1 era do sexo feminino. A idade variou de 19 a 66 anos, sendo a mediana de 42 anos. Com relação à escolaridade, 46% possuíam nível médio, seguido de 45% nível fundamental. Dentre os 99 caminhoneiros em que o IMC foi calculado, 81% apresentaram excesso de peso e quase metade apresentou obesidade (49%). Dos 113 motoristas que fizeram a testagem de glicemia, 12 relataram ser diabéticos, porém somente

8 referiram fazer tratamento com o uso de medicamentos. Em 11% os valores estavam alterados (considerando valor igual ou acima de 126mg/dl em indivíduos com jejum, e valores igual ou acima de 200ml/dl em indivíduos que relataram não estar em jejum). Antes de aferir a pressão arterial, os motoristas foram acolhidos de forma humanizada, e como cuidado para que o stress não interferisse no resultado, passaram primeiro por outros serviços. Dos 113 motoristas atendidos, 12 relataram ser hipertensos e fazer uso de medicamentos. No momento da abordagem, 54,% dos motoristas estavam com pressão alterada (considerando valor igual ou acima de 140 x 90 mmHg), sendo encaminhados para atendimento médico, e todos relataram desconhecer tal situação. Cento e dez motoristas foram atendidos no teste de força de pressão palmar, 71% tiveram resultados satisfatórios e 4% alterados nos testes na mão direita. Na mão esquerda, 68% dos testes foram satisfatórios e 7% alterados. Oitenta e sete motoristas foram submetidos aos testes de acuidade visual, sendo que 65% dos resultados foram satisfatórios e 9% apresentaram alteração no olho direito, e olho esquerdo 67% foram satisfatórios e 7% alterados. Quanto à reação ao ofuscamento, dos 73 testados, 100% tiveram resultados satisfatórios. Dentre os 79 testados em visão cromática, apenas 2% apresentaram resultado alterado. Quanto aos exames toxicológicos, exigidos para transportadores de carga e motoristas profissionais das categorias C, D e E, que identificam o consumo de determinadas drogas e medicamentos considerados nocivos ao organismo e que causam dependência, dos 89 motoristas que se submeteram a este teste, em 100% o resultado foi negativo. Os testes relacionados a doenças infecciosas (69) foi o de menor adesão, o que pode refletir receio da confirmação de diagnóstico, apesar de ter sido assegurado o anonimato dos resultados. Apenas 1 teste apresentou resultado positivo para sífilis. A maioria (64%) dos motoristas do transporte de carga afirmou fazer uso de bebida alcoólica. Não foi perguntado se este uso de bebida era feito no momento da direção, uma vez que a ação contava com atuação fiscalizatória da PRF e da seção de fiscalização da Superintendência Regional do Trabalho - SRT, e poderia provocar viés nas respostas. Entretanto, considerando que a maior parte da vida destes trabalhadores é nas estradas, torna-se preocupante esta informação. O consumo de álcool pode oferecer risco para o envolvimento do caminhoneiro na acidentalidade de trânsito nas rodovias<sup>4</sup>. Foram aplicadas 117 doses de vacina contra Influenza e 70 de doses de vacina contra a COVID-19. O percentual de motoristas tabagistas e etilistas também estava maior que da população geral. A alta prevalência de obesidade (48%) na população estudada, é um achado bastante preocupante, considerando que está acima da prevalência da população geral.

A alta prevalência do excesso de peso é uma realidade observada na população brasileira e goiana, conforme os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF os quais indicaram que, em 2008-2009, no Brasil 50% dos adultos apresentavam excesso de peso e 12% apresentaram obesidade<sup>5</sup>.

**Considerações finais:** Esta experiência possibilitou detectarmos a alta prevalência da obesidade e de pressão arterial acima dos valores normais nos trabalhadores do transporte de cargas, e foi determinante para subsidiar a elaboração de propostas de intervenção focadas na promoção da saúde e prevenção dos acidentes de trânsito nas rodovias, resultando na elaboração de um plano de ação, construído de forma intersetorial, voltado para promover a saúde destes trabalhadores com vistas na redução dos acidentes de trânsito. O diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores abordados e o plano de ação foram apresentados às transportadoras de cargas e embarcadores, ligados aos motoristas que participaram dos operativos. Estas empresas foram identificadas pela seção de fiscalização (SRT), parceira na ação. A disseminação de uma cultura de segurança no trânsito perpassa pela necessidade de ações educacionais eficientes e pela promoção da qualidade de vida dos condutores. O operativo oportunizou aos trabalhadores do transporte de carga acesso a serviços básicos de saúde, que visam à prevenção das DCNTs e, por conseguinte, a redução dos acidentes de trânsito.

**Palavras-chave:** Doenças crônicas não transmissíveis; Motoristas do transporte de cargas; Acidente de trânsito.

### Referências

1. Organização das Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Resolução A/RES/70/1 [internet]. Nova Iorque: UN; 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2022.
2. Skyving M, Forsman Å, Dukic Willstrand T, Laflamme L, Möller J. Medical impairment and road traffic crashes among older drivers in Sweden - A national, population-based, case-control study. *Accid Anal Prev.* 2021 Dec;163:106434. doi: 10.1016/j.aap.2021.106434. Epub 2021 Oct 23. PMID: 34700248.
3. Polícia Rodoviária Federal. Atlas da Década de Ações para a Segurança Viária: Polícia Rodoviária Federal - Diretoria de Operações - Coordenação Geral de Segurança Viária. Brasília Setembro/2021.

4. Guedes HM, Brum KA, Costa PA, Almeida MEF. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial entre motoristas caminhoneiros. *Cogitare Enferm.* 2010 out./dez.;15(4):652-8.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2011. <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2022.

## VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM GOIÁS: IMPLANTAÇÃO E PERSPECTIVAS

CARVALHO, Magna Maria de<sup>1</sup>  
GARCIA, Leilinéia Pereira Ramos de Rezende<sup>2</sup>

1 - Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Gerente de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não-Transmissíveis GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil. [magnasuvisa@gmail.com](mailto:magnasuvisa@gmail.com)

2 - Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Vigilância em Saúde; Analista da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** Com o envelhecimento da população mundial houve mudanças no perfil de morbimortalidade em que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a constituir uma preocupação de grande relevância na maioria dos países.<sup>1</sup> No Brasil, o conjunto das quatro DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e *diabetes mellitus*) responde por cerca de 70% das mortes e, por este motivo, foi priorizado pelo plano nacional de enfrentamento das DCNT. Adicionando as causas externas a esse grupo, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) respondem pela maioria absoluta dos óbitos, em Goiás e no Brasil<sup>1</sup>. Exceção observada nos anos 2020 e 2021 quando a COVID-19 foi a principal causa de morte, ainda assim, a maioria dos casos graves e óbitos ocorreram em indivíduos com comorbidades, sendo as DCNT as principais causas.<sup>2,3,4</sup> Na perspectiva da prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, tornam-se fundamentais ações que criem ambientes favoráveis à saúde e favoreçam escolhas saudáveis e compete aos serviços de vigilância monitorar a ocorrência e a tendência não só destas doenças, seus agravos e fatores de risco<sup>5,6</sup> mas também conhecer os fatores determinantes e condicionantes desse processo, atuando de forma preventiva na saúde das populações, dentro dos objetivos do desenvolvimento sustentável, os ODS.<sup>7</sup> Nesse contexto, muitas ações de vigilância e intervenção têm sido introduzidas em diferentes países, desde o início da década de 70, com o objetivo de modificar fatores de risco e diminuir a morbidade e a mortalidade por estas doenças<sup>8,9</sup>. Destaca-se, nessas experiências, a importância das políticas públicas e dos sistemas de vigilância dos fatores de risco para conhecer a magnitude do problema e desenvolver ações mais custo-efetivas.<sup>10</sup> **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo descrever o sistema de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis no Estado de Goiás e as perspectivas para o próximo triênio. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio de revisão de literatura, consulta

a portarias, relatórios anuais e planos de enfrentamento obtidos na Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. **Resultados e Discussão:** Como resultados tivemos a inclusão da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo da vigilância em saúde com o ingresso na rede CARMEN da organização pan americana de saúde (OPAS); a elaboração do plano estratégico para o enfrentamento das DANT, sendo que em 2018 houve uma revisão desse plano com ênfase nas ações de promoção da saúde e um redesenho das prioridades e modelos de monitoramento. Atualmente algumas estratégias estão em curso, priorizando a vigilância das DCNT e a promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo um custo menor do que as abordagens para as doenças específicas. **Conclusão:** Diante da elevada magnitude das doenças e agravos não transmissíveis, intensificada com a pandemia de COVID-19, torna urgente a organização e implantação de um sistema de vigilância de DANT com foco no monitoramento da morbimortalidade, na vigilância integrada dos fatores de risco e nas medidas de prevenção e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Vigilância; Fatores de risco; Promoção da saúde.

## Referências

1. Malta DC et al. Trends in mortality dueto non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Popul Health Metr.* 2020 Sep 30; 18(Suppl 1):16.
2. Arruda DEG et al. Prognóstico de pacientes com COVID-19 e doenças crônicas: uma revisão sistemática. *Com. Ciências Saúde*, 2020; 31(3):79-88.
3. Estrela FM et al. COVID-19 e Doenças Crônicas: Impacto e desdobramentos frente a Pandemia. *Rev. baiana enfermagem* (2020); 34 e 36559.
4. Mesenburg MA et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e COVID-19: resultados do estudo Epicovid-19 Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2021, 55-38.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. [acesso em: 29 set. 2022] Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_enfrentamento\\_doencas\\_cronicas\\_agrivos\\_2021\\_2030.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf).

6. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil). [Internet]. Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. [acesso em: 29 de set. 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).
7. Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2021. Brasília: Organização das Nações Unidas. [acesso em: 29 de set. 2022] Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
8. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (Goiás). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: 2011-2021. Revisão 2018.
9. Portaria 439/2001 Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (Goiás). Criação e competência dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica municipais.
10. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhalra N *et al*. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012;380(9842):668-79

## CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E NUTRICIONAL DE PACIENTES ADMITIDOS COM COVID-19 EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA

**FLEURI**, Jaqueline Aguiar<sup>1</sup>  
**DUARTE**, Giovanna Mendonça Feitosa<sup>1</sup>  
**SANTOS**, Polianna Ribeiro<sup>1</sup>

1 - Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT);  
[jaqueaguiarfleuri@gmail.com](mailto:jaqueaguiarfleuri@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** A infecção respiratória aguda ocasionada pelo coronavírus é potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição mundial<sup>1</sup>. Pode-se apresentar com várias características, desde assintomática a sintomática, cursando com febre, tosse e insuficiência respiratória grave, sendo necessária internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), podendo levar à morte<sup>2</sup>. Existem alguns fatores de risco para o aumento da mortalidade que estão relacionados à progressão e complicação do quadro da doença, como por exemplo, idade avançada, etnia, sexo masculino, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como doença cardiovascular, Diabetes Mellitus (DM), obesidade<sup>2</sup>. Dentre tais fatores, o estado nutricional dos pacientes tem sido relacionado como possível fator prognóstico, como verificado em outras infecções de cunho viral (H1N1 e no Vírus da Imunodeficiência Adquirida - HIV). Os estudos não só chamam atenção aos fatores como idade avançada e desnutrição, mas também a má nutrição, que inclui pacientes obesos e com comorbidades associadas<sup>3</sup>. Considerando a escassez de estudos sobre o tema, surgiu a necessidade de avaliar a caracterização clínica e nutricional de pacientes acometidos por tal infecção viral. **Objetivos:** Realizar uma caracterização clínica e nutricional de pacientes admitidos com COVID-19 em um Hospital de Referência em Infectologia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional e analítico, com delineamento longitudinal retrospectivo, com utilização de dados de prontuários eletrônicos de pacientes admitidos com COVID-19 entre o período de março de 2020 a maio de 2021, em um Hospital Referência em Infectologia, localizado na cidade de Goiânia, no estado de Goiás, durante a pandemia de COVID-19. Foram incluídos na pesquisa, pacientes com 18 anos ou mais, de ambos os sexos e excluídos pacientes sem dados nutricionais até a alta hospitalar, além de crianças, gestantes e adolescentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Humana do Hospital, sob o número de parecer 5.450.236 e CAAE nº 58807022.0.0000.0034, obedecendo aos

aspectos éticos especificados na resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados para caracterização clínica e nutricional foram obtidos através de registros médicos e da equipe multiprofissional, com as seguintes variáveis: sexo; idade; procedência, sintomas (respiratórias ou não), vacinação, comorbidades (infecciosas ou crônicas), evolução clínica (UTI, enfermaria ou emergência), desfecho clínico (alta, óbito ou transferência) e dados referentes ao estado nutricional (desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade) por meio do Índice de Massa Corporal (IMC). Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e analisados descritivamente (variáveis qualitativas) por meio de frequência (n) e porcentagem (%). **Resultados e Discussão:** Foram coletados dados de 330 pacientes, porém houve exclusão de 14 que não possuíam dados nutricionais nos prontuários. Dessa forma, a amostra final contou com um n de 316. Em relação ao sexo, metade da amostra era do sexo masculino 50,6% (n=160) com predominância na população adulta; 57,6% (n=182). Grande parte dos pacientes era procedente de outras instituições, 74,6% (n=235). Em relação aos sintomas na admissão, os mais relatados foram respectivamente, dispneia 59,8% (n=189); tosse 48,1% (n=152); febre 41,8% (n=132); dependência de O<sub>2</sub> 38,9% (n=123); astenia 37,3% (n=118) e mialgia 28,5% (n=90). No que se refere às comorbidades, 85,8% (n=259) apresentaram comorbidades prévias. Dentre estes 45,7% (n=138) eram hipertensos; 24,2% (n=73) diabéticos; 21,5% (n=65) obesos; 20,2% (n=61) eram portadores do HIV; 9,3% (n=28) tinham doença cardíaca; 6,6% (n=20) com doença renal; 6,0% (n=18) dislipidêmicos e 1% (n=3) com tuberculose. Quanto ao estado nutricional na admissão, 37,6% (n=111) foram classificados como em sobrepeso; 33,9% (n=100) em eutrofia; 22% (n=65) em obesidade e 6,4% (n=19) em desnutrição. Já referente ao estado nutricional no desfecho, 36,4% (n=106) foram classificados como em sobrepeso; 34% (n=99) em eutrofia; 22,3% (n=65) em obesidade e 7,2% (n=21) em desnutrição. Quanto à evolução clínica 65,5% (n=207) cursaram em UTI; 32,6% (n=103) em Unidades de Internação Regular (UIR) e 1,9% (n=6) em leitos de emergência, sendo que, 50,8% (n=160) obtiveram alta hospitalar; 35,9% (n=113) vieram a óbito; 9,8% (n=31) foram transferidos e 3,5% (n=11) evadiram. Em relação ao estudo observou-se que houve predominância de adultos do sexo masculino, oriundos de outras instituições. Os sintomas mais prevalentes e que cursam gravidade foram dispneia e a dependência de oxigenoterapia. Ao que refere a vacinação 90,2% da amostra não se vacinou por não haver vacina no período e apenas 3,8% vacinaram. Como perfil de comorbidades prévias da população estudada, as mais

prevalentes foram: hipertensão; diabetes; obesidade; doença cardíaca; doença renal; dislipidemia e tuberculose. Em relação à classificação do IMC na admissão, houve prevalência da obesidade e sobrepeso; já no estado nutricional ao sobrepeso e eutrofia. No desfecho nutricional não ocorreram mudanças significativas no perfil nutricional. A internação em UTI foi a evolução clínica que atingiu mais da metade dos pacientes. Os resultados apresentados ao serem confrontados com a literatura do tema se coadunam quanto ao sexo, sintomatologia respiratória, perfil de doenças não transmissíveis, perfil nutricional e evolução em unidades de terapia intensiva<sup>1,2,3,4</sup>. **Conclusões:** Conclui-se que na amostra estudada os pacientes com COVID-19 na admissão apresentaram em sua maioria dispneia e dependência de O<sub>2</sub>, além de serem diabéticos e hipertensos em sua maioria. A maioria dos pacientes tinha excesso de peso. E as complicações cursaram internação na UTI. **Palavras-chave:** Dados Clínicos; COVID-19; Estado Nutricional.

### Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Brasília, DF: MS, 2021:136.
2. Silva I, Faria NC, Ferreira ARS, Anastácio RL, Ferreira LG. Fatores de risco para doença crítica e morte entre adultos brasileiros com COVID-19. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Belo Horizonte, 2021; 54(01):5.
3. Weber TK, Leandro-Merhi VA, Bernasconi I, Oliveira MRM. Nutritional therapy in hospital care of in-patients with Covid-19: evidence, consensus and practice guidelines. *Revista de Nutrição*, São Paulo, 2020; 33(01): 15.
4. Petrelli CM, Jones AS, Yang J, Rajagopalan H, Donnell LO, Chernyak Y, Tobin KA, Cerfolio RJ, Francois F. Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with Covid-19 disease in New York City. *BMJ*, Nova York, 2020; 01(01).

## FOTOBIMODULAÇÃO NO TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO DECORRENTE DE INTERNAÇÃO A LONGO PRAZO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RAMOS, Ritchelly dos Reis<sup>1</sup>  
OLIVEIRA, Laryssa Cristina Borges<sup>1</sup>

1 - Núcleo de Apoio a Saúde da Família – Joviânia, Goiás; email para contato: [ritchelly\\_dosreis@hotmail.com](mailto:ritchelly_dosreis@hotmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** As lesões por pressão (LPP), também conhecidas por úlceras de pressão, são danos localizados na pele ou em tecidos subjacentes. Apresenta quatro estágios, sendo o estágio quatro o de maior comprometimento. Dentre as terapias não farmacológicas de tratamento de uma LPP, temos a fotobiomodulação que produz efeitos analgésicos, anti-inflamatório e de reparação tecidual. Em setembro de 2021, recebemos o paciente C.D.B para reabilitação cardiorrespiratória com o diagnóstico de pneumonia pós COVID-19 e LPP em região lombossacral em estágio IV. Essa LLP desencadeava dores, secreções, odor e limitações físicas para o paciente e consequentemente prejudicava a reabilitação do mesmo. Diante disso, realizamos um protocolo com a fotobiomodulação para solucionar esse problema e promover um atendimento integral e humanizado a esse paciente. **Objetivos:** Promover a reparação tecidual em paciente pós-COVID 19 com lesão por pressão implementando um protocolo de atendimento de fotobiomodulação. **Metodologia:** Utilizou-se o aparelho de fotobiomodulação THERAPY EC SN 42890 da marca DMC, registro ANVISA 80030810156, sem fio, peso de 2 kg, dimensões de 36 × 27 × 18 cm, luz infravermelho (comprimento de onda laser infravermelho 808 nm) e vermelho (comprimento de onda laser vermelho 660 nm). Nas duas primeiras semanas (10 dias) foram realizadas aplicações da fotobiomodulação todos os dias após os exercícios cardiorrespiratórios, de modo pontual de 1 joule (J)/cm<sup>2</sup> de luz vermelha e infravermelha simultâneas aproximadamente 10 cm da borda e em toda extensão do corpo da lesão repetindo 1 J/cm<sup>2</sup> de luz vermelha pontual no corpo da lesão. Após as duas semanas, foram realizadas janelas de aplicações da fotobiomodulação (intervalo de um dia, ou seja, três vezes por semana) após os exercícios cardiorrespiratórios, de modo pontual de 2 J/cm<sup>2</sup> de luz vermelha e infravermelha simultâneas aproximadamente 10 cm da borda e em toda extensão do corpo da lesão repetindo 2 J/cm<sup>2</sup> de luz vermelha pontual no corpo da lesão. Foram realizadas 30 sessões de fotobiomodulação entre os meses de outubro de 2021 a janeiro de 2022. A verificação

foi realizada de modo visual por meio de fotos feitas por um aparelho celular. **Resultados e Discussão:** No presente estudo, houve uma grande redução do tamanho da LPP do mês de outubro para o mês de novembro, conforme Figura 1. O paciente relatou também melhora na dor e no odor e conseqüentemente houve uma melhora na execução dos exercícios cardiorrespiratórios através da evolução gradativa a cada sessão e no retorno das atividades de vida diária e laborais. Pode-se observar também redução significativa do mês de dezembro de 2021 para o mês de janeiro de 2022 com o fechamento da LPP, de acordo com a Figura 2. Alguns estudos, como o de Hernández et al. (2015), têm encontrado a efetividade do uso da fotobiomodulação na cicatrização de LPP. **Conclusões:** Com os efeitos positivos obtidos nessa experiência, foram atendidos outros casos com LPP. O protocolo de aplicação é utilizado por toda equipe, padronizando o atendimento resultando na melhora da qualidade de vida dos pacientes e reduzindo os gastos com possíveis complicações futuras. **Palavras-chave:** Lesão por pressão; Fotobiomodulação; Laserterapia.



**Figura 1:** fotos mensais do mês de outubro e novembro de 2021 (da direita para esquerda, respectivamente).



**Figura 2:** fotos mensais do mês de dezembro de 2021 e janeiro de 2022 (da direita para esquerda, respectivamente).

## Referências:

Hernández E, Khomchenko V, Sola A, Pikirenia II, Alcolea JM, Trelles MA. Tratamiento de las úlceras crónicas de las piernas con láser de Er: YAG y tecnología RecoSMA. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 2015. 41(3):271-282. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3655/365541786006.pdf>

## PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NO ESTADO DE GOIÁS: HÁ UNIFORMIDADE ENTRE AS FONTES DE INFORMAÇÃO?

ISAAC, Isabela Ghetti Macedo<sup>1</sup>  
SARDINHA, Andréia de Souza Franco<sup>2</sup>  
DE CARVALHO, Magna Maria<sup>3</sup>  
REBOUÇAS, Alessandra Chrystina Ramos<sup>4</sup>  
DE OLIVEIRA, Sandra Pires<sup>5</sup>  
TAVARES, Selma Alves de Oliveira<sup>6</sup>

1 - Médica Endocrinologista; Mestre em Biologia da Relação Parasito-Hospedeiro/IPTSP/UFG; Analista da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil. [isabelagmacedo@hotmail.com](mailto:isabelagmacedo@hotmail.com)

2 - Enfermeira; Especialista em Enfermagem em Emergência e Urgência; Analista da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

3 - Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Gerente de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

4 - Fonoaudióloga; Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar e Audiologia Clínica; Analista da Coordenação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

5 - Técnica em enfermagem; Técnica da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

6 - Educadora, Especialista em Vigilância em Saúde e Epidemiologia; Coordenadora da Coordenação das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/CDANT/GVEDNTPS/SUVISA/SES-GO; Goiânia, GO, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** O *diabetes mellitus* tipo 2 (DM) e a hipertensão arterial (HA) são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas ao aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, bem como de morte prematura, quando não tratados adequadamente<sup>1,2</sup>. A prevalência dessas doenças tem aumentado na população adulta no Brasil e é ainda maior entre os idosos<sup>3,4</sup>. Dessa forma, conhecer a prevalência do DM e HA no Estado de Goiás, com dados precisos, e as particularidades dos municípios é fundamental para vigilância e medidas de controle destas doenças.

**Objetivos:** O presente estudo objetivou realizar uma análise comparativa entre os dados de prevalência de DM e HA obtidos no Levantamento de Hipertensão e Diabetes do Estado de Goiás 2021 (LHD) em comparação àqueles obtidos no banco de dados do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). **Metodologia:** No ano de 2021 foi realizado o Levantamento de Hipertensão e Diabetes do Estado de Goiás 2021, que consistiu de um questionário (Google Forms) sobre cadastro e acompanhamento de indivíduos com DM e HA que foi encaminhado aos municípios por e-mail e respondido no período de outubro a dezembro de 2021. Para o presente estudo, foram utilizadas as questões do LHD relacionadas ao número de indivíduos cadastrados na atenção primária com diagnóstico de DM e HA. Como parâmetro de comparação, foram utilizados os dados da Estratégia

e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) referentes ao número de indivíduos cadastrados na rede de atenção primária com os diagnósticos de DM e HA, nos últimos 5 anos, com exclusão de Cadastro Nacional de Saúde (CNS) repetidos para evitar a duplicidade de registros. Os dados do e-SUS foram extraídos pela Central de Tecnologia e Informação do Estado (TI-SES) no mês de novembro de 2021. Foram calculados os percentuais de indivíduos cadastrados com HA e DM no estado em relação à população assistida pela Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com as 2 fontes consultadas. Os dados sobre a porcentagem da população assistida pela APS foram extraídos do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) /dezembro de 2021. Posteriormente foi realizada uma comparação entre os dados enviados pelos municípios e aqueles extraídos do e-SUS AB e calculado o percentual de diferença entre os valores encontrados. Os municípios foram, então, classificados em grupos de acordo com o percentual de diferença entre os valores detectados nos dados do LHD e do e-SUS em: variação menor que 10%, entre 10-19,99%, entre 20%-49,99% e, maior que 50%. **Resultados:** Do total de 246 municípios, 2 deles não responderam o questionário do LHD e, portanto, foram excluídos da análise. No Estado de Goiás, o número absoluto de indivíduos com diagnóstico de DM pelo LHD foi de 193.621(4,3% do total da população assistida pela APS) e pelo e-SUS AB foi de 132.107 (2,9%), o que caracterizou uma diferença de 46,56% entre os dados. O número absoluto de indivíduos com hipertensão arterial cadastrados no LHD foi de 553.277 (12,3%) e no banco do e-SUS foi de 435.390 (9,7%), o que denota uma divergência de 27% entre os dados. Em ambos os casos houve diferença estatisticamente significativa com  $p < 0,001$ . As Regionais de Saúde (RS) foram classificadas de acordo com o que foi detectado na maioria dos municípios que as compõe. Assim, as regionais que tiveram a maioria dos seus municípios com diferença entre os bancos de dados menor que 10% para DM e HA foram Oeste II e São Patrício II, a que teve diferença de 10 a 19,99% foi Pirineus para DM e Pirineus, Centro-Sul e Central para HA, de 20 a 49,99% Sudoeste II, Centro Sul, Sul, Entorno Norte para DM e Entorno Norte, Sudoeste II, Rio Vermelho, São Patrício I, Estrada de Ferro e Norte para HA e diferenças maiores que 50% Entorno Sul, Sudoeste I, Estrada de Ferro, Central, Rio Vermelho, Oeste I, Norte, Serra da Mesa, São Patrício, Nordeste I e Nordeste II para DM e Nordeste I, Nordeste II, Sul, Entorno Sul, Central, Sudoeste I, Oeste I e Serra da Mesa para HA. Dos 244 municípios incluídos na comparação entre os dados sobre o diagnóstico de DM, foram observados os seguintes resultados: 36 municípios com diferença inferior a 10%, 38 municípios entre 10 e 19,99%, 66 municípios com

diferença entre 20 e 49,99% e 104 com diferença maior de 50%. Do total de municípios, 169 tiveram números de diabéticos cadastrados pelo LHD em valores maiores que os do e-SUS AB. Em relação ao diagnóstico de HA, observou-se que 35 municípios apresentaram uma diferença menor que 10% entre os dados, 39 municípios apresentaram variação entre 10 e 19,99%, 76 municípios entre 20 e 49,99% e 94 municípios com diferença maior que 50%. Com relação aos cadastros de HA, 154 municípios enviaram dados com números maiores no LHD que aqueles constantes no e-SUS AB. **Discussão:** Foram encontrados valores de prevalência de DM e HA inferiores aos publicados nos inquéritos nacionais em que para o DM e HA respectivamente seriam 6,8% e 22,5% segundo o Vigitel e 7,7% e 23,4% de acordo com a PNS<sup>4,5</sup>. Esse achado pode estar relacionado a baixos índices de diagnóstico/acompanhamento dessas doenças na população assistida na APS ou problemas relacionados às notificações, o que ficou evidenciado a partir das divergências encontradas entre os dados das 2 fontes consultadas para a maior parte dos municípios e do Estado de Goiás. Desde 2013, a Estratégia e-SUS AB vem sendo implantada no país, como uma proposta de reorganizar os dados da atenção básica e reestruturar os sistemas de informação em saúde<sup>6,7</sup>. Porém, enfrenta desafios, como, registros de dados pessoais incompletos por falta de documentação da população no momento do atendimento, duplicidade de registros, problemas de conexão à internet ou dificuldades de acesso, entraves técnicos no uso do software, ausência de integração entre os sistemas de informação (alguns municípios utilizam sistemas próprios de informática) e/ou uso de registros manuais<sup>8,9</sup>. Como limitação do estudo pode-se citar o intervalo de tempo escolhido para consulta dos sistemas, em que para a extração de dados do e-SUS AB foi de 2017 a 2021, por irregularidades percebidas nos registros de anos anteriores a 2017. A detecção de diferenças significativas entre os dados obtidos no LHD e no e-SUS AB é um alerta para a necessidade de uniformização de dados e padronização de registros com vistas ao fortalecimento de ações de vigilância e monitoramento dos indicadores relacionados a essas doenças crônicas. Torna-se urgente o estímulo ao alinhamento na forma de registros de dados para que a monitorização da ocorrência e evolução dessas doenças crônicas seja feita de forma adequada e, assim, que políticas públicas sejam estabelecidas baseadas em dados atualizados e fidedignos. **Conclusão:** Existem inconsistências entre os dados sobre o número de indivíduos cadastrados como portadores de DM e HA a partir do LHD e do e-SUS AB em grande parte dos municípios do estado de Goiás.

**Palavras-chave:** Prevalência; Hipertensão arterial; *Diabetes mellitus*; Registros.

## Referências

1. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Diretriz 2022. Disponível em <https://diretriz.diabetes.org.br/>
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *ArqBrasCardiol.* 2021; 116(3):516-658.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; p. 31-34. 2014.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020 [acessado em 21 fev. 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128. : il. ISBN 978-65-5993-195-8.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria N°1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF; 2013 [citado 26 mai 2022]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria No 1.113, de 31 de julho de 2015. Altera o § 3º do art. 3º da Portaria n° 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF; 2015 [citado 26 mai 2022]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1113\\_31\\_07\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1113_31_07_2015.html)
8. Ribeiro M, Muniz T, Albuquerque I, Vasconcelos A, Costa M, Vasconcelos A. Processo de implantação do e-SUS Atenção Básica em Sobral – CE. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 12(3). 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1364>
9. Dias de Souza JB, Borges TF, Fernandes-Sobrinho M. Limitações acerca da implantação de softwares do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 44-65, jul. 2020. ISSN 2359-0424. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/43164>

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR COVID-19 E POR DENGUE EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA NO ESTADO DE GOIÁS

ASSIS, Ana Rita Constância Freitas<sup>1</sup>

SILVA, Brunielle Noleto<sup>1</sup>

GOMES, José Geraldo<sup>2</sup>

OLIVEIRA, Maysa Aparecida<sup>3</sup>

1 – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Atenção Clínica Especializada, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Infectologia – HDT/LACEN-GO; Contato: anarita.assis@outlook.com

2 – Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/Goiânia - GO)

3 – Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-GO/Goiânia - GO)

### RESUMO

**Introdução:** A pandemia da COVID-19 trouxe desafios para o enfrentamento do vírus e de outros agravos. A Dengue destaca-se como um dos principais problemas de saúde pública, cujo impacto nas áreas endêmicas afeta negativamente tanto o setor da saúde, como as esferas econômica e social.<sup>1</sup> Apesar das atenções estarem voltadas para pandemia, ações de prevenção e controle da Dengue devem ser mantidas com intuito de evitar casos graves da doença, sobrecarga do sistema de saúde e subnotificações. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes internados por COVID-19 e por Dengue em um Hospital Referência em Infectologia no Estado de Goiás. **Metodologia:** Estudo transversal realizado a partir de dados secundários obtidos no Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Referência em Infectologia no Estado de Goiás, no período de 2019 a 2020. Os critérios de inclusão foram casos de COVID-19 e Dengue notificados e internados na instituição durante o período selecionado para estudo, com diagnóstico confirmado por critérios laboratorial, clínico e clínico-epidemiológico. Foram excluídos do estudo casos em investigação, casos descartados e dados fora do período de estudo. As variáveis analisadas foram sexo, idade, raça, zona de residência e evolução clínica. Estudo aprovado pelo CEP do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad sob parecer nº 5.109.465. Associações estatísticas foram verificadas pelos testes qui-quadrado e exato de Fisher ( $p < 0,05$ ). **Resultados e Discussão:** Em 2020, foram hospitalizados 144 pacientes com COVID-19. Do total de hospitalizações, 52,8% eram do sexo masculino, 81,9% da raça negra e 99,3% residentes na zona urbana. A doença foi mais prevalente na faixa etária entre 51–70 anos e as idades médias dos pacientes masculinos e femininos foram  $57,1 \pm 17,3$  e  $54,1 \pm 18,0$  anos, respectivamente. Observou-

se 26 óbitos em pacientes do sexo feminino e 20 em pacientes do sexo masculino, totalizando 46 óbitos (31,9%), (Tabela 1). Neste estudo, apesar da COVID-19 ter sido mais prevalente no sexo masculino, os óbitos foram mais frequentes no sexo feminino, contrariando os estudos que descrevem o sexo masculino como fator de risco para óbito por COVID-19. Segundo Sharma e colaboradores (2020), as mulheres são menos afetadas pela COVID-19 do que os homens, pois o cromossomo X e os hormônios sexuais desempenham um importante papel na imunidade das mulheres.<sup>2</sup> Com relação ao perfil epidemiológico da Dengue, 339 pacientes foram hospitalizados na instituição em 2019. Desse total, 51,0% eram do sexo masculino, 83,8% da raça negra e 98,5% residentes na zona urbana. A doença foi menos prevalente em pacientes acima de 70 anos (6,2%) e observou-se uma distribuição homogênea da doença nas demais faixas etárias avaliadas. As idades médias dos pacientes masculinos e femininos foram  $37,0 \pm 21,2$  e  $37,9 \pm 20,7$  anos, respectivamente. Verificou-se 6 óbitos (1,8%) com distribuição igual entre os sexos. Já em 2020, 261 pacientes foram hospitalizados. Desse total, 51,7% eram do sexo feminino, 87,7% da raça negra e 95,4% residentes na zona urbana. Os casos foram mais frequentes na faixa etária de 41 a 50 anos (19,2%) e menos frequente na faixa etária de 0 a 10 anos (7,3%) e em pacientes acima de 70 anos (5,4%). As idades médias dos pacientes masculinos e femininos foram  $39,8 \pm 20,4$  e  $38,0 \pm 18,7$  anos, respectivamente. Observou-se 2 óbitos (0,8%), preponderantes no sexo feminino. Verificou-se que, no período avaliado, não houve associação estatisticamente significativa entre a prevalência da Dengue e as variáveis sexo, faixa etária, raça e evolução clínica ( $p > 0,05$ ), exceto a zona de residência em que a prevalência dos casos foi associada à zona urbana ( $p = 0,003$ ; Tabela 1). Em relação à distribuição dos casos de Dengue durante a pandemia, observou-se que os meses de janeiro, março e abril de 2020 apresentaram maior número de notificações do que o mesmo período de 2019. A redução dos casos de Dengue, em 2020, ocorreu a partir do mês de maio, simultaneamente com os primeiros casos notificados de COVID-19. Estudo realizado por Nascimento e colaboradores (2021) em Sergipe, também mostrou redução dos casos de dengue em 2020.<sup>1</sup> De acordo com Leandro e colaboradores (2020), em virtude da pandemia, houve *suspensão* temporária das visitas intradomiciliares dos agentes de combate às endemias para eliminação de larvas, inspeção de criadouros e pulverização interna.<sup>3</sup> Entretanto, apesar da redução dessas ações que favorecem a proliferação do *A. aegypti*, não foi verificado aumento dos casos de Dengue em 2020, provavelmente em decorrência da subnotificação de casos. **Considerações finais:** A prevalência das

doenças estudadas na raça negra e nos residentes da zona urbana foram semelhantes. O sexo masculino foi prevalente nos casos de COVID-19 e nos casos de Dengue notificados em 2019. Os pacientes acometidos por COVID-19 apresentaram idades médias maiores do que os pacientes acometidos por Dengue. O óbito foi mais frequente nos pacientes com COVID-19. Além disso, o estudo mostrou que as ações voltadas para o controle da Dengue foram reduzidas na pandemia da COVID-19, embora sem consequente aumento dos casos da doença em 2020. A subnotificação pode ser associada ao isolamento social imposto e à redução pela procura por assistência médica e oferta de serviços assistenciais. Tal fato pode resultar em atrasos no diagnóstico, prejudicando a detecção precoce da Dengue e o estabelecimento de medidas de prevenção e controle adequados, a fim de evitar uma sobrecarga no sistema de saúde.

**Palavras-chave:** COVID-19; Dengue; Vigilância epidemiológica.

## ANEXO

**Tabela 1.** Perfil epidemiológico dos pacientes internados por COVID-19 (2020) e por Dengue (2019-2020) no Hospital Referência em Infectologia no Estado de Goiás.

Variáveis	COVID-19 2020 n (%)	Dengue (2019) n (%)	Dengue (2020) n (%)	p-valor
<b>Sexo</b>				
Feminino	68 (47,2%)	166 (49,0%)	135 (51,7%)	0,503 <sup>a</sup>
Masculino	76 (52,8%)	173 (51,0%)	126 (48,3%)	
<b>Faixa Etária</b>				
0-10	4 (2,8%)	35 (10,3%)	19 (7,3%)	0,358 <sup>a</sup>
11-20	1 (0,7%)	49 (14,5%)	33 (12,6%)	
21-30	7 (4,9%)	40 (11,8%)	43 (16,5%)	
31-40	11 (7,6%)	54 (15,9%)	31 (11,9%)	
41-50	27 (18,8%)	57 (16,8%)	50 (19,2%)	
51-60	32 (22,2%)	49 (14,5%)	37 (14,2%)	
61-70	37 (25,7%)	34 (10,0%)	34 (13,0%)	
> 70	25 (17,4%)	21 (6,2%)	14 (5,4%)	
<b>Raça</b>				
Negra	118 (81,9%)	284 (83,8%)	229 (87,7%)	0,090 <sup>b</sup>
Branca	11 (7,6%)	43 (12,7%)	19 (7,3%)	
Amarela	1 (0,7%)	6 (1,8%)	8 (3,1%)	
Indígena	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,4%)	
Sem Informação	14 (9,7%)	5 (1,5%)	4 (1,5%)	
<b>Zona de Residência</b>				
Urbana	143 (99,3%)	334 (98,5%)	249 (95,4%)	0,003 <sup>b</sup>
Rural	1 (0,7%)	2 (0,6%)	11 (4,2%)	
Periurbana	0 (0,0%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	
Sem Informação	0 (0,0%)	2 (0,6%)	1 (0,4%)	

<b>Evolução Clínica</b>				
Cura	97 (67,4%)	327 (96,5%)	254 (97,3%)	0,476 <sup>b</sup>
Óbito	46 (31,9%)	6 (1,8%)	2 (0,8%)	
Óbito por outras causas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)	
Sem Informação	1 (0,7%)	6 (1,8%)	3 (1,1%)	
<b>Total de Casos</b>	<b>144 (100%)</b>	<b>339 (100%)</b>	<b>261 (100%)</b>	

<sup>a</sup>X<sup>2</sup>; <sup>b</sup>Fisher. Fonte: Autores (2021).

## Referências

1. Nascimento CS, Correia JPS, Temóteo CCS, Campos ALB. Impactos no perfil epidemiológico da Dengue em meio a Pandemia da COVID-19 em Sergipe. *Research, Society and Development*. 2021; 10(5): e3610514544. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14544>.
2. Sharma G, Volgman AS, Michos ED. Sex Differences in Mortality From COVID-19 Pandemic. *JACC: Case Reports*. 2020; 2(9): 1407-1410. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.04.027>.
3. Leandro CS, Barros FB, Cândido EL, Azevedo FR. Redução da incidência de dengue no Brasil em 2020: controle ou subnotificação de casos por COVID-19? *Research, Society and Development*. 2020; 9(11): e76891110442. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10442>.

## PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PACIENTES COM COVID-19

**SILVA**, Brunielle Noletto<sup>1</sup>  
**ASSIS**, Ana Rita Constância Freitas<sup>1</sup>  
**PIRETTI**, Kássia Cecília<sup>2</sup>  
**CAETANO**, Lilian Silveira<sup>3</sup>  
**OLIVEIRA**, Maysa Aparecida<sup>3</sup>

1 – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Atenção Clínica Especializada, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Infectologia – HDT/LACEN-GO; Contato: [bruniele2011@hotmail.com](mailto:bruniele2011@hotmail.com)

2 – Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/Goiânia – GO).

3 – Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-GO/ Goiânia – GO).

### RESUMO

**Introdução:** As infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são descritas como um efeito adverso relacionado ao cuidado do paciente, que geralmente causam o aumento do tempo de internação hospitalar e, conseqüentemente, aumento da morbimortalidade e dos gastos com saúde.<sup>1</sup> As IRAS possuem grande relevância na saúde pública por causar graves conseqüências aos pacientes que as adquirem. Entre aqueles que podem ter seu quadro clínico agravado devido a essas infecções, estão os pacientes com COVID-19, uma doença que desde final de 2019 tem ocasionado milhares de mortes em todo o mundo.<sup>2</sup> **Objetivo:** Descrever o perfil microbiológico das IRAS, na UTI Adulto destinada ao atendimento de pacientes acometidos por COVID-19, de um Hospital de Referência em Doenças Infectocontagiosas de Goiás. **Metodologia:** Estudo transversal realizado a partir de dados secundários obtidos em um Hospital de Referência em Doenças Infectocontagiosas de Goiás e em um Laboratório de Saúde Pública de Goiás, no período de julho de 2020 a julho de 2021. Estudo aprovado pelo CEP do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad sob o parecer nº 5.098.066. **Resultados e Discussão:** Em 2020, foram notificados 13 casos de IRAS em 11 pacientes internados. Os microrganismos mais prevalentes foram os gram-negativos (69,2%), seguidos dos gram-positivos (23,1%) e fungos (7,7 %), totalizando 12 amostras. *Pseudomonas* sp. foi o microrganismo mais isolado na Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), enquanto *Candida tropicalis* e o *Enterobacter cloacae* foram os mais isolados na Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial Confirmada (IPCSL). *Klebsiella pneumoniae* e *Enterococcus faecalis* foram os patógenos isolados na Infecção de Trato Urinário Associada ao Cateter (ITU-AC) (Tabela 1). Em 2021, foram notificados 54 casos de IRAS em 45 pacientes internados. Tal como

2020, os microrganismos mais prevalentes foram os gram-negativos (81,6%), seguidos dos gram-positivos (15,8%) e fungos (2,6 %), e o número de amostras aumentou para 66 em decorrência do aumento das hospitalizações. *K. pneumoniae* foi o agente mais isolado na PAV, enquanto na IPCSL, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus* e *K. pneumoniae*. Os microrganismos mais isolados na ITU não associada ao cateter urinário foram *E. faecalis*, *E. cloacae* e *Acinetobacter baumannii*, ao passo que *K. pneumoniae* foi mais frequente na Traqueobronquite (Tabela 2). *K. pneumoniae* foi o microrganismo mais frequente na Pneumonia no período avaliado (Tabelas 1 e 2). Segundo Mesquita e colaboradores (2022), os bacilos gram-negativos são os microrganismos mais identificados nas infecções dos hospitais brasileiros, corroborando com os achados deste estudo.<sup>3</sup> Outros estudos também descreveram a prevalência de microrganismos gram-negativos em pacientes com COVID-19 que desenvolveram IRAS, tendo como agentes mais isolados *Pseudomonas aeruginosa*, *K. pneumoniae* e *A. baumannii*.<sup>4,5</sup> Estudo realizado com pacientes críticos com COVID-19 demonstraram que *Candida albicans* foi o principal microrganismo isolado, seguida pelo grupo *Staphylococcus capitis*, *S. epidermidis* e *S. haemolyticus*, tais resultados são contrários ao evidenciado neste trabalho.<sup>6</sup> Fram e colaboradores (2021) demonstraram que a IPCS e a PAV se destacaram em pacientes internados em UTI, resultados consonantes aos encontrados neste estudo.<sup>7</sup>

**Conclusões:** Observou-se que a PAV e a IPCSL foram as topografias mais frequentes e os microrganismos mais prevalentes foram as bactérias gram-negativas. Destaca-se a importância da vigilância contínua dos procedimentos relacionados às IRAS e o acompanhamento do perfil microbiológico das instituições como instrumento para ações de prevenção e controle dessas infecções. **Palavras-chave:** COVID-19; Infecção hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva.

## ANEXO

**Tabela 1** – Perfil microbiológico das IRAS na UTI Adulto–COVID-19 do Hospital de Referência em Doenças Infectocontagiosas de Goiás. Período: julho de 2020 a dezembro 2020.

TOPOGRAFIA n (%)	AMOSTRA (n)	MICRORGANISMOS (n)
PAV* 7/13 (53,8%)	Aspirado Traqueal (5)	<b>Gram-positivos:</b> <i>Corynebacterium pseudodiphtheriticum</i> (1) <i>Enterococcus faecalis</i> (1)
	Sangue (1)	<b>Gram-negativos:</b> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (1) <i>Pseudomonas putida</i> (1) <i>Klebsiella pneumoniae</i> (1) <b>Gram-negativos:</b> <i>Enterobacter cloacae</i> (1)

Critério Clínico (1)		–
<b>IPCSL*</b> 2/13 (15,4%)	<b>Sangue (2)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>E. cloacae</i> (1) <b>Fungos:</b> <i>Candida tropicalis</i> (1)
<b>ITU-AC*</b> 2/13 (15,4%)	<b>Urina (1)</b>	<b>Gram-positivos:</b> <i>E. faecalis</i> (1)
	<b>Sangue (1)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>K. pneumoniae</i> (1)
<b>PNM*</b> 2/13 (15,4%)	<b>Aspirado Traqueal (1)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>K. pneumoniae</i> (1)
	<b>Sangue (1)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>P. aeruginosa</i> (1)
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>13</b>

\*PAV: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; **IPCSL**: Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial Confirmada; **ITU-AC**: Infecção de Trato Urinário Associada ao Cateter; **PNM**: Pneumonia.

**Tabela 2** – Perfil microbiológico das IRAS na UTI Adulto–COVID-19 do Hospital de Referência em Doenças Infectocontagiosas de Goiás. Período: janeiro de 2021 a julho 2021.

TOPOGRAFIA n (%)	AMOSTRA (n)	MICROORGANISMOS (n)
<b>PAV*</b> 29/54 (53,7%)	<b>Aspirado Traqueal (35)</b>	<b>Gram-positivos:</b> <i>Staphylococcus aureus</i> (1) <i>Enterococcus faecium</i> (1)
	<b>Sangue (7)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>Klebsiella pneumoniae</i> (15) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (11) <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> (5) <i>Enterobacter cloacae</i> (3) <i>Acinetobacter baumannii</i> (2) <i>Klebsiella aerogenes</i> (2) <i>Escherichia coli</i> (2) <i>Burkholderia cenopacia</i> (1) <i>Providencia stuartii</i> (1) <b>Fungos:</b> <i>Trichosporon asahii</i> (1)
	<b>Critério Clínico (3)</b>	–
<b>TQB*</b> 10/54 (18,5%)	<b>Aspirado Traqueal (7)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>K. pneumoniae</i> (2) <i>Klebsiella variicola</i> (1) <i>E. cloacae</i> (1) <i>A. baumannii</i> (1) <i>P. aeruginosa</i> (1) <i>Serratia marcescens</i> (1)
	<b>Sangue (1)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>K. pneumoniae</i> (1)
	<b>Critério Clínico (3)</b>	–
<b>IPCSL*</b> 9/54 (16,7%)	<b>Sangue (12)</b>	<b>Gram-positivos:</b> <i>Staphylococcus epidermidis</i> (5) <i>Staphylococcus haemolyticus</i> (2) <i>Staphylococcus capitis</i> (1) <i>E. faecium</i> (1)
		<b>Gram-negativos:</b> <i>K. pneumoniae</i> (2)

*E. cloacae* (1)

<b>PNM*</b> 4/54 (7,4%)	<b>Aspirado Traqueal (1)</b> <b>Critério Clínico (3)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>K. pneumoniae</i> (1) –
<b>ITU*</b> 2/54 (3,7%)	<b>Sangue (2)</b>	<b>Gram-negativos:</b> <i>A. baumannii</i> (1) <i>E. cloacae</i> (1)
	<b>Urina (1)</b>	<b>Gram-positivos:</b> <i>Enterococcus faecalis</i> (1)
<b>Total</b>	66	76

\*PAV: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; TQB: Traqueobronquite; IPCSL: Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial Confirmada; PNM: Pneumonia; ITU: Infecção de Trato Urinário.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. [Internet] Geneva: WHO; 2011. [acessado 2021 Jul 03]; Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507\\_eng.pdf;jsessionid=65BE6C94F28A75F21C31FDD381E5F818?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=65BE6C94F28A75F21C31FDD381E5F818?sequence=1)
2. Santos PSA, Mateus SRM, Silva MFO, Figueiredo PTS, Campolino RG. Perfil epidemiológico da mortalidade de pacientes internados por COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. Brazilian Journal of Development [Internet]. 2021 [acessado 2021 Ago 03]; 7: 45981-45992. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/29466/23237> doi: 10.34117/bjdv7n5-155
3. Mesquita RF, Lima CALO, Lima LVA, Aquino BP, Medeiros MS. Uso racional de antimicrobianos e impacto no perfil da resistência microbiológica em tempos de pandemia pela COVID-19. Research, Society and Development. [Internet]. 2022 [acessado 2022 Mai 23]; Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25382> doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25382>
4. Madoenha V, Bergamasco MD, Soriano V, Neto PAM, Silva N, Monteiro VG, et al. Infecções relacionadas à assistência à saúde em pacientes hospitalizados por COVID-19 e outras condições durante a pandemia: Características e desfechos. Braz. J. Infect. Dis [Internet]. 2021 [acessado 2022 Mai 12]; Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-infecoes-relacionadas-a-assistencia-a-articulo-resumen-S1413867021007200?covid=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSInMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPuIGH67s1> doi: 10.1016/j.bjid.2021.10225
5. Dantas PP, Monteiro J, Barbosa ATL, Morando PFG, Tierno M, et al. Avaliação de microrganismos multirresistentes aos antibióticos, isolados nas infecções relacionadas a assistência à saúde e colonizações, durante a pandemia de COVID-19 em hospital terciário. Braz. J. Infect. Dis [Internet]. 2021 [acessado 2022 Mai 11]; Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867021001987> doi: <https://doi.org/10.1016%2Fj.bjid.2021.101729>
6. Stringhetta GR, Saad BAA, Almeida EB. Mortalidade e alterações de parâmetros laboratoriais na presença de culturas positivas para bactérias e fungos em pacientes críticos com COVID-19 em

hospital terciário de ensino de Mato Grosso do Sul, Brasil. Research, Society and Development [Internet]. 2022 [acessado 2022 Set 09]; Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25992> doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25992>

7. Fram DS, Ferreira DB, Matias LO, Coelho WE, Escudero DV, Antonelli TS, Medeiros EA. Perfil epidemiológico das IRAS notificadas em um hospital universitário durante a pandemia da COVID-19. Braz. J. Infect. Dis [Internet]. 2021 [acessado 2021 Ago 02]; 25 Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-perfil-epidemiologico-das-iras-notificadas-articulo-S1413867020301902> doi: 10.1016/j.bjid.2020.101063.

## DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE APOIO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF PARA PACIENTES DIALÍTICOS

**CABRAL**, Joice Vieira<sup>1</sup>  
**DANTAS**, Fernando Arantes<sup>1</sup>  
**RINALDI**, Julia Beatriz Dani<sup>1</sup>

1 - Regional de Saúde Regional Sudoeste I; Contato: [joice.cabral@goias.gov.br](mailto:joice.cabral@goias.gov.br)

### RESUMO

**Introdução:** A Política Nacional da Assistência Farmacêutica sofreu importante evolução em 2004 com sua aprovação, definindo a Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e promovendo o acesso ao seu uso racional<sup>1</sup>. É complexo, entretanto a estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS e há grande dificuldade de acesso não só pelos pacientes, mas também pelos profissionais de saúde, principalmente no tratamento da doença renal crônica<sup>2</sup>. Em 2013 a portaria GM/MS nº 1.554, aprovou como estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), esse grupo de medicamentos tem sua indicação e posologia previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que são resultados do consenso técnico-científico e formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade. Os PCDT que contempla o paciente renal crônico, determina critérios de diagnóstico, de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, além de envolver várias doenças secundárias à sua condição de saúde como anemia na insuficiência renal crônica, deficiência de ferro, distúrbio mineral e ósseo e hiperparatireoidismo secundário. Os critérios são de caráter nacional e são utilizados pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes<sup>3</sup>. Os pacientes devem ser acompanhados em serviços especializados de hemodiálise/nefrologia onde são observados os critérios de inclusão e exclusão de doentes previstas no PCDT, como a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das doses do medicamento prescritas e dispensadas e da adequação de uso deve ser realizada. **Objetivos:** Relatar a experiência dos autores na criação de uma nova tecnologia em saúde para apoio na prescrição de medicamentos CEAF para pacientes renais crônicos, facilitando o acesso à terapia medicamentosa necessária à

condição individual de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, delineado a partir das percepções e vivências dos autores no desenvolvimento da ferramenta. Além disso, foi realizada uma busca na literatura para contextualizar os temas relacionados ao trabalho proposto. A experiência aconteceu na unidade de saúde Regional de Saúde Sudoeste I e em uma unidade de saúde de diálise localizada no sudoeste goiano. A experiência refere-se à criação de uma planilha facilitadora na avaliação dos medicamentos CEAF aptos a prescrição baseada no PCDT e nos parâmetros laboratoriais do paciente com doença renal crônica. A plataforma utilizada foi o *Libre-Office*, usando o seu programa de planilhas eletrônicas chamado Calc. que permite aos usuários a digitação dos resultados laboratoriais do paciente e visualização dos medicamentos aptos a prescrição. **Resultados e Discussão:** Há uma carência, nos serviços de hemodiálise, de apoio, ações educativo-terapêutico e de suporte para prescrições do CEAF<sup>4</sup>. Durante o trabalho de apoio a gestão dos processos de solicitação de medicamentos CEAF realizado pela Assistência Farmacêutica da Regional de Saúde Sudoeste I e com a interação entre farmacêutico e médico assistente do paciente dialítico foi possível a identificação dos principais problemas da não dispensação de medicamentos padronizadas pelo SUS aos agravos do paciente com insuficiência renal crônica. Entre os principais, estão o entendimento dos critérios do PCDT e o histórico individual de uso do medicamento do paciente dialítico. Vislumbramos, então, a possibilidade de colaborar com mudanças nessa prática, pois entendemos a ação multiprofissional utilizando a tecnologia como alternativa para melhorar o acesso do paciente dialítico ao tratamento medicamentoso adequado à sua condição de saúde<sup>2</sup>. Foram realizadas reuniões com farmacêuticos, equipe administrativa e técnico em Tecnologia em Saúde da Regional de Saúde para discussão das informações a serem inseridos na matriz. Como resultado foi possível a elaboração de um instrumento facilitador da prescrição de medicamentos, uma vez que, propicia maior precisão, agilidade e efetividade do processo, buscando o objetivo final de melhoria na qualidade vida dos pacientes através do tratamento medicamentoso adequado, baseado no referencial teórico dos PCDT. Esta plataforma foi escolhida por ser gratuita, de fácil uso e possibilita a interação com outras ferramentas da Microsoft, permitindo atualização rápida das informações inseridas, facilitando a aceitação pelo público-alvo e a disseminação das informações na Matriz. A Figura 1 apresenta a ficha individual do paciente na Matriz, as informações foram divididas em 2 grupos: informações sobre o paciente e orientação para a prescrição dos medicamentos. Considerando todas as

dificuldades, a matriz criada possui a vantagem de subsidiar informações do paciente de forma individualizada e orientar o medicamento apto a ser prescrito, de acordo com PCDT. Em cenário anterior a informação era fragmentada, exigindo o acesso a várias plataformas digitais diferentes para atingir o mesmo objetivo permitido pela Matriz proposta. Nos resultados poderão ser apresentadas tabelas, gráficos e outras ilustrações que sejam essenciais à boa compreensão do texto.

**Considerações finais:** Foi possível observar que os recursos tecnológicos são de grande importância para o cuidado do paciente de doença renal crônica, pois permite auxiliar na avaliação individual e na melhor terapia farmacológica. A guisa de conclusão, reitera-se que a presente iniciativa, de elaborar uma tecnologia de apoio na prescrição de medicamentos CEAF foi uma experiência construtiva, gratificante e viável, embora considere-se que muito há a ser conhecido e realizado na área. Ressalta-se que foi a partir da observação e discussão dos problemas relacionados à dificuldade de compreensão do CEAF no SUS que foi possível a criação da Matriz de Apoio.

**Agradecimentos:** A Clínica de Hemodiálise de Rio Verde - Hemorim que aceitou e contribuiu para implantação deste projeto e a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás através da Regional de Saúde Sudoeste I pela confiança depositada e apoio neste projeto.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Insuficiência Renal Crônica; Tecnologia em Saúde.

## ANEXO

**Figura 1:** Ficha individual do paciente na Matriz de Apoio à Prescrição de Medicamentos CEAF para Pacientes Dialíticos.

PROCESSO		PACIENTE	PROCESSO VALIDO ATÉ:
		PACIENTE 1	25/08/22
EXAMES		MEDICAMENTOS DEFERIDOS PELA CMAC	MEDICAMENTOS APTOS PARA PRESCRIÇÃO
CÁLCIO	10,2	ALFAEPOETINA	ALFAEPOETINA
Fósforo	6,4	CALCITRIOL	
PTH (antepenúltimo)	1321,8		
PTH (penúltimo)	1863,3	CINACALCETE	CINACALCETE
PTH (ATUAL)	1951,5	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO
HEMOGLOBINA	12,6	SEVELAMER	SEVELAMER
FERRITINA	24,2		
IST	23,2		

**Fonte:** Próprios autores.

## Referências

1. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Regulamenta a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 06 de maio de 2004; Seção 3.
2. Molino, CGRC et al. A criação de sítio para disseminar informações sobre medicamentos no SUS: Um Relato de Experiência. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação E Inovação Em Saúde, vol. 11, no. 1, 3 Apr. 2017. Acesso em 4 setembro 2022. Disponível em: [10.29397/reciis.v11i1.1197](https://doi.org/10.29397/reciis.v11i1.1197).
3. Ministério da Saúde (Brasil), Portaria Nº 226, de 10 de maio de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-Anemia na Insuficiência Renal Crônica-Reposição de Ferro e Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas-anemia na insuficiência renaç crônica - eritropoetina recombinante humana (anexo II). Diário Oficial da União 29 set 2017; Seção 2.
4. Perazzo Monteiro RMR. Análise da Assistência Farmacêutica para tratamento da anemia com Alfaepoetina na insuficiência renal crônica em Petrolina, Pernambuco, de 2009-2011. Acesso em 24 setembro 2022. Disponível em: [www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31994](http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31994).
5. Souto, CTP. Acesso ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Análise centrada no paciente renal crônico e na força de trabalho farmacêutica para obtenção de melhores resultados em saúde, 2018. Acesso em 21 setembro 2022. Disponível em: [acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1861](http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1861)

## IMPLANTAÇÃO DO UNITIZAP NO COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL DE RIO VERDE, GO

PONTES, Faberson Silva de<sup>1</sup>  
LIRA, Ana Claudia Chaves<sup>1</sup>

1 - Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde; Contato: [faberson9040@gmail.com](mailto:faberson9040@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** No município de Rio Verde-Goiás, foi implantado em 2020 o MEDICALZAP em função da inexistência de monitorização e comunicação entre os pacientes positivos pelo SARS-COV-2 e a SMS. Anteriormente a implantação dessa ferramenta, a monitorização e a comunicação eram realizadas apenas por ligações telefônicas, o que acarretava falta de controle sobre processos e qualidade de informações. No ano corrente percebeu-se a necessidade de reestruturar a ferramenta a fim de diminuir as falhas por meio da automação parcial das mensagens, garantindo a qualidade do atendimento. O *software* oferece a possibilidade de um meio de comunicação mais claro, prático e eficiente. A gestão do Complexo Regulador Municipal (CRM) percebeu o quão útil essa ferramenta seria para a comunicação entre regulação e usuários SUS, visando diminuir o índice de absenteísmo e aumentando a possibilidade de acesso às informações no processo regulatório, dando vez e voz ao usuário SUS, dessa forma além do contato telefônico, foi implantado o envio de mensagem como uma segunda confirmação de contato realizado. Atualmente esta ferramenta é utilizada como auxílio na obtenção dos indicadores da qualidade dos atendimentos realizados, mensurando e direcionando o processo de tomada de decisão. **Objetivos:** Facilitar a comunicação em tempo real entre CRM, Atenção Primária à Saúde e usuários SUS, visando diminuir o absenteísmo dos serviços prestados e obtendo informações relativas aos processos regulatórios. Coletar dados através do *dashboards* e relatórios interativos, juntamente ao *feedback* dos usuários em relação à qualidade dos serviços prestados pelo SUS no município de Rio Verde. Reunir dados e indicadores que reforçam a missão, visão e valores do CRM. **Metodologia:** A plataforma digital, hoje conhecida como UNITIZAP é disponibilizada na rede de saúde pública para Atenção Primária a Saúde, CRM, NIR, onde auxilia informando, orientando e avaliando a prestação dos serviços. Ao enviar e receber mensagens, o usuário é orientado sobre o procedimento aguardado e informando sobre o local e data da realização, contudo contamos também com o auxílio do prestador de

serviços que realiza um pré-cadastro dos usuários, além de realizar a pesquisa de satisfação com os mesmos após o atendimento. A plataforma digital é utilizada para difundir dúvidas e informações através do telefone corporativo de uso exclusivo do aplicativo do CRM, onde os usuários são direcionados aos menus de serviço desejado, os quais recebem a demanda e responde conforme demanda e ordem cronológica de atendimento. A estratégia metodológica produzida durante o percurso, foi orientar o paciente sobre os serviços que estavam sendo disponibilizados por meio de comunicação visual e verbal, tendo em vista, incentivar o usuário a manter um cadastro atualizado tanto na base de dados SUS, como no cadastro após o atendimento. Para realizar tal tarefa, o operador da plataforma no ato do atendimento orientava o usuário quanto a importância das atualizações no campo de cadastro do paciente e solicita contatos telefônicos. **Resultados e Discussão:** Dentre as limitações observadas, ressalta-se que nem todos os usuários tinham mais de um contato, assim essa dificuldade foi pontuada para ser acompanhada de forma contínua, porém foram realizadas buscas no histórico clínico dos pacientes. Após todo o trabalho realizado, obtivemos resultados positivos como a redução do número de absenteísmo, a melhoria da qualidade dos serviços e a diminuição do deslocamento dos usuários até o CRM, viabilizando atendimento unificado a todos e envolvendo assim toda a comunidade, e conseqüentemente, dando voz aos usuários dentro do processo regulatório. Iniciamos esta ferramenta em abril de 2020, com o treinamento e capacitação dos colaboradores, após esta fase eles começaram a responder aos pacientes e familiares que testaram positivo para SARS-COV-2, realizando uma média de 250 atendimentos por dia. Em julho de 2021 houve a necessidade de reformular esta ferramenta, para atender as necessidades do CRM de Rio Verde. Reestruturando-a, com menu inicial que direciona os atendimentos dentre os mais variados departamentos ambulatoriais, tais como: consultas, exames, cirurgias e clínicas da família. **Conclusões:** Atualmente esta ferramenta funciona da seguinte forma: enviamos mensagem avisando ao cliente do procedimento a ser realizado, e no ato do procedimento o prestador faz o cadastro do cliente que cai no banco de dados, e no mesmo dia os operados enviam a pesquisa de satisfação com o intuito de saber como foi o atendimento. **Palavras-chave:** Comunicação; Saúde Pública; Complexo Regulador Municipal; SUS; Tecnologia; Inovação; Pandemia de COVID-19.

## COMPARTILHAMENTO DE SABERES NA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

VIEIRA, Maria Aparecida Silva Dias<sup>1</sup>  
ALMEIDA, Robélia Pondé Amorim de<sup>1</sup>

1 - Coordenação de Pesquisa e Análise/GVEDT/SUVISA/SES-GO; Contatos: [masdv.psi@gmail.com](mailto:masdv.psi@gmail.com) e [rpaacarvalho@gmail.com](mailto:rpaacarvalho@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** A Vigilância em Saúde é um processo baseado na coleta, consolidação e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, no intuito de planejar e implementar medidas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde<sup>1</sup>. Assim, as informações coletadas sistematicamente e sua comunicação torna-se processo em que a complexidade está presente. Conforme afirma Morin<sup>2</sup> a complexidade se apresenta onde quer que haja a produção emaranhada de ações, interações e retroações. Segundo o autor, há também a complexidade quando provém da existência de fenômenos aleatórios, que se referem aos que não podem ser determinados e que, empiricamente, agregam a incerteza ao pensamento. A complexidade aparece quando simultaneamente convivem as dificuldades empíricas, como exemplo a meteorologia, que demonstra as relações do que ocorre no Universo, e as dificuldades lógicas, quando a lógica dedutiva se mostra insuficiente para explicar contradições que são complementares e não excludentes. Por exemplo, como indivíduos, somos singulares, porém a totalidade da história do cosmos está em nós, o homem além de biológico-cultural, “é também espécie-indivíduo, sociedade-indivíduo; o ser humano é de natureza multidimensional”<sup>2</sup>. Considera-se que tais conceitos se aplicam à área da Saúde e à disseminação da comunicação neste âmbito. Quando se fala em saúde e proteção da saúde da população, inúmeras são as estratégias para a investigação, compreensão e divulgação dos fenômenos que se apresentam, em especial quando se visa a informação e comunicação em saúde pública, que além de vários modelos de documentos e singularidade dos autores envolvidos na comunicação, também devem ser considerados a Lei de Acesso à informação nº 12.527<sup>3</sup>, a Lei Geral de Proteção de Dados<sup>4</sup> (LGPD), e o rigor científico. Partindo do novo paradigma sistêmico da ciência, que concebe a organização do todo em função da interação das partes que o compõem, assume-se nova forma de estar e agir no mundo<sup>5</sup> e é nesse pensamento que embasamos o presente relato de experiência. **Objetivos:** Com base na visão

sistêmica, tem-se como foco relatar a experiência do processo de elaboração, revisão e publicação de documentos técnicos em saúde pública, tais como: artigos científicos, boletins epidemiológicos, informes, notas técnicas, protocolos, relato de pesquisas, dentre outros, com participação da Coordenação de Pesquisa e Análise, da Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis/ Superintendência de Vigilância em Saúde, na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, contribuindo na disseminação e tornando acessíveis informações, tanto ao público especializado em procedimentos da saúde, quanto a gestores e população em geral. **Metodologia:** Utilizou-se a pesquisa documental, com abordagem descritiva e quali quantitativa, para relatar o processo envolvido na produção, por diferentes áreas técnicas, de diferentes documentos, desde a elaboração até a divulgação no estado, de 2019 a setembro/2022. **Resultados e Discussão:** A Coordenação de Pesquisa e Análise contribuiu neste período na elaboração ou na revisão de 152 documentos. O maior número de contribuições foi na modalidade boletins epidemiológicos (106). Dos documentos elaborados e revisados, 99 foram publicados no site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 7 em edição especial da Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago" - RESAP e 7 em outros locais. Notou-se que em 39 dentre os documentos revisados não houve conhecimento da publicação ou não retornaram com as alterações sugeridas, representando uma "perda" de 25,7% das revisões, que pode se enquadrar como "desperdício dos esforços de pesquisa"<sup>6</sup>. Um dos fatores a ser considerado é a ausência de um fluxo de retorno estabelecido em relação às publicações para a área específica que realizou as revisões, o que se sugere como inovação nos trabalhos. Ressalta-se também a elaboração de 6 artigos científicos pela Coordenação de Pesquisa e Análise, com publicação de 5 deles em periódicos internacionais. Uma relevante divulgação, ainda mais se considerando o período pandêmico, quando se intensificou a necessidade das informações e divulgações "oficiais" e científicas em saúde, contrapondo-se às *fakenews*. Destaca-se também a incorporação de novas tecnologias, também suscitadas pelos períodos em *home office*. **Conclusões:** A informação em saúde, para além da propaganda transparência na informação, é de suma importância nas estratégias de prevenção, resposta a eventos e promoção da saúde, tanto ao público especializado quanto à população em geral, visando também o empoderamento das pessoas por meio da sua aquisição, razão da necessidade de contínuo incentivo ao aprimoramento da qualidade das publicações na área da saúde,

seja pela adequação da linguagem aos modelos de documentos e/ou pelo uso de ferramentas e tecnologias que permitam uma maior lisura na avaliação dos dados disponíveis a divulgar.

**Palavras-chave:** Vigilância em saúde; Comunicação em saúde; Normas técnicas.

### Referências

- 1- Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro, PORTARIA Nº 1.378, de 09 de julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html)
- 2- Morin, E. Epistemologia da Complexidade. In: Schnitman, DF. Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 274-286.
- 3- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.524, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm)
- 4- BRASIL. Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm)
- 5- Esteves de Vasconcellos, MJ. Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência. 8. ed. PUCMinas, Campinas/Belo Horizonte: Papirus; 2009.
- 6- Galvão, TF, Silva, MT e Garcia, LP. Ferramentas para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos de pesquisa em saúde: guias de redação científica. Epidemiol. Serv. Saúde [internet]. 2016 [30.09.2022] 25(2):427-436, abr-jun 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ress/a/F9fKy5PYP7TyvPMYJ6cjqNN/?format=pdf&lang=pt>

## ANSIEDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

VIEIRA, Janaína De Fátima<sup>1</sup>  
FERNANDES, Mikaelly Corrêa<sup>1</sup>

1 - Secretaria Municipal de Saúde de Vianópolis; contato: janainavieiravps@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** A ansiedade faz parte do ser humano, inclusive para a sobrevivência deste, porém, quando ocorre o excesso poderá desencadear uma ansiedade patológica, com prejuízo na vida psíquica e somática deste sujeito, impossibilitando realizações de atividades diárias e com sintomas físicos, comportamentais e psicológicos significativos. Os transtornos de ansiedade são doenças relacionadas ao funcionamento do corpo e às experiências de vida. Pode-se sentir ansioso a maior parte do tempo sem nenhuma razão aparente; pode-se ter ansiedade às vezes, mas tão intensamente que a pessoa se sentirá imobilizada. Segundo a OMS<sup>1</sup> a sensação de ansiedade pode ser tão desconfortável que, para evitá-la, as pessoas deixam de fazer coisas simples (como usar o elevador) por causa do desconforto que sentem. Diante dos conceitos apresentados e a demanda que apresentava ao conteúdo exposto na unidade de saúde, iniciou-se uma busca para a resolutividade do problema. Assim, conclui-se a estruturação para o funcionamento de um grupo, voltado para o tratamento aos pacientes com a queixa de ansiedade. Esta proposta parte do encontro ao autocuidado, centrado na totalidade. “O ser humano sendo visto como um ser único, com a importância de se adaptar ao meio para alcançar os seus objetivos, estabelecendo o cuidado ao cidadão de forma integral, ocorrendo dentro da atenção primária com o objetivo da prevenção de agravos futuros e o estabelecimento da promoção da saúde, atuando com as intervenções necessárias a cada caso.”<sup>2</sup> **Objetivos:** Este projeto objetiva ofertar qualidade de vida, saúde mental e bem-estar ao sujeito. Visualiza como objetivos específicos: Integrar o paciente para o autocuidado com os demais profissionais da área da saúde; trabalhar as limitações de cada paciente na dinâmica do grupo semiaberto e proporcionar autocontrole e autonomia nas suas ações de vida diárias. **Metodologia:** A proposta metodológica utilizada foi a organização de um grupo de estrutura semiaberta, com a participação no máximo de 15 pessoas, que aconteceu de forma quinzenal no espaço físico da Unidade Básica de Saúde, no período vespertino, com duração de 1 hora para cada encontro. A seleção da demanda foi realizada através dos encaminhamentos referenciados a essa

Unidade a partir da data de entrega (da mais antiga para atual). O segundo momento foi realizar o convite para o usuário, após a aceitação foi marcado uma data para uma entrevista individual na busca de dados relacionada a história de vida do paciente com a finalidade de averiguar sobre o perfil para o grupo correspondente. As ações foram desenvolvidas através das necessidades apresentadas pelos usuários durante a entrevista, sendo realizadas técnicas psicoterapêuticas e a participação de profissionais da área de medicina, nutrição, fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia e educação física. **Resultados e Discussão:** Durante o desenvolvimento das ações oportunizou-se a redução da fila de espera da psicologia da UBS (Unidade Básica de Saúde IV), a reorganização do processo medicamentoso, bem como atitudes positivas comportamentais de alguns participantes, resultando em melhoras significativas no quadro de ansiedade, e nas relações interpessoais no convívio familiar, social e profissional. Ocorreu durante as fases do grupo a presença de outras especialidades, retratando sobre orientação para prevenção e técnica para o enfrentamento a lidar com os efeitos negativos da ansiedade, como técnicas respiratórias da fisioterapia e alimentação com base da nutrição, tal momento retratou sobre a integralidade para o cuidado com a equipe multiprofissional. A proposta do trabalhar em grupo trouxe como experiência pontos positivos e negativos. Elencando os pontos positivos: melhora na comunicação interpessoal; no treinamento de habilidades como ouvir; no relacionamento interpessoal e estimulam sobre a proatividade, já os pontos negativos ocorrem em alguns perfis a dificuldade de expressão, mas a psicoterapia grupal é além de meta terapêutica, como alívio ou eliminação de sintomas, desenvolvimento de comportamentos mais saudáveis, e a possibilidade da troca de experiências, como também aprender a conviver com o outro e com as diferentes formas de pensar e de sentir. “Sendo este o desafio que necessita enfrentar nos dias atuais, já que, cada vez mais, ninguém poderá sobreviver individualmente, afinal, são tempos de agrupamento”.<sup>3</sup> **Considerações finais:** As ações de forma coletiva reduziram a fila de psicologia e gerou resultados positivos atingindo um maior número de pessoas em um determinado tempo. Sugere-se que tenha continuidade este projeto para a promoção do bem-estar para os usuários, pois houve evolução dos casos, diante dos *feedbacks* verbais citados pelos integrantes. Assim, tem sido eficiente para a redução da fila e demanda, apresentando um método efetivo para a “recuperação” dos pacientes.

**Palavras-chave:** Ansiedade; Atenção Primária a Saúde; Autocuidado.

## Referências

1. Organização Mundial Da Saúde (OMS). CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, décima versão. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011.
2. Silva IJ, *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2009, v. 43, n. 3 [Acessado 21 Setembro 2022], pp. 697-703. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>>.
3. Fernandes, WJ. A importância dos grupos hoje. Rev. SPAGESP [Internet]. 2003 Dez; v 4, n.4, [Acesso em 20 de setembro de 2022], p. 83-91. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702003000100012&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100012&lng=pt).

## INOVAÇÃO DO PROCESSO REGULATÓRIO NO MUNICÍPIO DE RIO VERDE - GO

**LIRA**, Ana Claudia Chaves<sup>1</sup>  
**PONTES**, Faberson Silva<sup>2</sup>  
**SOUZA**, Maria Emilia Nunes<sup>2</sup>  
**SILVA**, Maria Karine<sup>2</sup>  
**FRUTUOSO**, Rosana Resende<sup>2</sup>

1 - Complexo Regulador Municipal/SMS Rio Verde - Goiás; contato: [anaenflira@gmail.com](mailto:anaenflira@gmail.com)

2 - Complexo Regulador Municipal/SMS Rio Verde - Goiás, CERP - Comissão de Execução e Revisão de Projetos.

### RESUMO

**Introdução:** O Complexo Regulador Municipal de Rio Verde auxilia 28 municípios da Região Sudoeste. Sendo que a Região Sudoeste I é composta por 18 municípios e a Região Sudoeste II por 10 municípios, totalizando aproximadamente 694.371 habitantes. ([saude.go.gov.br](http://saude.go.gov.br)). Diante desta realidade, houve a necessidade de informatizar, descentralizar, garantir acesso aos usuários, além de implantar os setores de qualidade, controle e avaliação, auditoria, núcleo de educação permanente, pesquisa de satisfação, ouvidoria interna, serviço social, núcleo interno de regulação nas unidades hospitalares e *call center*, monitorando assim os serviços prestados, seguindo os princípios do SUS segundo a Lei nº 8.080/90. Estas implantações foram necessárias para garantir a qualidade dos serviços do complexo regulador municipal, orientando e avaliando os serviços dos prestadores SUS, realizando auditorias preventivas *in loco*, aplicação de *check list*, entrega do manual do prestador, pesquisa de satisfação do usuário, através de ferramentas que nos fornecem os dados que são compilados e transformados em indicadores de saúde. **Objetivos:** Garantir a acessibilidade, equidade, igualdade, agilidade, eficiência, transparência e qualidade através da ampliação das ofertas dos serviços, capacitação, monitoramento e acompanhamento dos prestadores, com suporte em tempo real quando demandado, através do sistema de regulação descentralizado, uso de ferramentas virtuais, abrangendo a população rioverdense e municípios pactuados. **Metodologia:** Em 2013 teve o início do processo regulatório no município de rio verde, localizado na secretaria municipal de saúde; 2015 transição para unidade do SAMU e CAIS; 2016 implementação do serviço de regulação hospitalar; 2018 informatização da rede com sistema SISREG; 2018 implantação do núcleo de educação permanente; 2019 implantação da sede própria do complexo regulador municipal; 2020 implantação de ferramentas virtuais e uso de dados gerando indicadores; 2021 descentralização dos atendimentos para rede de atenção à saúde, sendo que em 18 de janeiro

de 2021 houve uma reunião com atenção primária e regulação para alinhar o processo de trabalho e ao mesmo tempo, iniciou-se a implantação da ferramenta de *WhatsApp* e treinamentos com recursos áudios visuais, viabilizando a comunicação entre o complexo regulador municipal e a rede de atenção à saúde; 09 de fevereiro de 2021 implantação do projeto-piloto do responsável técnico médico na APS e avaliar todas as solicitações dos demais profissionais médicos dentro da unidade da Clínica da Família Benjamin Spadoni; 11 fevereiro de 2021 início dos serviços de controle, avaliação e auditoria no complexo regulador municipal; 18 março de 2021 instituição do setor de gestão da qualidade; 5 de julho de 2021 inauguração do site de envio de mensagem para confirmação dos procedimentos agendados e pesquisa de satisfação dos usuários, além do recebimento de mensagem “*unit zapp*” dando voz ao paciente. **Resultados e Discussão:** gestão de dados: coleta os dados de 13 departamentos internos e 19 APS e 6 hospitais e através destes dados, conseguimos mensurar a quantidade de serviços prestados, avaliando os indicadores para melhor tomada de decisão. Controle, Avaliação e Auditoria: Audita uma média de 2.600 exames, e desta forma otimiza os recursos aplicados, monitorando 63 prestadores com aproximadamente 36.415 procedimentos, avaliando serviços como consultas, exames e procedimentos cirúrgicos e auditando as não conformidades. Gestão Qualidade: Utiliza 07 ferramentas da qualidade, controle interno de documentos elaboração e padronização de 13 formulários de solicitação, comissão de controle de qualidade e padronização / CCQP, plano de ação visando o planejamento e monitoramento das execuções, Criação de 2 carteiras de serviços ofertados e 2 manuais, implementação de 112 POP (padronização operacional padrão) e 36 fluxos. Serviço Social: Trabalha em prol da garantia do direito da saúde, realiza acolhimento, escuta qualificada individual ou familiar, busca ativa de pacientes quando necessário, totalizando aproximadamente 450 atendimentos mensais. Núcleo de Educação Permanente: Realiza capacitação em 6 unidades hospitalares, 2 CAIS e 18 Clínicas da Família. Pesquisa de Satisfação e Ouvidoria interna: Realiza uma média de 15.000 contatos mensalmente. Núcleo Interno de Regulação - Realiza a gestão de leitos de 6 unidades, com o número de internação de 5.920 autorização de internação hospitalar. **Considerações finais:** Sabendo que, a descentralização e a oferta de serviços no SUS deve ser organizada a partir da realidade de cada região de saúde e que o gestor deve garantir a integralidade no atendimento aos seus usuários, conclui-se que, após as inúmeras mudanças realizadas em nosso sistema regulatório municipal conseguimos otimizar o atendimento e melhorar o vínculo entre o usuário, atenção

primária à saúde, prestadores e colaboradores, promovendo a equidade de maneira eficaz, inovando os processos e utilizando tecnologia ao nosso favor, para dar voz a população rioverdense e assim valorizar os serviços SUS de nosso município. **Agradecimentos:** À equipe do Complexo Regulador Municipal de Rio Verde, que trabalha de forma árdua para um SUS melhor para nossa comunidade, e ao Gestor Municipal Djan Barbosa de Freitas. **Palavras-chave:** Regular; Descentralizar; Acessibilizar; Inovar.

## CONTRIBUIÇÕES DAS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

CAMPOAMOR, Marilia Marcondes<sup>1</sup>

1 - Gerente de Ensino do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente - NQPE/APS Rio Verde - GO; [mariliacampoamor52@gmail.com](mailto:mariliacampoamor52@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** Como princípio, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária de Saúde (APS), propõem medidas preventivas e de promoção à saúde para o controle e para o combate às doenças e agravos, por meio de práticas educativas em saúde. Desse modo, foi criado em abril de 2007, por meio do Decreto nº 6286, o Programa Saúde na Escola, que representa o vínculo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, programa esse regulado por uma política intersetorial, que realiza adesão de municípios por intermédio da pactuação entre os Secretários da Saúde e da Educação com o Governo Federal. **Objetivo:** Discutir a associação do aprendizado dos estudantes e a contribuição da avaliação clínica e psicossocial do componente I, do Programa Saúde na Escola, com crianças em idade entre seis e doze anos, das escolas elegíveis para a realização do projeto de extensão, atrelado ao conteúdo da disciplina Enfermagem aplicada à saúde da criança e do adolescente, no município de Rio Verde-GO. **Metodologia:** Quanto ao método empregado, buscou-se a problematização do assunto tratado, por meio do Arco de Magueres, enfatizando o autoconhecimento na prevenção da Síndrome Metabólica Diabetes Mellitus e o autocuidado nas escolhas de comportamentos saudáveis. Durante o percurso didático, houve uma etapa de caráter prático por meio do teste de glicemia capilar. **Resultados e Discussão:** Em relação aos resultados alcançados, foram avaliados 281 alunos, no período de fevereiro a maio de 2017, sendo que desses 83 (29,5%) realizavam o consumo de balas, pirulitos, chicletes e pipocas como primeira refeição e 10 (3,6%) com registro de alterações dos níveis de glicemia capilar. **Considerações finais:** Foi possível constatar que os alunos avaliados apresentam riscos para o crescimento e desenvolvimento devido à ausência de orientações e de supervisão alimentar, por parte dos familiares e da escola. Este estudo reforça a necessidade da implantação das avaliações clínicas e psicossociais no cuidado

infantil dentro do ambiente escolar. **Palavras-chave:** Comportamentos saudáveis; Programa da Saúde do Escolar; *Diabetes Mellitus*.

## ANEXO

**Tabela 1.** Descrição dos alunos avaliados por grupo etário e os valores de glicemia alterados nas escolas municipais de Rio Verde-Goiás, escolhidas para a pesquisa no ano de 2017.

Grupos etários dos alunos avaliados	Alunos avaliados (n= 281) por grupo etário.	Alunos avaliados em jejum por grupo etário (n=281)	Porcentagem dos alunos avaliados em jejum por grupo etário (%)	Valores de glicemia alterados por grupo etário e (%)
<b>A</b> (6 a 7 anos)	51	35	68,6%	1 ( <b>2,0%</b> )
<b>B</b> (8 a 9 anos)	43	21	48,8%	2 ( <b>4,7%</b> )
<b>C</b> (10 a 11 anos)	137	100	73,0%	6 ( <b>4,4%</b> )
<b>D</b> (11 a 12 anos)	50	42	84%	1 ( <b>2,0%</b> )
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>198</b>	<b>100%</b>	10 ( <b>3,6%</b> )

\*Informações com referência nos valores preconizados pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia.

**Tabela 2.** Tabela com a categorização dos comportamentos alimentares não saudáveis dos alunos avaliados por grupos etários, nas escolas municipais de Rio Verde-Goiás, no ano de 2017.

<b>Categoria de comportamentos alimentares não saudáveis (%)</b>	<b>A (n=16)</b>	<b>B (n=22)</b>	<b>C (n=37)</b>	<b>D (n=8)</b>
Falta de tempo dos pais em preparar o desjejum devido à rotina de trabalho.	25% (n=4)	45,5% (n= 10)	14% (n=5)	50% (n=4)
Ausência de alimentos em casa.	19% (n=3)	27,3% (n=6)	16,2% (n=6)	25% (n=2)
Presença do carrinho de pipoca e algodão-doce na porta da escola.	38% (n=6)	18,2% (n=4)	51,4% (n=19)	Não houve registro
Inexistência do hábito de consumir alimentos saudáveis no domicílio.	19% (n=3)	9,1% (n=2)	18,9% (n=7)	25% (n=2)

\*As informações contidas nessa tabela foram obtidas através da abordagem didática, baseada na problematização por meio do Arco de Maguerez, com os alunos avaliados.

## Referências

1. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2012. Disponível em: <<http://www.scielos.p.org/scielo.php?>

script=sci\_abstract&pid=S1413-81232014000300829&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2017.

2.Cavalcanti PB. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. Textos & Contextos. Porto Alegre-RS, v.14, n.2, p. 387-402 ago/dez. 2015. Disponível em:< <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewfile/21728/13961>> acesso em 20 oit. 2018.

3.Cordoba E. SUS e ESF, Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde de Família. Editora Rideel: São Paulo, 2013.

4.Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.7-16, 2008.

5.Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. Revista Brasileira de Educação Médica 2015;39(1):143-150.

6.Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

7.Rocha NP. Association between dietary pattern and cardiometabolic risk in children and adolescents: a systematic review. J. Pediatric (Rio J). 2017, 93(3), 214-222.

8.Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo W. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha de cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):843-851,2016.

9.Targa T, Pimentel RRS, Scardolli MGC. Diabetes Mellitus na infância e adolescência: Repercussões no cotidiano familiares. Cienc.Cuid.Saud 2017 jan-Marc;16(1).

## REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIO VERDE, GOIÁS, BRASIL

SALVIANO, Raquel Nogueira<sup>1</sup>  
FREITAS, Cibelle Tavares de Oliveira<sup>1</sup>  
PEREZ, Iara Maria Pires<sup>1</sup>

1 - Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde-GO; [rnstrabalho@gmail.com](mailto:rnstrabalho@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** Rio Verde, Estado de Goiás, a partir de 2020, assegurou o início da reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), em conformidade com os pilares da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o propósito de melhorar quantiquantitativamente os serviços primários de saúde mediante a implantação das Clínicas da Família no município. **Objetivos:** Relatar o processo de reestruturação na APS de Rio Verde - GO e descrever seu efeito a partir da análise de dados, no período de 2020 e 2021. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, analítico descritivo, quantiquantitativo. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde - UniRV (CAAE: 55450322.5.0000.5077). A coleta de dados foi realizada a partir de dados primários, relacionados à implementação e trajetória de reestruturação da APS, fornecidos pelo setor de Mapeamento Territorial da Coordenação da APS de Rio Verde-GO e de informações secundárias obtidas a partir dos sistemas de informação em saúde e-Gestor AB e Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), referentes ao quantitativo da cobertura dos serviços da APS, de cadastros individuais e do número de consultas e procedimentos realizados pela enfermagem, medicina e odontologia, referentes aos anos de 2020 e 2021. Os dados foram enumerados e tabulados para demonstração e comparação entre os referidos anos. **Resultados e Discussão:** Conseguiu-se, no período de 2020 a 2021, de maneira mais satisfatória, uma prestação de cuidados à saúde mais acolhedores e ampliados para a família, através de seis eixos norteadores: (I) organizacional e ambiência: adequou e renomeou as unidades de saúde para Clínica da Família, além de ter rearranjado suas salas e mobiliários e de aperfeiçoar o fluxo de trabalho das equipes de saúde, minimizando a depreciação dada ao nome "postinho de saúde" e inserindo a percepção de um cuidado mais humanizado; (II) educacional: conseguiu-se fortalecer a Educação em Saúde e a Educação na Saúde, em especial a Educação Permanente em Saúde (EPS); (III) assistência farmacêutica: foram implantadas uma farmácia em cada unidade de saúde sem assistência farmacêutica, com padronização de funcionamento em 40 horas semanais; (IV) recursos humanos: adicionou-se a função de Gerente para coordenar o trabalho interno das unidades, assim como a de

Posso Ajudar para recepcionar os usuários na porta de entrada da unidade, orientando-os de acordo com suas queixas podendo ser representado por qualquer profissional da APS ou, preferencialmente, por um Agente Comunitário de Saúde devido sua maior proximidade e conhecimento da comunidade adscrita. (V) saúde digital: substituiu-se o sistema de informação em saúde previamente existente pelo e-SUS APS para que seja utilizado rotineiramente por cada unidade de saúde para o devido registro da assistência à saúde. (VI) territorial: redimensionou o território de abrangência a partir de mapeamento territorial envolvendo os bairros urbanos e contagem da população para, assim, determinar equipes de saúde de seus territórios de atuação e, também, realizar o cadastramento da comunidade que, para tanto, conseguiu-se parceria com acadêmicos de instituições locais de ensino superior da área da saúde para o referido levantamento populacional, esses parceiros foram previamente capacitados para entender a importância do trabalho realizado. Com relação ao percentual de cobertura dos serviços de APS, foi observado que a taxa manteve-se similar, em aproximadamente 47%, em ambos os anos. Contudo, os números de cadastros individuais, consultas e procedimentos aumentaram notoriamente perante o critério de comparabilidade dos dados de 2020 e 2021. **Considerações finais:** O processo de reestruturação da APS de Rio Verde, ocorrido no período de 2020 a 2021, apesar de manter-se em contínua taxa de cobertura de seus serviços e de sofrer reflexos da pandemia provocada pela COVID-19, demonstrou significativa melhoria tanto em número quanto em qualidade na prestação do cuidado à saúde. Estima-se que, o conjunto de estratégias baseadas nas políticas públicas de saúde vigentes e nos pilares da ESF, somadas à EPS, foram pontos chaves para qualificação dos serviços, proporcionando aos usuários uma saúde mais acolhedora, humanizada, efetiva e eficaz. Por outro lado, os consideráveis acréscimos aos números de consultas e de procedimentos validados podem ser reflexos da eficiência do sistema de informação em saúde e-SUS APS, adotado como rotina em cada unidade de saúde. O processo de reestruturação da APS de Rio Verde, ocorrido no período de 2020 a 2021, apesar de manter-se em contínua taxa de cobertura de seus serviços e de sofrer reflexos da pandemia provocada pela COVID-19, demonstrou significativa melhoria tanto em número quanto em qualidade na prestação do cuidado à saúde. Estima-se que o conjunto de estratégias baseadas nas políticas públicas de saúde vigentes e nos pilares da ESF, somadas à EPS, foram pontos chaves para qualificação dos serviços, proporcionando aos usuários uma saúde mais acolhedora, humanizada, efetiva e eficaz. Por outro lado, os consideráveis acréscimos aos números de consultas e de procedimentos validados podem ser reflexos da eficiência do sistema de

informação em saúde e-SUS APS, adotado como rotina em cada unidade de saúde. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

## IMERSÃO: UMA VIVÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

SOUZA, Said Samira Pereira<sup>1</sup>

1 – Secretaria Municipal de Saúde de Vianópolis - GO; contato: saidboueri@msn.com

### RESUMO

**Introdução:** A construção do processo de vivência de Imersão se deu a partir das reuniões da Educação Permanente em Saúde. A pergunta problema para a fundamentação do mesmo estava relacionada em que ações poderiam ser implantadas para o encontro à necessidade de cuidar dos cuidadores? Segundo Batitucci<sup>1</sup> a probabilidade de modificar o meio no qual estamos inseridos será maior quando o autoconhecimento se torna mais elaborado, não somente quando se propõe a discriminar os próprios comportamentos, mas também as condições nas quais faz o que faz. Com o propósito de abranger as questões levantadas, a vivência objetivou realizar tarefas com intuito de desenvolver o processo de autoconhecimento para decisões mais acertadas, seja na vida profissional ou pessoal. **Objetivos:** O Objetivo geral da proposta foi aumentar o nível de resultados positivos em diversas áreas da vida dos colaboradores da saúde, para os específicos elencamos: refletir nas atitudes de convívio profissional; ser capaz de resolver conflitos no ambiente de trabalho, valorizar e promover o autocuidado; saber lidar com situações difíceis e imprevisíveis. **Metodologia:** Para a realização do processo utilizou-se encontros que objetivaram o reconhecimento das habilidades e fragilidades de cada colaborador, reconhecimento do “EU”, reflexões sobre suas potencialidades e força interior e a utilização de técnicas, como a hipnoterapia, no intuito de promover mudanças significativas em comportamentos e emoções. No primeiro e segundo encontro a participação de todos colaboradores foi mencionada como importante, os demais encontros foi sugerido que a participação fosse livre, para aqueles que estivessem disposto a continuar no processo. **Resultados e Discussão:** Foi enviado através de grupos de WhatsApp para as equipes que participaram, um questionário com perguntas fechadas e abertas utilizando a ferramenta docsgoogle, para identificarmos o impacto da ação. A partir da análise do questionário foi possível observar que: 80,8% (21) dos colaboradores, das 26 respostas que obtivemos no questionário, decidiram algo para melhoria da sua saúde mental e /ou qualidade de vida após a participação no processo e 19,2% (5) dos colaboradores disseram que não decidiram realizar nenhuma ação. Sobre a participação da segunda etapa do processo 84,6% dos colaboradores disseram que participariam novamente e 15,4% não participariam. **Considerações finais:** Ao final da vivência, observou-se, referentes à saúde que a verdadeira motivação parte das próprias pessoas envolvidas. Cabe à equipe gestora e todos

profissionais envolvidos no processo, estimular o amadurecimento deste potencial nos colaboradores a partir de ações que possam promover esse sentimento de cuidado, valorizando suas potencialidades e trabalhando suas fragilidades, como consequência desse processo, de forma positiva, colher resultados na melhoria do desempenho do processo de trabalho e na sua resolutividade. Agradecimentos: Agradeço a Gestora da Saúde, bem como a equipe do NEPS para a realização desse projeto. Palavras-chave: Autocuidado; Atenção Primária à Saúde; Imersão.

### **Referências**

1. Batitucci LAV. Autoconhecimento em contexto clínico uma abordagem behaviorista radical. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, do Centro Universitário de Brasília, 2001. [acesso em 21 ago 2022]. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=2179351&pid=S1413-8271200500010001100001&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2179351&pid=S1413-8271200500010001100001&lng=pt)

## **IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E EDUCAÇÃO PERMANENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIO VERDE, GOIÁS**

**FREITAS**, Cibelle Tavares de Oliveira<sup>1</sup>  
**SALVIANO**, Raquel Nogueira<sup>1</sup>

1 - Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde - GO; Contato: [rnstrabalho@gmail.com](mailto:rnstrabalho@gmail.com)

### **RESUMO**

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) compreende um campo de prática para o ensino e pesquisa e carece, continuamente, de estratégias para fortalecer a preceptoria na saúde pública em todos os seus níveis de atenção à saúde. No Brasil, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), através do projeto intitulado Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no Sistema Único de Saúde - DGPSUS, oferta programas de especialização conduzidos pelo Hospital Sírio-Libanês para qualificar profissionais da saúde, visando contribuir com os processos de ensino-trabalho em saúde, de expansão e qualificação dos programas de residência e de qualificação do cuidado (PROADI-SUS, 2022). Nesta linha, Rio Verde, Estado de Goiás, teve sua participação no DGPSUS no triênio de 2018 a 2020 que, dentre outros fatores, instigou o município a implantar o Núcleo de Qualidade e Educação Permanente da Atenção Primária à Saúde (NQEP/APS), com a finalidade de buscar o fortalecimento da Preceptoria e da Educação na Saúde no âmbito do primeiro nível de atenção à saúde. **Objetivos:** Descrever a implantação do NQEP/APS em 2022, no município de Rio Verde - GO. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Descreve-se a trajetória percorrida até a implantação do NQEP/APS, em 2022, bem como suas conquistas alcançadas no referido ano. O cenário do estudo foi a APS e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Verde - GO. O sujeito do estudo foi a autora principal Enfermeira Gestora e suas inúmeras interfaces no campo de prática. **Resultados e Discussão:** Os primeiros delineamentos para a implantação do núcleo ocorreram em março de 2021, na APS, intitulado Núcleo de Educação Permanente. Meses depois, foi renomeado para Núcleo de Ensino e Pesquisa, sob a Portaria nº 044/2021 GAB/SMS/RV. Os serviços realizados, até então, foram aos poucos conquistando seu espaço e importância perante à APS. Com isso, em

junho de 2022, através da portaria nº 053/2022 SMS/RV, a SMS de Rio Verde redefiniu o núcleo da APS como Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (NQEP/APS), além de instituir a Comissão Municipal do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente da SMS de Rio Verde (NQEP/SMS/RV) para organizar e fortalecer tanto o NQEP/APS quanto os demais núcleos existentes no município. Dessa maneira, além de trabalhar com a preceptoria no SUS, o NQEP/APS aderiu outras competências, como: (I) Realizar e apoiar educações em/na saúde; (II) Integração ensino/serviço entre Instituições de Ensino em Saúde (IES), SMS e APS; (III) Qualificar os profissionais da APS sobre Preceptoria no SUS; (IV) Participar junto com gestão da APS e SMS sobre termos de fomentos que são pactuados pelas IES/SMS, as quais instituições de ensino são designadas para a APS; (V) Qualificar e transformar as práticas de saúde; (VI) Coordenar as equipes multiprofissionais Qualifica APS/NQEP, conforme projeto Qualifica APS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO; (VII) Organizar as ações, fluxos, rotinas e serviços das Clínicas da Família em parceria com as coordenações envolvidas; (VIII) Estimular o trabalho em equipe e multidisciplinar; (IX) Realizar estudos científicos da área da saúde e divulgar estes dados em congressos, revistas científicas e afins. Mediante esse rol de atribuições, o NQEP/APS vem conseguindo alcançar resultados significativos no seu campo de atuação. **Conclusão:** A implantação do NQEP/APS tornou-se essencial para o fortalecimento da integração ensino-serviço nas Clínicas da Família do município, a partir da construção e troca de saberes que vem repercutindo na qualificação dos colaboradores da APS e na formação dos futuros profissionais da saúde e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS, alcançando, também, significativos resultados no âmbito da Educação em Saúde e Educação na Saúde. **Palavras-chave:** Educação; Preceptoria; Sistema Único de Saúde.

## INOVAÇÃO ODONTOLÓGICA

**ENDO**, Monica Misaé<sup>1</sup>  
**OLIVEIRA**, Helder Fernandes<sup>2</sup>  
**MORAIS JÚNIOR**, Ruberval Ferreira de<sup>2</sup>  
**BERNARDES**, Cristiane Martins Rodrigues<sup>2</sup>  
**BOGGIAN**, Luciana Carvalho<sup>2</sup>  
**CRUVINEL**, Diogo Rodrigues<sup>2</sup>

1 - Curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil; contato: [monica.endo@yahoo.com.br](mailto:monica.endo@yahoo.com.br)

2 - Curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** Os avanços tecnológicos pós-revolução industrial contribuíram para um expressivo avanço da sociedade contemporânea, do qual a valorização e a constante busca pela informação e o conhecimento como elementos chaves para sua evolução nortearam melhorias no campo da saúde<sup>1,2,3</sup>. A incorporação de recursos tecnológicos por imagens na Odontologia tem otimizado sobremaneira o atendimento à população, potencializando grandes avanços no campo do diagnóstico e planejamento dos casos clínicos<sup>4</sup>. Além disso, o registro dessas informações por meio de um banco de dados eletrônicos possibilita uma melhor organização e estruturação dos planos de tratamento. **Objetivos:** O objetivo do trabalho foi demonstrar através de um relato de experiência, as vantagens e os avanços obtidos através da implementação do Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) na otimização do atendimento à população na clínica de ensino odontológica de ensino da Universidade Evangélica de Goiás. **Metodologia:** As clínicas integradas de ensino do curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás atendem diariamente uma alta demanda de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), do qual são realizados diversos procedimentos odontológicos nas mais variadas áreas da odontologia incluindo a aquisição de imagens radiográficas, fato este que possibilita um correto diagnóstico e estruturação do plano de tratamento. No intuito de potencializar o atendimento prestado, o Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) situado no 1º andar do curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás passou por uma modernização de sua estrutura e dos equipamentos nos últimos anos. Desta forma, foi realizada uma substituição gradativa do banco de dados das imagens

analógicas contidas no prontuário físico do paciente, por um banco de dados digitais, o que facilitou a comunicação entre paciente e profissional. **Resultados e Discussão:** A incorporação das radiografias digitais e da tomografia computadorizada de feixe cônico, permitiu uma completa mudança dos paradigmas do diagnóstico por imagem. A substituição das imagens analógicas pelas digitais trouxe uma otimização de tempo quanto à sua aquisição, bem como um ganho expressivo na qualidade das imagens. Refletem-se na facilidade de acesso ao arquivo radiológico do usuário, na diminuição da perda de informação, na rapidez de execução dos exames e no rigor dos registros do usuário, o que pode ser extremamente decisivo em casos de urgência, sendo também mais seguro na obtenção de um banco de dados mais estruturado. Conforme relata Rodrigues e colaboradores<sup>5</sup>, recursos como a radiografia digital tem se tornado uma estratégia extremamente viável se comparado as radiografias convencionais, já que permite facilidades de manipulação das imagens, redução da dose de radiação ao paciente, melhor arquivamento e acesso às informações. O uso da informação para o direcionamento e tomada de decisão se faz tão necessário e rotineiro, porém quanto melhor for a tecnologia empregada, melhor será as facilidades na recuperação dos registros históricos dos pacientes e a disponibilidade rápida dessas informações auxilia na condução do caso assistido. **Considerações finais:** Pode-se concluir que a inclusão dessas inovações tecnológicas no curso de Odontologia foi extremamente benéfica tanto do ponto de vista pedagógico do ensino com também na obtenção de um sistema de informações mais acurado dos pacientes atendidos oriundos do sistema único de saúde (SUS). As experiências adquiridas nos processos de informatização podem ajudar nos avanços e contínuas melhorias das atividades práticas odontológicas prestadas à população, além dos ganhos de qualidade e eficiência quando ao acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços em saúde. **Palavras-chave:** Acesso a Tecnologias em Saúde; Odontologia; Sistema Único de Saúde.

## Referências

1. Celio SDM, Costa GMC, França ISX, Araújo EC. Programa pesquisa para o SUS: a contribuição para gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2013;18(1):203-212.
2. Mota E, Carvalho D. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, organizadores. *Epidemiologia e Saúde.* 13ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2013. p. 605-628.

3. Mé dici A. Registros Eletrônicos de Saúde: Uma Ferramenta a Favor da Universalização e da Transparência. [blog na internet]. 2010 maio [acessado 2015 Janeiro 1]. Disponível em: <http://monitordesau de.blogspot.com.br/2010/05/registros-eletronicos-de-saude-uma.html>.
4. Wenzel A. Influence of computerized information technologies on image quality in dental radiographs. *Tandlaegebladet*. 1991;95(12):527-9.
5. Rodrigues CD, Silveira MMF, Tavano O, Shibuya RH, Modesto G, Estrela C. Avaliação de métodos indiretos de digitalização de radiografias cefalométricas em comparação ao método digital direto. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(4):124-32.