



Revista Científica da Escola
Estadual de Saúde Pública
de Goiás "Cândido Santiago"



a **JORNADA**
CIENTÍFICA
da **SES-GO**
CIÊNCIA PARA A COMUNIDADE



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



O ESTADO QUE DÁ CERTO

EDITORIAL

CARDOSO, Alessandra Marques

Biomédica (PUC Goiás), Doutora e Mestre em Medicina Tropical e Saúde Pública (UFG), Servidora da Gerência de Pesquisa e Inovação/Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SES-GO), Editora Chefe da RESAP

No ano de 2023 a 7ª Jornada Científica da SES-GO, organizada pela Equipe da Gerência de Pesquisa e Inovação, da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (GEPI/SESG)/Subsecretaria de Inovação, Planejamento, Educação e Infraestrutura (SUBIPEI), trouxe como tema “CIÊNCIA PARA A COMUNIDADE”, em um movimento que reforça a necessidade da caminhada do saber científico até aos mais diversos e remotos territórios e suas comunidades, compartilhando com as pessoas, em seu cotidiano, os resultados de pesquisas e experiências exitosas, traduzindo suas aplicabilidades no SUS.

Nessa jornada foram classificados e selecionados 60 trabalhos científicos na forma de resumos expandidos, sendo os autores convidados a publicar nesta Edição Especial da RESAP, a Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”, a menina prodígio da SES-GO, que completou 8 anos de existência.

Essa Edição Especial chega em um momento de grande visibilidade para a RESAP, que encontra-se indexada no LATINDEX em Catálogos 1.0, no Portal das Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) e foi classificada com Qualis B1 na lista da CAPES quadriênio 2017/2020, motivo de orgulho para nós.

Na 7ª Jornada Científica da SES-GO os trabalhos foram inscritos e apresentados em três categorias: Temas livres, Projetos de Pesquisa e Projetos de Intervenção. Venha conferir na íntegra os aspectos abordados pelos autores em diferentes temáticas, todas elas de grande relevância para o SUS.

Esperamos que essa leitura inspire você a participar como autor, relatando e compartilhando suas descobertas no cenário da saúde pública em Goiás, na 8ª Jornada Científica da SES-GO, que será realizada no segundo semestre de 2024. Queremos te ver por aqui, na Escola de Saúde de Goiás, nesse evento que já é tradição na saúde em Goiás. Você é nosso convidado!

Saudações!

TEMAS LIVRES

SUMÁRIO

REGIONALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO À INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SOB GESTÃO ESTADUAL DE GOIÁS.....	6
PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA POR MOTIVOS SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HOSPITAIS DE URGÊNCIAS DA CAPITAL DO ESTADO DE GOIÁS: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PRONTUÁRIO	10
USO DE MODELOS PREDITIVOS PARA ESTIMAÇÃO DE METAS A SEREM PACTUADAS: O CASO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
A UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA TIMERS PELO ENFERMEIRO PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	20
AVALIAÇÃO DO MÉTODO WOLBACHIA NO CONTROLE DA DENGUE: APLICAÇÃO DO MÉTODO DE CONTROLE SINTÉTICO	23
PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM MENINGITE CRIPTOCÓCICA ATENDIDOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA EM GOIÁS.....	27
MAPEANDO A IMUNIZAÇÃO EM GOIÁS: DESVENDANDO TENDÊNCIAS NAS COBERTURAS VACINAIS COM USO DE MACHINE LEARNING.....	32
ATUAÇÃO DO CIEVS GOIÂNIA NAS INVESTIGAÇÕES DE SURTOS EM 2023	37
ENSINO DE HABILIDADES COMPORTAMENTAIS BASEADO NO MODELO DENVER DE INTERVENÇÃO PRECOCE PARA PACIENTES COM TEA NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PSICOLOGIA	41
GESTÃO DE DISTRIBUIÇÃO DOS IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS, GOIÁS, 2022-2023.....	45
IMPACTO DA GESTÃO DE RISCO NO CONTROLE DE INDICADORES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS NAS UNIDADES SOB GESTÃO ESTADUAL DE GOIÁS	48
ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS EM EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS SOB REGULAÇÃO ESTADUAL DE GOIÁS	53
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE LER/DORT OCORRIDAS NO ESTADO DE GOIÁS, 2012 A 2022	57
“CONSULTA AUDITORIA” DANDO VISIBILIDADE ÀS ATIVIDADES DE AUDITORIA DO SUS NO ESTADO DE GOIÁS	61
CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE ÚNICA COMO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	65
APOIO TÉCNICO PARA PRESCRITORES: MATRIZ DE APOIO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS CEAF PARA PACIENTES DIALÍTICOS NO PCDT	67
PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA (NATS) DA SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS (SESG) NO PERÍODO DE 2019-2023.....	71
DISTRIBUIÇÃO DAS AMPUTAÇÕES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES NO ESTADO DE GOIÁS DIANTE DO CONTEXTO NACIONAL, PERÍODO DE 2013 À 2023	74

IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO DE GESTANTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	77
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) NOS PROCEDIMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS: CUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAR E SEGURANÇA PARA PACIENTES, MÉDICOS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	79
JORNADA PEDAGÓGICA: GESTÃO, CONHECIMENTO E PESQUISA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	82
ANÁLISE DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NO MUNICÍPIO DE PALMEIRAS DE GOIÁS, GOIÁS, BRASIL, 2023.....	86
AUDITORIA – COMBO DE OFTALMOLOGIA.....	90
QUADRANTE CARTESIANO DA SAÚDE: AVALIAÇÃO ESTRATÉGICA E GESTÃO.....	95
AÇÕES DE PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM APARECIDA DE GOIÂNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	99
MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	101
CONTRIBUIÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA NA ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS PARA PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.....	105
PAINEL DE TENDÊNCIAS EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS.....	107
CAPACITAR PARA CUIDAR NA INTERNAÇÃO DE SAÚDE FUNCIONAL E REABILITAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	111
SAÚDE NA PRAÇA: PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE	114
DIA-A-DIA DA GERÊNCIA DE AUDITORIA DO SUS DA SES-GO	118
ANÁLISE CRÍTICA E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE E CHIKUNGUNYA ENCONTRADOS EM BUSCA RETROSPECTIVA, VALPARAÍSO DE GOIÁS, BRASIL, 2023.....	121

REGIONALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO À INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SOB GESTÃO ESTADUAL DE GOIÁS

OLIVEIRA, Marly Maria de¹
MOTA, Lorena Nunes²
CASTRO, Janayna Gratão de³
CAVALCANTE, Maria Rochélia Vieira⁴
SANÇÃO, Maria Solange de Oliveira⁵
LIMONGI, Amanda Melo e Santos⁶
CARVALHO, Luciano de Moura⁷

1 – Enfermeira, Coordenadora da Central Estadual de Regulação de Internação/GERINT/SUREG/SES-GO; marlymil@hotmail.com

2 – Enfermeira, Gerente de Regulação de Internações/GERINT/SUREG/SES-GO;

3 – Graduada em Medicina Veterinária, Técnica em Enfermagem, Coordenadora Estadual dos Núcleos Internos de Regulação/GERINT/SUREG/SES-GO;

4 – Graduada em Enfermagem, Técnica em Enfermagem, Coordenadora do Monitoramento de Regulação do Acesso Pré-Hospitalar (SAMU 192 e UPA 24h) /GERINT/SUREG/SES-GO;

5 – Graduada em Enfermagem, Técnica em Enfermagem, Analista da Gerência de Regulação de Internações/GERINT/SUREG/SES-GO;

6 – Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG/SES-GO;

7 – Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde – SUBVAIS/SES-GO.

RESUMO

Introdução: As Centrais de Regulação surgem no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Regulação (Portaria GM/MS 1559 de 2008), como um mediador da relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta dos sistemas e serviços de saúde, requerendo para isso, muito envolvimento da gestão, por meio de análises situacionais, planejamento, organização e controle dos fluxos de acesso, bem como da avaliação do desempenho e da qualidade da assistência.^{1,2} A regulação médica de urgências representa um desafio para a saúde estadual, na garantia de acesso, em um tempo de resposta rápida, aos acometidos por agravos urgentes.³ A regionalização tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde, com vistas à ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde. Neste sentido, buscando reorganizar os processos de trabalho do Complexo Regulador Estadual de Goiás (CRE), delineou-se a qualificação das equipes da regulação estadual de urgência, com foco na regionalização da saúde, consonante aos princípios organizacionais do SUS e à própria Missão da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás- SES-GO. A utilização dos recursos assistenciais locorregionais contribui

para o estabelecimento da resposta mais adequada a cada caso e, conseqüentemente, reduzir a sobrecarga das unidades hospitalares habilitadas em maior nível de complexidade, localizadas nos grandes centros urbanos. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por uma Gerência da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, na mudança do processo de trabalho, da mesa reguladora de internações de urgência, com foco na regionalização. **Descrição da Experiência:** O estado de Goiás regula o acesso de internação de urgência e emergência de 38 (trinta e oito) instituições hospitalares vinculadas ao SUS sob gestão estadual, divididas em 5 (cinco) macrorregiões, sendo: Centro-Oeste, Centro-Sudeste, Centro-Norte, Sudoeste e Nordeste. Com vistas a melhoria da regionalização da regulação do acesso a internações de urgências e emergência, esta Gerência, no início de 2023, desenvolveu mudanças no processo de trabalho da mesa reguladora, com condução de uma proposta de trabalho modificada e ampliada, a fim de envolver três atores (Médico Regulador - MR, Analista e Técnico Auxiliar de Regulação Médica - TARM). Esse trabalho teve o intuito de melhorar a cobertura da análise das fichas inseridas no Sistema de regulação e regionalizando por macrorregião. Considerando que anteriormente o processo de trabalho era fragmentado. Foi realizado definições de atribuições em Procedimento Operacional Padrão (POP), estabelecimento de fluxos e roteiros, com a equipe compartilhando o mesmo ambiente físico de trabalho. A equipe foi separada por macrorregião, ficando responsável pela análise de solicitações dentro daquela macro, considerando a oferta da rede assistencial. As solicitações de internações de urgência por macrorregião foram analisadas considerando o total de solicitações de internações que entraram no sistema de regulação estadual e o de solicitações autorizadas dentro e fora de suas macrorregiões de abrangência. Durante o período analisado de janeiro a setembro de 2023, foram contabilizadas 246.524 solicitações para internação de urgências e emergências, das quais 150.339 foram autorizadas dentro da macrorregião solicitada e 34.186 autorizações das demais macrorregiões. O que representa um percentual de 61% de atendimento macrorregional (tabela 1). Na distribuição entre as macrorregiões com maior número de solicitações e autorizações em sua própria área de abrangência, predomina a macrorregião Centro Oeste, que atende 73% das suas solicitações para internação, naturalmente por ser a macrorregião em que se localizam as unidades hospitalares que oferecem assistência com maior nível de complexidade. Após a implantação do processo de regionalização de regulação por macrorregião em abril de 2023,

observa-se que foram registrados 63% (18.115) autorizações dentro da macrorregião. O quantitativo de solicitações autorizadas dentro da macro foi diretamente proporcional ao número de solicitações de internação inseridas no sistema para o CRE (gráfico 1). Os resultados mostram uma iniciativa ativa e interativa, capaz de promover ambientes produtivos, favorecendo o protagonismo de cada ator envolvido no processo, dentro das competências técnicas de cada categoria profissional. Durante o processo de implantação da regionalização de regulação de internações de urgência por macrorregião, observou-se limitações que impactaram a adesão ao projeto, tais como: restrição da estrutura física da unidade impedindo a ambientação, organização e ampliação da equipe em um mesmo espaço; cultura dos servidores que realizavam atividades isoladas e sem comunicação; resistência por parte de alguns servidores à alteração nos processos de trabalho; déficit de servidores impossibilitando que o processo fosse estendido em período integral; disponibilidade de leitos insuficiente para a demanda em todas as macrorregiões. Outro fator importante que impacta diretamente nas autorizações de solicitações de internações dentro das macrorregiões, devem-se ao fato de não haver cobertura de alta complexidade em todas as macros e o fato de o Núcleo Interno de Regulação das unidades sob gestão estadual realizarem a cessão da vaga em detrimento do Complexo Regulador Estadual, processo este que está em fase de alteração. **Considerações finais:** O processo de trabalho com foco na regionalização, trouxe benefícios tanto para a equipe de trabalho da mesa reguladora, quanto para o usuário dos serviços de saúde, vez que o trabalho executado anteriormente era fragmentado e não havia discussão entre analistas e médicos reguladores. A proposta de trabalho adotada pela Gerência sintetiza um forte desejo de promover a integração das equipes e a resolutividade do processo. Acredita-se que a qualificação dos profissionais que compõem a mesa reguladora da urgência está diretamente relacionada com a entrega de resultados positivos, no sentido de atenção e priorização de cada caso.

Palavras-chave: Regionalização da Saúde; Atendimento de Urgência; Modelagem do Processo; Qualificação Profissional em Saúde.

Tabela 1. Solicitações de Internações na Urgência por macrorregião, Goiás, Brasil, janeiro-setembro de 2023.

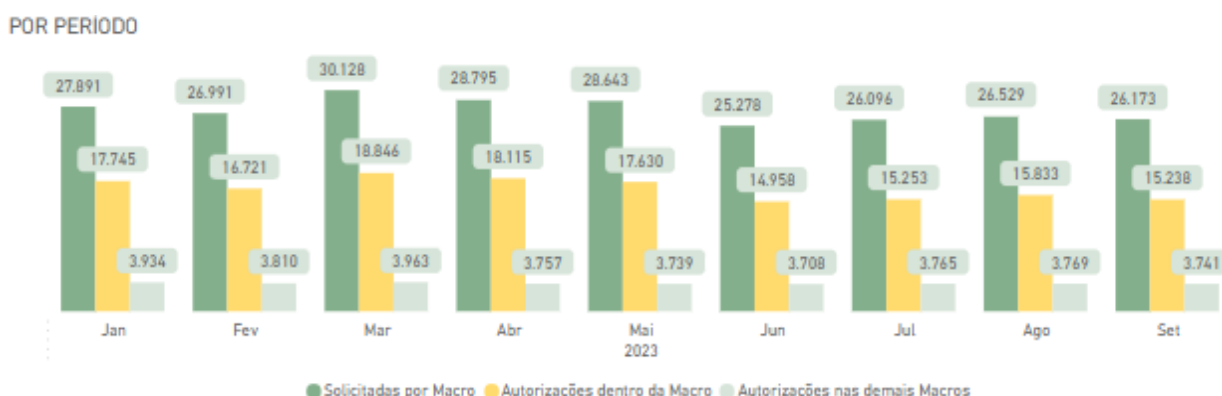
CRE COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL **SOLICITAÇÕES POR MACRO REGIÃO**

PERÍODO: Seleções múltiplas | MACRO / MICRO REGIÃO: Todos | MUNICÍPIO: Todos

Indicador	CENTRO NORTE	CENTRO OESTE	CENTRO SUDESTE	NORDESTE	SUDOESTE	TOTAL
FICHAS SOLICITADAS POR MACRO	35.993	115.756	50.870	17.226	26.679	246.524
AUTORIZAÇÕES DENTRO DA MACRO SOLICITADA	25.481	84.224	16.709	5.362	18.563	150.339
AUTORIZAÇÕES NAS DEMAIS MACRÔS	3.751	1.690	18.092	7.178	3.475	34.186

Fonte: Sistema Estadual de Regulação. Dados preliminares, sujeitos a alterações. Acesso em 27/10/2023.

Gráfico 1. Solicitações de Internações na Urgência por mês, Goiás, Brasil, janeiro-setembro de 2023.



Fonte: Sistema Estadual de Regulação. Dados preliminares, sujeitos a alterações. Acesso em 27/10/2023.

Referências

1. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Rio de Janeiro: *Cad. saúde colet.*, 2016, v. 24, n. 1, p. 49-54. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

**PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA POR MOTIVOS
SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HOSPITAIS DE URGÊNCIAS DA
CAPITAL DO ESTADO DE GOIÁS: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE
PRONTUÁRIO**

OLIVEIRA, Camylla Fernanda¹

ARAÚJO, Filipi Lopes²

REZENDE, Alana Parreira Costa³

SANTOS, Maria Clara⁴

1 - Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia; camyllaf@ufu.br;

2 - Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) - Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira;

3 - Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) - Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira;

4 - Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) - Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira.

RESUMO

Introdução: É possível identificar na literatura científica nacional estudos que retratam o perfil dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) em diversos contextos, a saber: antes e após a pandemia causada pela Covid-19¹, de cidades e regiões nacionais específicas², entre outros³. Estes estudos subsidiam a formulação de políticas públicas na saúde para atender às necessidades evidenciadas por eles, além de revelarem lacunas de conhecimento e trazerem para discussão informações antes reservadas a pequenos espaços da sociedade. Somado a isso, faz-se imperioso o conhecimento dos motivos de internação e os dados sociodemográficos dos indivíduos admitidos em UTI de grandes cidades, na intenção de direcionar investimentos e debates de esferas governamentais para a promoção e proteção da saúde populacional, tendo em vista que foi observado em estudos uma grande prevalência de internações por motivos sensíveis à Atenção Primária à Saúde – APS^{4,5}, e que mesmo os incidentes traumáticos são suscetíveis às ações de políticas públicas no âmbito da saúde e da educação⁶. Além disso, constatou-se que os gastos com mão de obra, medicamentos e materiais em terapia intensiva aumentaram significativamente após a pandemia⁷, impactando diretamente no aporte orçamentário do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que esta modalidade de internação é mais cara se comparada à enfermagem e ambulatorio em decorrência da necessidade de

vigilância e monitorização contínuas, medicamentos de alto custo para manutenção da vida e contratação de pessoal especializado em cuidados a pacientes críticos, o que pode ser atenuado com o fortalecimento da APS. **Objetivos:** Descrever e discutir o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes admitidos em UTI de hospitais de urgências da capital do estado de Goiás. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo de consulta em prontuário eletrônico para coleta de informações clínicas e sociodemográficas de pacientes internados em oito UTI de dois hospitais estaduais localizados em Goiânia no período de dezembro de 2022 a maio de 2023. Os dados coletados no período de setembro a outubro de 2023 foram: sexo, idade e diagnóstico médico que levou à internação do paciente, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID). Posteriormente, foram transpostos para uma planilha para sua organização e divisão em categorias de idade (<18 a 24 anos; 25 a 40 anos; 41 a 60 anos; 60+), sexo (masculino e feminino) e motivo de internação (emergência traumática; cardiovascular; endócrino-metabólica; gastrointestinais; do aparelho respiratório; do trato urinário; infecciosa; oncológica; neurológica), e subsequente análise de incidências por porcentagem. A coleta de dados foi realizada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente e co-participante, sob o seguinte CAAE: 72932423.5.0000.0237. **Resultados e Discussão:** Verificou-se a internação de 760 novos pacientes, sendo 321 da Instituição A e 439 da Instituição B, segundo o banco de dados disponível no MVPEP, o sistema de prontuário eletrônico dos hospitais estaduais de Goiás, nas UTI dos referidos hospitais de dezembro de 2022 a maio de 2023. A partir desse levantamento foram elencadas categorias, sendo elas: sexo (masculino e feminino); idade (jovem adulto, adulto, adulto maduro e idoso); motivo da admissão (emergências traumáticas, cardiovasculares, endócrino-metabólicas, gastrointestinais, clínicas do aparelho respiratório, clínicas do trato urinário, clínicas neurológicas, infecciosas e oncológicas). De 760 pacientes submetidos à internação nas Instituições A e B, 452 (59,5%) são do sexo masculino e 308 (40,5%) são do sexo feminino. Quanto à idade, 31 (4%) pacientes se enquadram na categoria de adolescentes e jovens adultos (pessoas menores de 18 a 24 anos), 88 (12%) são adultos (pessoas entre 25 e 40 anos), 208 (27%) são adultos maduros (pessoas entre 41 e 60 anos) e 432 (57%) são idosos (pessoas com mais de 60 anos). Em relação ao motivo de admissão, 164 (21,60%) pacientes foram admitidos por emergências traumáticas, 288 (37,90%) por

emergências cardiovasculares, 7 (1%) por emergências endócrino-metabólicas, 151 (19,90%) por emergências gastrointestinais, 14 (1,80%) por emergências clínicas do aparelho respiratório, 20 (2,60%) por emergências clínicas do trato urinário, 11 (1,40%) por emergências clínicas neurológicas, 95 (12,50%) por emergências infecciosas e 10 (1,30%) por emergências oncológicas. Os resultados apresentam uma discrepância, destacando que apenas 21,6% dos pacientes internados foram admitidos devido a "emergências traumáticas" em hospitais para este fim. Essa observação, além de corroborar com os achados de outro estudo¹, levanta questões importantes sobre a triagem de pacientes e a capacidade de resposta do sistema de saúde, o que pode indicar a necessidade de uma melhor coordenação entre os serviços assistenciais. Ademais, a distribuição de gênero entre os pacientes internados é desigual, com uma maioria significativa (59,5%) de pacientes do sexo masculino. Essa disparidade pode refletir diferenças nas condições de saúde entre homens e mulheres ou possivelmente as tendências de busca por atendimento médico, uma vez que a menor demanda de pessoas do sexo masculino nos serviços de saúde⁸, especialmente na atenção primária, pode refletir nos agravos e necessidade de internação nas UTI. Em relação ao motivo de internação, temos que o motivo mais comum se deve a emergências cardiovasculares, representando 37,9% dos casos de admissão, um indicativo significativo da importância das doenças cardiovasculares como um problema de saúde pública. Esses dados refletem uma tendência global, onde as doenças cardiovasculares continuam a ser uma das principais causas de morbimortalidade⁹.

Considerações finais: A análise dos dados de internação em hospitais de urgências de Goiânia, destacando a predominância de pessoas idosas do sexo masculino em emergências cardiovasculares, reforça a necessidade de aprimorar a APS. A atenção primária desempenha um papel crítico na detecção precoce de condições médicas, permitindo intervenções antes que evoluam para estados mais graves. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares emergem como uma preocupação fundamental. A alta porcentagem de pacientes admitidos com essas condições, representando 37,9% dos casos, sublinha a importância da prevenção e do gerenciamento precoce dessas enfermidades. A prevenção é uma pedra angular da APS. A educação em saúde desempenha um papel vital na conscientização da população sobre a importância de adotar estilos de vida saudáveis, controlar os fatores de risco, como hipertensão e diabetes, e buscar cuidados médicos regulares. A prevenção de doenças

cardiovasculares, por exemplo, envolve promover a adoção de uma dieta equilibrada, exercícios regulares e a cessação do tabagismo. O acompanhamento médico regular, independentemente do sexo, é essencial para monitorar a saúde e identificar precocemente qualquer sinal de doença. Além disso, a atenção primária desempenha um papel fundamental na identificação de pacientes em risco de doenças cardiovasculares por meio da triagem e avaliação de fatores de risco. Essa abordagem permite intervenções preventivas, como a prescrição de medicamentos para controlar a pressão arterial elevada. Reforça-se, portanto, a necessidade de fortalecer a APS como o primeiro ponto de contato para os pacientes, onde eles podem receber orientações de prevenção, detecção precoce e gerenciamento eficaz das doenças. Essa abordagem contribui para um sistema de saúde mais eficaz, que prioriza a saúde da população e reduz a carga das doenças crônicas e cardiovasculares, otimizando a utilização de recursos.

Palavras-chave: Atenção primária à Saúde; Planejamento em Saúde; Unidade de Terapia Intensiva.

Referências

1. Mauricio CCR, Serafim CTR, Castro MCN, Lima SAM. Perfil dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva não-COVID. **Revista Recien** [Internet]. 12º de setembro de 2022 [citado 3 de out de 2023];12(39):137-4. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/693>
2. Silva LP da, Muniz G de C, Silva JA da, Possmoser CFV, Jeremias Martins ET. Alteração do perfil de pacientes internados por COVID-19 no Vale do Paranhana - RS. **REAS** [Internet]. 4abr.2022 [citado 3 de out. de 2023];15(4):e9769. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9769>
3. Oussaki FMDS, Mai LD, Menegatti MS. Perfil de pacientes internados em um centro de tratamento de queimados do norte do Paraná. **Rev Bras Cir Plást** [Internet]. 2021 Abr;36(2):173–80. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RBCP0064>
4. Ferreira PC, Teston EF, Marquete VF, Santos RM de S, Rossi RM, Marcon SS. Utilização de serviços de urgência e emergência por complicações agudas da hipertensão e/ou diabetes. **Esc Anna Nery** [Internet]. 2021;25(5):e20210003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0003>
5. Veloso MAA, Caldeira AP. Número de equipes assistenciais e internações por condições sensíveis à atenção primária. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2022;27(7):2573–81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20952021>

6. National Association of Emergency Medical Technicians. **PHTLS** - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 9. ed. 2020.
7. Rodrigues Rios J. Análise de custos em uma Unidade de Terapia Intensiva nos anos de 2018 a 2020: estudo em um hospital universitário do Triângulo Mineiro. Em: Universidade Federal de Uberlândia. **Repositório Institucional - Universidade Federal de Uberlândia**. 2021.
8. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.
9. Organização Mundial de Saúde. Cardiovascular diseases (CVDs). **WHO** [Internet]; 2021. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

USO DE MODELOS PREDITIVOS PARA ESTIMAÇÃO DE METAS A SEREM PACTUADAS: O CASO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

VELASCO, Wisley Donizetti¹
LIMA, Rhalcia Cristina de Melo²

1 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus; wisley.info@gmail.com

2 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

RESUMO

Introdução: Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAP), são doenças e agravos que podem ser resolvidas, desde que o cuidado ambulatorial seja oportuno e efetivo. Medidas preventivas, controle de episódios agudos ou manuseio adequado da doença ou condição clínica, podem minimizar ou evitar o risco de ocorrência das CSAP. E nos casos das internações causadas pelas CSAP, as mesmas podem ser evitadas a partir de uma abordagem apropriada, tanto em termos de prevenção quanto de tratamento. Devido à sua grande relevância para o sistema de saúde, o Percentual de Internações por CSAP, comumente chamado de ICSAP, é um dos indicadores mundialmente utilizados para avaliar indiretamente a qualidade Atenção Primária à Saúde (APS). O seu marco conceitual seguiu o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano (2003) e foi adaptado para as condições brasileiras, o qual parte do princípio de que, para algumas condições de saúde, a APS oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência (ALFRADIQUE et al., 2009). Dada a sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem na APS o seu modelo de atenção, faz-se necessário que o seu objeto de pactuação e metas sejam definidas a fim de que o cenário modelado por sua métrica seja o melhor possível denotando uma verdadeira resolutividade deste nível de atenção. Ocorre que o modo de definição de metas, em muitos casos, é baseado em parâmetros determinados na literatura científica a partir de análises que muitas vezes levam em consideração locais que não comungam dos mesmos perfis epidemiológicos que o estado de Goiás e, por conseguinte, podem levar a uma meta hiper ou hipo pactuada, sendo estas não condizentes com as reais condições do estado. Um dos caminhos para superar estas limitações é lançar mão do uso de abordagens baseadas em *machine learning* a partir de técnicas preditivas que consigam

traduzir em valores críveis de serem alcançados mediante a avaliação do padrão histórico deste indicador no estado. Esta abordagem é especialmente importante porque levará em consideração, tão somente, os fatores que influenciam, direta ou indiretamente, o indicador no estado, traduzindo, de fato, sua real situação, ainda que probabilística. **Objetivos:** Desenvolver um modelo preditivo baseado em *machine learning* capaz de auxiliar na definição de metas factíveis a serem pactuadas, monitoradas e avaliadas. **Metodologia:** Este estudo tem um delineamento analítico e inferencial, de cunho ecológico e transversal. Os dados, para o cálculo do ICSAP, foram obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), levando-se em consideração os critérios de inclusão/exclusão descritos por Alfradique (2019) e da Nota Técnica 13 de 2014 (CONASS, 2014). O indicador foi calculado para o nível geográfico estadual como a proporção de internações por condições consideradas sensíveis à APS em relação a todas as demais internações clínicas de média complexidade, exceto partos, e uma série histórica de treze anos, 2010 a 2022, foi construída. Preliminarmente à modelagem do modelo preditivo, calculou-se o Coeficiente de Pearson a fim de verificar a correlação do ano com o valor observado para o indicador. Este passo inicial atendeu a um dos requisitos básicos da análise de regressão, técnica de *machine learning* utilizada, que é a correlação entre a variável dependente, ICSAP, e a explicativa (covariável), o ano. Por abranger anos pandêmicos de COVID-19 e cômico de que isso poderia influenciar no poder preditivo do modelo, fez-se o seu controle adicionando-se uma variável explicativa denominada “pandemia”, dicotômica, e que sinalizou ao modelo se o ano era pandêmico ou não. Foi avaliado, como medida de acurácia, o valor do R^2 , coeficiente de determinação, o qual indica qual a porção da variabilidade da variável dependente pode ser explicada pelas covariáveis. O pacote estatístico R foi utilizado para a operacionalização do modelo. Por se tratar da utilização de dados secundários, não foi necessário o parecer de um comitê de ética. **Resultados e Discussão:** A partir de 2010 até o início da pandemia (2019), as internações por CSAPS caíam em um ritmo médio da ordem de 5,95%. Em 2020 a queda foi de 29,89%. Uma acentuada diminuição de 23,94 pontos percentuais. À medida em que a pandemia recrudescia, ficou evidenciada uma flagrante queda no número de internações por CSAPS. É importante ressaltar, que este fato não deveu-se, necessariamente, à resolutividade da APS. Por isso a necessidade de se controlar o modelo preditivo a partir de uma variável dicotômica “pandemia” sim

ou não. De outro lado, tem-se as internações clínicas de MC que, em geral, são as internações características das que são sensíveis à APS. Estas, ao longo dos anos, a começar de 2010, caíam nos patamares médios de 4,27% a cada ano. Valor bem próximo ao das internações por CSAPS. Entretanto, no biênio 2019-2020, a queda foi de 9,9%, bem menor do que a das internações por CSAPS (29,89%). As internações por CSAPS são uma fração das internações clínicas de MC. Portanto, espera-se que estejam diretamente correlacionadas, isto é, se uma diminui, a outra, não necessariamente na mesma proporção, deveria, também, diminuir e não foi isso que se observou. Afirma-se, em tese, que o motivo pelo qual as internações por CSAPS tenham caído tanto e as clínicas de MC não, tenha sido em decorrência da COVID-19 que, ao mesmo tempo em que limitava as pessoas a procurarem os serviços de saúde em função de problemas relacionados às CSAPS, sustentava o aumento das internações clínicas de MC por serem estas as hospitalizações características de agravamentos oriundos de uma infecção por COVID-19. É possível, ainda, notar a “recuperação” das internações por CSAPS no biênio 2021-2022, uma vez que não mais vivia-se uma pandemia e em função disto houve um aumento de 23,55% destas internações sensíveis à APS. Em sentido contrário, as internações clínicas de MC caíram 2,74%, corroborando a tese de que a pandemia contribuiu de forma significativa para este tipo de internação. Com o fim da pandemia, as internações que mais contribuíam foram cessadas e passaram a tender a sua volta aos patamares basais esperados, considerando o padrão histórico da série. Diante de todos estes achados, fez-se a estimativa (predição) do percentual de internações por CSAPS controlando a série anual, levando-se em consideração se o ano era pandêmico ou não. É importante salientar que estas estimativas têm a premissa de que todas as ações que buscam diminuir o valor destas internações a cada ano permanecerão constantes. Antes, porém, fez-se a aplicação do Coeficiente de Pearson. Este gerou um valor de -0,85. Valores próximos de 1 ou -1 indicam uma alta correlação e o sinal determina sua direcionalidade. Neste caso, pode-se dizer, em função do sinal negativo, que a correlação é inversamente proporcional, ou seja, à medida que os anos passam, o valor do indicador diminui, indicando, portanto, uma tendência de queda. Deste modo, o modelo operacionalizado obteve um valor de R^2 de 89%, isto é, 89% da variabilidade de ICSAP pode ser explicada pela variação dos anos que passam. Quanto mais próximo de 100%, mais acurado mostra-se ser o modelo e maior a probabilidade de prever corretamente a meta a ser pactuada.

Os valores estimados, portanto, de ICSAP para os anos de 2023 a 2027 foram, respectivamente, **22,41** ($IC_{95\%}$: 19,86-24,95); **21,68** ($IC_{95\%}$: 18,86-24,51); **20,96** ($IC_{95\%}$: 17,86-24,06); **20,24** ($IC_{95\%}$: 16,86-23,63) e **19,52** ($IC_{95\%}$: 15,86-23,19). A ficha do referido indicador no Guia de Qualificação de indicadores da SES-GO, em sua seção de parâmetros, sugeria que para o ano de 2022 o valor da meta fosse de até 21%, dado que o indicador tem como tendência desejável a queda. No entanto, o valor observado para o ano foi de **20,40%** ($IC_{95\%}$: 20,85-25,40). Em razão do perfil probabilístico da estimativa da meta, tem-se que o valor de 21% mostrou-se como crível, compatível com o padrão histórico da série, porquanto encontrava-se contido no $IC_{95\%}$ calculado. Isto posto, a critério da área técnica e considerando o valor estimado, concomitante ao seu $IC_{95\%}$ para 2023, seria possível manter-se o valor de até 21% como meta a ser alcançada para o referido ano. Salienta-se que o modelo construído precisa ser retroalimentado e remodelado a cada ano que se passa, considerando o valor observado, outrora predito, a fim de que as previsões posteriores possam ser ainda mais acuradas e refletir o empenho da SES na busca por uma melhor APS. **Considerações finais:** O uso de modelos de *machine learning*, para a operacionalização de análises preditivas, desempenham um papel crucial na pactuação de metas em saúde, pois capacita os gestores responsáveis pela saúde pública em Goiás a planejar, alocar recursos e implementar estratégias de forma mais eficiente, contribuindo para a melhoria da saúde da população. Embora este estudo tenha tido como objeto de análise as CSAPS, as potencialidades de sua aplicação são vastas, podendo ser utilizadas na previsão de demandas, otimização de recursos, melhoria dos cuidados em saúde, etc. Desta forma, o uso de modelos de *machine learning* podem proporcionar a tomada de decisões informadas em dados objetivos, reduzindo a subjetividade e promovendo políticas e estratégias de saúde mais eficazes, contribuindo com a eficiência operacional na medida em que ajuda a otimizar processos, reduzir custos e melhorar a eficiência operacional em saúde.

Palavras-chave: Machine Learning; Análise Preditiva; Atenção Primária à Saúde; Internações.

Referências

1. ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, jun. 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=pt&tlng=pt>.

2. CAMINAL-HOMAR, J.; CASANOVA-MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atencion primaria*, v. 31, n. 1, p. 61–5, jan. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12570905>>.
3. CONASS. Nota Técnica 13 - Considerações a respeito da nota técnica 70/DAI/SGEP/MS. 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/11/NT-13_2014.pdf>.

A UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA TIMERS PELO ENFERMEIRO PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

VIANA, Amanda Ramos¹
CASTRO, Victor Augusto de²

1 - Residente em saúde funcional e reabilitação pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO); enfamanda.rv@gmail.com.

2 – Especialista em Dermatologia e Tratamento de Feridas pela FaceMinas; Enfermeiro preceptor do Programa de Residência em área profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional e Uniprofissional, da Secretária de Estado de Saúde de Goiás (COREMU – SES/GO); victoraugusto06091991@gmail.com

RESUMO

Introdução: O cuidado e tratamento de feridas pelo profissional enfermeiro, faz parte do cotidiano de sua assistência, sendo respaldado pela Resolução Cofen nº 567/2018, que define como competência do enfermeiro a participação na avaliação, elaboração de protocolos, seleção e indicação de novas tecnologias na prevenção e tratamento de pessoas com lesões. Nessa perspectiva, é de responsabilidade desse profissional, avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de lesões, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidados de pessoas com lesões¹. Sendo assim, a utilização da ferramenta TIMERS (T: tissue; I: Infection; M: Moisture; E: Edge; R: Repair; S: Social;) auxilia o profissional no tratamento de feridas, a partir da avaliação das lesões de forma holística, visando sua cicatrização². Portanto, justifica-se este estudo por meio do conhecimento de enfermagem na aplicação da ferramenta TIMERS para o tratamento de feridas. Como objetivo deste estudo, analisar através de um relato de experiência a aplicação da ferramenta TIMERS na assistência e tratamento de lesões. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira residente, lotado no ambulatório de curativos do centro especializado em reabilitação. O estudo foi realizado no período de março a junho de 2023, na carga horária da enfermeira residente de 60 horas semanais. Foi utilizado como critério de inclusão, a utilização da ferramenta TIMERS no tratamento de lesões pela enfermeira, correlacionando com a literatura científica. A ferramenta TIMERS trata-se de um acrônimo que apresenta as ordens de avaliação de uma ferida, sendo que o “T” se refere ao tipo de tecido, o “I” aos sinais de inflamação/infecção, o “M” avalia o exsudato, o “E” considera as características da borda da ferida,

o R se trata da forma de regeneração/cicatrização e o “S” aborda os fatores socioeconômicos do indivíduo^{3,4}. Durante as consultas de enfermagem no ambulatório de curativos, as atividades desempenhadas pela enfermeira residente incluíram acolhimento, exame físico, curativos em Lesões por Pressão (LPs), em Dermatites Associadas à Incontinência (DAI) e feridas operatórias com complicações, sendo agendado os curativos dos indivíduos, de forma semanal ou quinzenal. Distingue-se que nas feridas que foram aplicadas à ferramenta TIMERS, houve uma evolução significativa no processo de cicatrização. Visto que a partir da ordem de avaliação, que essa ferramenta permite aplicar, foi possível escolher a cobertura mais adequada para cada tipo de lesão, de acordo com suas características. Contudo, a conduta inadequada no tratamento de feridas, pode retardar o processo de cicatrização, além de diminuir a qualidade de vida do indivíduo^{1,5}. Ao analisar a aplicação ferramenta TIMERS em relação a TIME, vários autores afirmam sobre eficácia do uso em virtude do acréscimo da evolução do tecido de reparação representado pela letra (R) e a qualidade inclusa do fator socioeconômico dos indivíduos portadores de feridas representado pela letra (S), influenciando diretamente no tratamento/cura⁶. Sendo perceptível durante as atividades no ambulatório de curativos, no qual os indivíduos que possuíam letramento em saúde melhorado, aderiram mais facilmente ao tratamento, além do fator econômico, que permitia esses indivíduos adquirirem coberturas que não eram fornecidas pelo centro de especializado. **Conclusão:** Em suma, foi notório que com a aplicação da ferramenta TIMERS, se tornou mais prático a escolha de um tratamento adequado para as feridas, além de eficaz para cada tipo de indivíduo e lesão, atingindo resultados favoráveis no processo de cicatrização. Considerando sobretudo, o fator socioeconômico desses indivíduos, que contribuiu diretamente no processo de cura das feridas.

Palavras-chave: Feridas; Enfermagem; Curativo.

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 567/2018 [Internet]. Brasília: Cofen; 2018 [acesso 13 outubro 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3evBunF>
2. Coutinho Júnior NFL, Bezerra SMG, Branco NFLC, Carvalho MRD de, Rocha Júnior K, Ferreira LFO, et al. Ferramenta TIME para avaliação de feridas: concordância interobservador. ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. 2020 Sep 11;

3. Cardinelli CC, Lopes LPN, Piero KCD, Freitas ZMF de. Instrumentos para avaliação de feridas: scoping review. Research, Society and Development [Internet]. 2021 Aug 25 [cited 2023 Oct 13];10(11):e144101119246–e144101119246. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19246>
4. Gomes A, Denise M, Dos Anjos V, Geiza S, Barbosa G, Caroline De Souza J, et al. UNA CONTEÚDOS ORIENTADOS POR DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE LESÃO POR PRESSÃO [Internet]. [cited 2023 Oct 13]. Available from: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/35273/1/TCC-%20LES%C3%83O%20POR%20PRESS%C3%83O-%20GRUPO%201%20.docx%20%283%29.pdf>
5. Oliveira AC de, Rocha D de M, Bezerra SMG, Andrade EMLR, Santos AMR dos, Nogueira LT. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. Acta Paulista de Enfermagem. 2019 Mar;32(2):194–201.
6. Binsi C. TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM FERIDA [Internet]. Available from: https://sappg.ufes.br/tese_drupal/tese_16165 DISSERTA%C7%C3O%20CAMILA%20BINSI%20SCOPEL%20-%20PDF%20.pdf

AValiação DO MÉTODo WOLBACHIA NO CONTROLE DA DENGUE: APLICAÇÃO DO MÉTODo DE CONTROLE SINTÉTICO

BORGES, Teddy Henrique¹

1 – Universidade de Brasília; teddyhenrique@outlook.com.br

RESUMO

Introdução: A dengue é uma doença que tem se destacado no Brasil, colocando o país em primeiro lugar entre os países pan-americanos em termos de casos da doença. Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde, até a 26ª semana epidemiológica de 2023, foram acumulados 2.376.522 casos de dengue, resultando em 1110,56 casos por 100 mil habitantes, o que coloca o Brasil como o segundo país na classificação de 2023, atrás somente da Bolívia. Em 2016, os custos de combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, vetor da dengue, chikungunya e Zika, e custos médicos diretos e indiretos relacionados a essas arboviroses representaram aproximadamente 2% de todo o orçamento do país previsto para a saúde. Este cenário revela a dimensão do desafio a ser cumprido no objetivo de controlar a dengue, uma arbovirose que detém o maior número de casos do seu tipo no território brasileiro. O principal método de combate ao vetor da dengue tem sido o método mecânico, que consiste em eliminar os criadouros do mosquito através da prevenção do acúmulo de água parada. Outra forma é através do uso de inseticidas, que podem ser aplicados tanto na fase larval do vetor quanto na fase adulta. No entanto, décadas de utilização de inseticidas químicos resultaram no estabelecimento no Brasil de populações de *Aedes aegypti* resistentes. Duas novas tecnologias para o controle de populações de mosquitos vetores de doenças estão sendo consideradas: mosquitos geneticamente modificados e mosquitos manipulados biologicamente com Wolbachia. A técnica Wolbachia envolve a introdução de bactérias do gênero Wolbachia em mosquitos *Aedes aegypti*. No Brasil atual, a técnica Wolbachia tem sido aplicada em várias regiões do país por iniciativa do grupo World Mosquito Program com o apoio do Ministério da Saúde e condução pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. A pesquisa sobre o método Wolbachia tem revelado resultados promissores, sem, no entanto, estar exaurida. É útil haver maiores evidências práticas sobre sua escalabilidade, versatilidade, custos e eficiência a nível operacional. **Objetivo:** Este trabalho visa contribuir para a

análise do Método Wolbachia, estimando seu impacto sobre o número de casos de dengue nas regiões onde foi aplicado. O objetivo é criar evidências baseadas em dados públicos que possam ser usados para a criação e análise de políticas públicas. **Metodologia:** O método de controle sintético, desenvolvido por Abadie e Gardeazabal (2003), é uma ferramenta estatística poderosa usada para avaliar o impacto de intervenções ou tratamentos em uma unidade de interesse (por exemplo, um paciente, um grupo de pacientes, ou uma população) na ausência de um grupo de controle clássico. É construída uma unidade de controle sintética como uma média ponderada das unidades de controle que mais se assemelham à unidade tratada antes da intervenção. Essa abordagem permite estimar o que teria acontecido com a unidade tratada na ausência do tratamento. Um vetor de pesos é selecionado para que a unidade sintética represente da melhor forma possível a unidade tratada antes da intervenção. O estudo utiliza dados públicos obtidos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, originários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram selecionados casos prováveis de dengue entre janeiro de 2014 e junho de 2023, período que abrange a implementação do programa “Eliminar a Dengue: Desafio Brasil” no Rio de Janeiro. Este programa incluiu estudos sobre a adaptação e desempenho de linhagens específicas do mosquito *Aedes aegypti* infectados com a Wolbachia. Após a seleção da linhagem mais adequada, foram realizadas solturas de mosquitos entre agosto de 2017 e dezembro de 2019 em cinco zonas distintas da cidade. O período de análise engloba o período da pandemia de COVID-19, entre os anos de 2020 e 2022, quando muito provavelmente houve subnotificação dos casos de dengue, uma vez que houve redirecionamento dos recursos humanos e materiais para o combate à pandemia. As zonas onde foram realizadas solturas de mosquitos infectados com a Wolbachia são consideradas como unidades tratadas, onde será avaliado o impacto desta intervenção no número de casos de dengue. As demais regiões da cidade foram as candidatas a unidades de controle para a formação da unidade sintética comparativa. As zonas do estudo coincidem com as delimitações de zonas administrativas da cidade, proporcionando o uso de dados do sistema de vigilância epidemiológica municipal para a estruturação de uma base de dados espaço-temporal, essencial para a condução da análise. **Resultados e Discussão:** A tabela a seguir resume os valores reais e estimados da incidência de dengue nos períodos de picos dos anos de 2018, 2019 e 2023.

Tabela 1. Tabela comparativa da incidência da dengue - efeito do tratamento em RJ1

	Trimestre 3 (2018)	Trimestre 7 (2019)	Trimestre 23 (2023)
Zona RJ1 sintética	63,8	115	90,3
Zona RJ1 real	15,8	28,0	23,3
Redução estimada	75,2%	75,6%	74,2%

A comparação dos dados reais com os dados da unidade sintética sugere uma redução no número de casos de dengue em torno de 75% nos três anos analisados. O resultado estimado é estatisticamente significativo a 5%. O efeito do tratamento na zona RJ2 é estimado conforme tabela abaixo e apresenta valores decrescentes desde o início do tratamento, no trimestre 1, até o final do período avaliado.

Tabela 2. Tabela comparativa da incidência da dengue - efeito do tratamento em RJ2

	Trimestre 3 (2018)	Trimestre 7 (2019)	Trimestre 23 (2023)
Zona RJ2 sintética	65,3	112,5	92,7
Zona RJ2 real	17,3	42,5	57,7
Redução estimada	73,5%	62,2%	37,8%

Uma possível explicação para a redução gradativa do efeito estimado pode ser a baixa prevalência de mosquitos infectados na região RJ2. O resultado estimado é estatisticamente significativo a 5%.

Para a zona RJ3.1, no período posterior ao tratamento, os valores estimados praticamente coincidem com os valores reais, indicando a falta de efeito resultante do tratamento ou a insignificância do mesmo. **Conclusão:** A dengue é uma preocupação crescente de saúde pública na América Latina, especialmente no Brasil. Os métodos tradicionais de prevenção e combate à dengue têm se mostrado limitados. Este estudo analisou uma nova técnica de combate à dengue, o método Wolbachia, usando dados epidemiológicos públicos. Os resultados validaram o método Wolbachia como uma estratégia eficaz no controle da dengue, relacionando sua aplicação à redução significativa no número de casos

de dengue. No entanto, em regiões onde a substituição da população local de mosquitos por mosquitos infectados não foi sustentável, a redução da dengue foi decrescente ou inexistente. O estudo sugere a necessidade de pesquisas adicionais para aumentar as garantias de sucesso da fase inicial de introdução da população de mosquitos com Wolbachia. Além disso, recomenda-se a utilização de variáveis preditoras mais robustas para minimizar o risco de geração de estimativas viesadas e sugere-se que futuros estudos comparem outras técnicas existentes para o combate à dengue.

Palavras-chave: Dengue; Controle Vetorial; Wolbachia; Método de Controle Sintético.

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM MENINGITE CRIPTOCÓCICA ATENDIDOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA EM GOIÁS

REIS, Kamilla Falcão Barros¹
GONÇALVES, João Marcus da Silva¹
OLIVEIRA, Maysa Aparecida²

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

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

RESUMO

Introdução: A criptococose é uma micose sistêmica causada por fungos do gênero *Cryptococcus* ssp., com porta de entrada pulmonar e tropismo pelo Sistema Nervoso Central.¹ Os principais agentes são *Cryptococcus neoformans* e *Cryptococcus gattii*, que em virtude da diversidade genética, passaram a ser considerados complexos de espécies. O *C. neoformans* é considerado um fungo patogênico oportunista, que tipicamente causa doença em hospedeiros imunodeprimidos, como os pacientes com diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), enquanto *C. gatti* causa doença, predominantemente, em indivíduos imunocompetentes.^{1,2} A meningite e a meningoencefalite constituem as formas de apresentação mais frequentes e graves da criptococose, com alta letalidade, em que a maioria dos óbitos ocorre nas primeiras duas semanas, em decorrência da hipertensão intracraniana.¹ O diagnóstico da meningite criptocócica é fundamentalmente baseado no exame do líquido e pode ser realizado por exame direto, cultura e testes diagnósticos imunológicos.³ O tratamento da meningite ou meningoencefalite criptocócica divide-se em três fases: indução, consolidação e manutenção. A fase de indução tem por objetivo a negatização ou redução efetiva da carga fúngica e o tratamento de escolha consiste em anfotericina B (AmB) lipossomal ou complexo lipídico de AmB e flucitosina pelo período mínimo de duas semanas. A fase de consolidação visa manter controlada a multiplicação fúngica e a normalização dos parâmetros clínicos e laboratoriais, com uso de fluconazol por, pelo menos, oito semanas. A fase de manutenção é fornecida para pessoas vivendo com HIV e recomenda-se fluconazol até a recuperação imunológica para prevenir recaídas,

por pelo menos 12 meses e até que a contagem de células CD4⁺ seja igual ou maior a 100 células/mm³ e carga viral indetectável.¹ A criptococose não é uma doença de notificação compulsória no Brasil. Desta forma, é desconhecida a real magnitude do problema das micoses sistêmicas. Entretanto, de acordo com a Resolução Estadual nº 004/2013-GAB/SES-GO, a notificação da criptococose é obrigatória em Goiás desde 2013.⁴ Conforme Portaria nº 204/2016, a meningite integra a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória desde 2016.⁵ Após investigação dos casos de meningite, os casos de meningite criptocócica são classificados como meningite de outra etiologia e, em seguida, são notificados e acompanhados por meio da ficha de notificação/conclusão. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com meningite criptocócica em um Hospital Referência em Infectologia em Goiás no período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2022. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de caráter retrospectivo, realizado a partir de dados secundários obtidos no Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE) do Hospital Referência em Infectologia e em um Laboratório de Referência em Saúde Pública de Goiás. Os critérios de inclusão foram pacientes atendidos na instituição com diagnóstico de meningite criptocócica confirmado pelo exame da Tinta da China e/ou cultura, ou pela determinação de títulos de antígenos pela técnica de aglutinação de látex no líquido. Aplicou-se análise descritiva por meio de frequências absoluta (n) e relativa (%). Associações estatísticas foram verificadas pelo teste exato de Fisher ($\alpha=5\%$; $p<0,05$). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (CAAE: 67516523.6.0000.0034). **Resultados e discussão:** No período do estudo, foram notificados 94 pacientes com meningite criptocócica no NHVE. A partir dos critérios de inclusão, 89 pacientes foram elegíveis para o estudo, 4 foram excluídos por não apresentarem diagnóstico laboratorial para meningite criptocócica e 1 por apresentar notificação em duplicidade. De acordo com a Tabela 1, observou-se que 87,6% (n=78) dos pacientes eram HIV positivos e 12,4% (n=11) eram HIV negativos. Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos casos de meningite criptocócica ocorreram em pacientes HIV positivos, corroborando com estudos que afirmam ser este o principal grupo de acometidos e a AIDS o principal fator de risco para desenvolvimento da doença.^{6,7} Do total de casos, 86,5% (n=77) eram do sexo masculino e 74,2% (n=66) eram pardos. Independentemente da

sorologia para o HIV, verificou-se que a distribuição da doença foi mais prevalente entre os pacientes do sexo masculino e da raça parda. A idade variou de 19 a 68 anos e o maior número de casos foi observado na faixa etária de 33 a 47 anos (44,9%). Entre os pacientes HIV negativos, o maior número de casos foi observado no intervalo de 48 a 62 anos (45,5%), enquanto entre os HIV positivos, houve predomínio na faixa etária dos 33 a 47 anos (46,2%), sendo observada associação significativa ($p=0,010$) entre a faixa etária e os grupos avaliados. A meningite criptocócica pode acometer ambos os sexos, mas nos homens sua prevalência gira em torno de 70%, e nas mulheres, é de 30%, com razões ainda pouco claras.⁸

Tabela 1. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com meningite criptocócica (n=89) atendidos em um hospital referência em infectologia em Goiás. Período 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2022.

Prevalência em infectologia em Goiás. Período 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2022.							
Variáveis	HIV negativos (n=11)		HIV positivos (n=78)		Total (n=89)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	3	27,3	9	11,5	12	13,5	0,165
Masculino	8	72,7	69	88,5	77	86,5	
Faixa etária							
18 - 32 anos	1	9,1	31	39,7	32	36,0	0,010
33 - 47 anos	4	36,4	36	46,2	40	44,9	
48 - 62 anos	5	45,5	10	12,8	15	16,9	
Acima 67 anos	1	9,1	1	1,3	2	2,2	
Raça							
Amarela	0	0,0	6	7,7	6	6,7	0,611
Branca	2	18,2	7	9,0	9	10,1	
Parda	8	72,7	58	74,4	66	74,2	
Preta	0	0,0	3	3,8	3	3,4	
Ignorado	1	9,1	4	5,1	5	5,6	
Agente etiológico							
<i>Cryptococcus gattii</i>	4	36,4	0	0,0	4	4,5	<0,050
<i>Cryptococcus neoformans</i>	5	45,5	62	79,5	67	75,3	
<i>Cryptococcus</i> spp.	2	18,2	14	17,9	16	18,0	
Negativo	0	0,0	2	2,6	2	2,2	
Desfecho clínico							
Alta	5	45,5	41	52,6	46	51,7	0,001
Óbito por meningite	4	36,4	1	1,3	5	5,6	
Óbito por outra causa	2	18,2	36	46,2	38	42,7	

*Teste exato de Fisher.

Alguns estudos relataram perfil epidemiológico semelhante ao encontrado neste estudo. Ianiski et al.⁷ avaliaram pacientes diagnosticados com criptococose, em um hospital universitário do Rio Grande

do Sul, e observaram que o sexo masculino, faixa etária de 31 a 50 anos e portadores de HIV foram predominantes. Fontinele et al.⁹ traçaram o perfil dos pacientes acometidos por *Cryptococcus* spp., em um hospital de doenças tropicais em Teresina/PI, e observaram que 52,5% eram do sexo masculino, 57,5% eram pardos e a idade média geral era de 37,6 anos. Quanto às espécies isoladas e identificadas na cultura, 75,3% eram *C. neoformans* e 4,5% *C. gattii*. A criptococose oportunista é causada primariamente pelo *C. neoformans*, principal agente encontrado nos pacientes soropositivos, como pode ser atestado neste estudo, em que a proporção dessa espécie foi significativamente maior ($p<0,05$) nos pacientes com HIV (79,5%), apesar da sua prevalência também ter sido observada nos pacientes HIV negativos (45,5%). Sobre a evolução clínica, 51,7% (n=46) receberam alta hospitalar, 5,6% (n=5) evoluíram para óbito em decorrência da meningite criptocócica e 42,7% (n=38) evoluíram para óbito por outras causas. **Conclusão:** Este estudo demonstrou a importância da notificação compulsória de doenças para o conhecimento do processo saúde/doença e do desenho epidemiológico de uma determinada localidade. Com base nestas informações, são desencadeadas ações de controle e prevenção de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

Palavras-chaves: Meningite Criptocócica; Epidemiologia; HIV; Notificação de Doenças.

Referências

1. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf
2. Kon SA, Grumach AS, Colombo AL, Penalva ACO, Wanke B, Telles FQ, et al. Consenso em criptococose: 2008. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2008 Set [citado em 20 set. 2023];41(5):524-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822008000500022>
3. Silveira MB, Moura AM, Sousa IC, Rezende HAA. Diagnóstico Laboratorial de Criptococose em Indivíduos Imunodeprimidos. Saúde & Ciência em Ação [Internet]. 2018 Jan-Julho [citado em 22 set. 2023];4(1):103-116. Disponível em: <https://revistas2.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/400/317>
4. Goiás. Resolução nº 004/2013/GAB-SES. Acrescenta agravos de interesse à saúde no elenco de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Goiás, Goiás, GO, ano 176, n. 24.588, p. 20. 14 maio. 2013.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html
6. Bastos AL, Manrique EJC, Trilles L, Lazéra MS, Melhem MSC, Oliveira GC *et al*. Perfil clínico-epidemiológico da criptococose associada e não associada à infecção pelo HIV na região Centro-Oeste do Brasil. Braz. J. Develop. [Internet]. 2022 Mar [citado em 25 set. 2023];8(3):18214-30. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-183>
7. Ianiski LB, Azevêdo MI, Weiblen C, Stibbe PC, Tondolo JSM, Botton SA. Perfil epidemiológico e terapêutico de pacientes com criptococose atendidos em hospital escola de Santa Maria/RS. Saúde (St. Maria) [Internet]. 2018 Ago [citado em 25 set. 2023];44(2)11-12. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583432507>
8. Lortholary O, Improvisi L, Fitting C, Cavaillon JM, Dromer F. Influence of gender and age on course of infection and cytokine responses in mice with disseminated *Cryptococcus neoformans* infection. Clin Microbiol Infect [Internet]. 2002 Jan [citado em 25 set. 2023];8(1):31-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1469-0691.2002.00375.x>
9. Fontinele DRS, Rafael SN, Silva LHC, Martins LMS, Wanke B. Análise clínica e epidemiológica da infecção por criptococose em pacientes do hospital de referência em doenças tropicais de Teresina, Brasil. Rev. bras. pesqui. saúde. [Internet]. 2023 Mar [citado em 25 set. 2023];24(2):25-34. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/rbps.v24i2.36612>

MAPEANDO A IMUNIZAÇÃO EM GOIÁS: DESVENDANDO TENDÊNCIAS NAS COBERTURAS VACINAIS COM USO DE MACHINE LEARNING

LIMA, Rhalcia Cristina de Melo¹

VELASCO, Wisley Donizetti²

SANTOS, Paulie Marcelly Ribeiro dos Santos³

OLIVEIRA, Fábio Santana de⁴

1 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus; rhalcialima17@gmail.com.

2 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

3 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

4 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

RESUMO

Introdução: Uma das formas mais eficazes e econômica de prevenir infecções é com a vacinação, tendo um impacto na saúde global maior que qualquer outra intervenção médica (MACLENNAN; SAUL, 2014). Em torno de 2,5 milhões de mortes são evitadas a cada ano, quando milhões de crianças são vacinadas contra poliomielite, hepatite B, tuberculose, tétano, coqueluche, difteria, Haemophilus influenzae tipo b (Hib), rotavírus e sarampo (KOLLMANN; MARCHANT; WAY, 2020). Entre meados de 1960 e 2015, mais de 10 milhões de vidas foram salvas com vacinas virais. Apesar disso, devido à falta de acesso às vacinas infantis essenciais, em torno de 1,5 milhão de crianças menores de 5 anos ainda morrem anualmente de doenças imunopreveníveis (ORENSTEINA; AHMEDB, 2017; OLSHANSKY; HAYFLICK, 2017; OKOWO-BELE, 2015). De acordo com o Ministério da Saúde, alguns fatores apesar de não serem os únicos, contribuem de forma significativa para as baixas coberturas vacinais, dentre eles citamos: a percepção enganosa dos pais de que não é preciso mais vacinar porque as doenças desapareceram; o desconhecimento de quais são os imunizantes que integram o calendário nacional de vacinação, todos de aplicação obrigatória; o medo de que as vacinas causem reações prejudiciais ao organismo; o receio de que o número elevado de imunizantes sobrecarregue o sistema imunológico; e a falta de tempo das pessoas para ir aos postos de saúde, que funcionam das 8h às 17h só nos dias úteis (ZORZETTO, 2018). Considerando a homogeneidade da cobertura vacinal por Unidade de Federação (UF), houve uma redução gradativa nas coberturas vacinais, onde em 2015, apenas 10 das 27 UFs, conseguiram atingir a cobertura vacinal, em pelo menos 75% das oito vacinas oferecidas a menores de um ano. No ano de 2021, Amapá e Distrito

Federal, conseguiram atingir a meta de cobertura vacinal para 01 das 08 vacinas e para as demais UFs, a homogeneidade foi de zero por cento (DOMINGUES; TEIXEIRA; MORAES, 2022). Contudo, é importante analisar e identificar os fatores que estão interferindo para o não alcance das metas da cobertura vacinal. Faz-se necessário um amplo debate da sociedade brasileira, com intuito de buscar parcerias e estratégias de intervenção, priorizando situações de maior vulnerabilidade com intuito de reverter esse quadro. Considerando que a vacinação é uma das mais importantes formas de prevenção de doenças, e falhas nessas medidas coloca em risco a saúde da população em geral (DOMINGUES et al., 2020). Com intuito de monitorar a cobertura vacinal no Estado de Goiás, utiliza-se o indicador “Percentual de municípios que atingiram cobertura vacinal preconizada ($\geq 95\%$) nas vacinas selecionadas (Pentavalente - 3ª dose; Pneumocócica 10 - Valente - 2ª dose; Poliomielite - 3ª dose, para as crianças menores de 1 ano de idade e Tríplice Viral - 1ª dose, para crianças de 1 ano de idade)”, um dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) e que demonstra o percentual dos municípios que atingiram a cobertura vacinal preconizada no estado. Baseado nesse indicador e com vistas a proporcionar uma nova visualização da cobertura vacinal atingida, além de possibilitar uma maior flexibilidade na avaliação do alcance da meta proposta, adotou-se a técnica da Análise de Agrupamento (YOSHIMITANAKA et al., 2015). Com a aplicação dessa técnica é possível canalizar os esforços para a solução de problemas relacionados à baixa cobertura, sobretudo, direcionando as ações para aqueles municípios que, de fato, carecem de maior atenção. **Objetivos:** Agrupar e classificar os municípios segundo a sua cobertura vacinal atingida nos quatro imunos avaliados. **Metodologia:** Trata-se de um método exploratório multivariado, explorando grupos que naturalmente se formam dentro de um conjunto de dados conhecido, que são denominados por clusters, reunindo o que é semelhante e separar o que é diferente. Utilizou-se para realizar o agrupamento a cobertura vacinal dos quatro imunos: Pentavalente; Pneumocócica 10 - Valente; Poliomielite (para < de 1 ano de idade) e Tríplice Viral. Tal análise foi operacionalizada utilizando o algoritmo *k-means*. Os municípios submetidos à análise de agrupamento foram todos aqueles que não conseguiram alcançar a cobertura vacinal preconizada nos quatro imunos avaliados. Aqueles que alcançaram cobertura vacinal $\geq 95\%$ formaram diretamente o grupo denominado “Muito Bom”. Os demais grupos foram nomeados como “Bom”, “Médio”,

“Ruim” e “Muito Ruim”, levando-se em conta o valor médio e máximo da cobertura entre os imunos avaliados dos municípios constantes dentro dos respectivos grupos, isto é, os mais semelhantes entre si. Para a obtenção de uma ponderação populacional, de modo que os grupos fossem melhor discriminados, utilizou-se o indicador “percentual de nascidos vivos”. **Resultados e Discussão:** Considerando a distribuição de municípios do Estado de Goiás classificados segundo as coberturas vacinais para os anos de 2013 a 2022, observa-se em 2013, que do total de 246 municípios, 161 (65,4%) foram classificados como Muito Bom, enquanto que 21 (8,5%) como Bom, 19 (7,7%) como Médio, 23 (9,4%) como Ruim e 22 (9%) como Muito Ruim. Já em 2022, apenas 60 (24,5%) dos municípios foram classificados como Muito Bom, 47 (19%) como Bom, 38 (15,5%) como Médio, 59 (24%) como Ruim e 42 (17%) como Muito Ruim. Em relação ao grupo classificado como Muito Bom, analisando a série histórica, é perceptível um decréscimo no ano de 2014, quando comparado com 2013, onde apenas 91 municípios (37%) conseguiram atingir a cobertura vacinal. Para os demais anos, em relação ao quantitativo de municípios, praticamente manteve-se estável até 2018, observando uma queda considerável no ano de 2019 para apenas 39 municípios (15,9%). No ano de 2020, um pequeno aumento foi observado para um total de 64 municípios (26%), mantendo-se estável no ano de 2021 e queda para 60 municípios (24,5%), em 2022. Utilizando a técnica do Diagrama de Sankey, observa-se uma mudança no fluxo dos municípios de acordo com a cobertura vacinal, referente ao ano de 2013 e 2022, classificados nos grupos Muito Bom, Bom, Médio, Ruim e Muito Ruim. Desta forma, no ano de 2013 o grupo Muito Bom tinha 161 municípios que atingiram a cobertura vacinal, e no ano de 2022 apenas 60. Em relação ao grupo Bom, no ano de 2013 sua composição era de 21 municípios e houve um aumento para 47 municípios no ano de 2022. O grupo Médio, em 2013 tinha 19 municípios e no ano de 2022 aumentou para 38 municípios que atingiram a cobertura vacinal. No ano de 2013, o grupo Ruim era composto por 23 municípios e após a migração ficou com 59 municípios. E para finalizar, o grupo Muito Ruim tinha 22 municípios em 2013, ficando em 2022 com 42 municípios. **Considerações finais:** Com base na classificação dos municípios, sugere-se que os referidos esforços possam ser concentrados naqueles classificados nos grupos Ruim e Muito Ruim, uma vez que, ao longo do tempo, em geral, eles migram e se alternam entre si, isto é, não evoluem e não migram para grupos melhores. Justifica-se esta recomendação, porquanto

municípios classificados em grupos acima dos medianos, à semelhança dos ruins e muito ruins, alternam-se entre eles o que em certa medida não chega a caracterizar uma necessidade tão premente quanto a dos piores. Os municípios medianos, isto é, aqueles classificados no grupo Médio, alternam-se entre os grupos superiores e inferiores, porém, a grande maioria deles tendem a manter seu padrão de cobertura vacinal. Obviamente que estes precisam de atenção, mas não na mesma magnitude dos demais alocados em grupos inferiores. Em virtude da escassez de recursos e com intuito de otimizar as ações, essa análise permitirá aos gestores do SUS direcionarem e potencializarem suas ações para aqueles municípios que carecem de maior atenção no que diz respeito ao cumprimento da meta de cobertura vacinal. **Agradecimentos:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES.

Palavras-chave: Cobertura Vacinal; Imunização; Vacinas; Imuno.

Referências

1. DOMINGUES, C. M. A. S. et al. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, 2020.
2. DOMINGUES, CARLA MAGDA ALLAN S; TEIXEIRA, A. M. DA S.; MORAES, J. C. DE. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ’ s public news and information. **Jornal de Pediatria**, n. January, 2022.
3. KOLLMANN, T. R.; MARCHANT, A.; WAY, S. S. Vaccination strategies to enhance immunity in neonates. **Science**, v. 368, n. 6491, p. 612–615, 2020.
4. MACLENNAN, C. A.; SAUL, A. Vaccines against poverty. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 111, n. 34, p. 12307–12312, 2014.
5. ORENSTEINA, W. A.; AHMEDB, R. Simply put: Vaccination saves lives. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 114, n. 16, p. 4031–4033, 2017.
6. OLSHANSKY, S.J.; HAYFLICK, L. The Role of the WI-38 Cell Strain in Saving Lives and Reducing Morbidity. **AIMS Public Health**, v. 4, n. 2, p. 127–138, 2017.
7. OKOWO-BELE, J. Juntos , podemos fechar a lacuna de imunização. p. 3–5, 2015.

8. YOSHIMITANAKA, O. et al. Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 1, p. 34-35, mar. 2015.
9. ZORZETTO, R. Razões da queda na vacinação. **Revista FAPESP**, 2018.

ATUAÇÃO DO CIEVS GOIÂNIA NAS INVESTIGAÇÕES DE SURTOS EM 2023

GAMES, Amanda Karoliny Ferreira¹
CAPARROZ, Dayanne Priscylla Pires de Deus²
QUEIROZ, Thaise Dornelas³
LIMA, Matheus Henrique Assis⁴
CAETANO, Jennifer Barbosa Castro⁵
RÊGO, Marília Belmira de Castro⁶
SOUZA NETO, Menandes Alves de⁷

1-Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Goiânia amandavegoiania@gmail.com;

2-Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia e Goiânia dayannecaparroz@gmail.com;

3-Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Goiânia e da Assembleia Legislativa de Goiás; thaisequeiroz@hotmail.com ;

4-Biomédico, servidor da secretaria municipal de saúde de Goiânia; matheus.biomed@hotmail.com;

5-Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Goiânia; jenniferbarbosac@gmail.com

6-Enfermeira, diretora de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Goiânia; mariliabelmira@gmail.com

7- Farmacêutico, Apoiador CIEVS Goiânia; menandesneto@gmail.com

RESUMO

Introdução: O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) é uma unidade da Vigilância em Saúde responsável pela notificação, detecção, verificação, monitoramento e resposta a eventos de emergências em saúde pública, como em casos de surtos, além do monitoramento de doenças e agravos que podem impactar na saúde pública¹. Assim, dentre as atribuições do CIEVS, a investigação de surtos é uma etapa extremamente importante pois, a partir da detecção de um rumor ou da notificação de um surto, é iniciada uma investigação epidemiológica visando a identificação do agente etiológico, a fonte de infecção, modo de transmissão, fatores de risco, vínculo epidemiológico entre os casos acometidos e identificação do caso primário dos contatos. Conhecer tais fatores permite mediar ações para conter o aumento das doenças e agravos de forma adequada e oportuna. **Objetivo:** Descrever sobre as investigações de surtos realizadas pelo CIEVS capital Goiânia/Goiás no ano de 2023, até a semana epidemiológica 42. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, com o objetivo de descrever os dados e a atuação da equipe Cievs Goiânia em investigações de surtos. Para controle e monitoramento das investigações de surtos foi criada uma planilha *Google Sheets* no *Google Drive*. Essa planilha contém 11 variáveis (investigador inicial; número de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); data de

investigação; local; agravo/doença; quantidade de casos; pendências; requisição de exames ao LACEN e número do GAL; envio de laudos aos envolvidos; encerramento da investigação/surto e data do encerramento). A planilha foi exportada em formato do *Microsoft Office EXCEL 365*® contendo os dados referentes às investigações realizadas entre os meses de janeiro e outubro de 2023 (01 de janeiro de 2023 até 31 de outubro de 2023). Logo em seguida, os dados foram exportados para o pacote estatístico *IBM Statistical Package SPSS 25*®, no qual foi realizada a análise descritiva utilizando a distribuição de frequência absoluta e relativa. **Resultados e Discussões:** Após a análise descritiva dos dados, verificou-se a realização de 72 investigações durante o período determinado. Foram acompanhados 543 indivíduos em 11 doenças ou agravos sendo os mais prevalentes os surtos de Síndrome Mão-Pé-Boca (SMPB), Doenças Diarreicas Agudas (DDA) e COVID-19. Também foram realizadas investigações de varicela, doenças exantemáticas, intoxicação exógena, conjuntivite, escabiose, síndrome gripal não especificada, impetigo e toxoplasmose, conforme a tabela 01. A maior parte dos surtos é de etiologia infecciosa e transmissível, assim a realização de uma investigação sistemática juntamente com as coletas para análises laboratoriais são necessárias para a identificação da fonte de infecção e adoção das medidas de controle e elaboração de recomendações adicionais². A partir das investigações, foi observado que 60 (83,4%) surtos tiveram coletas de amostras para identificação e análise do agente etiológico. Em contrapartida, não houve coleta de 12 amostras (16,6%) devido ao tempo inoportuno ou recusa. O tempo inoportuno para coleta ocorre principalmente pela notificação tardia, apontando a necessidade de buscar sensibilizar e estimular a população na realização da notificação, uma vez que é por meio dela que se torna possível a realização da investigação oportuna, a fim de identificar os agentes etiológicos e os fatores de risco envolvidos e assim propor ações que visem prevenir a ocorrência de novos casos⁴. As investigações de DDA apresentam a obrigatoriedade da realização de análises bromatológicas, essas são pactuadas e coletadas pela equipe de Monitoramento de Alimentos da Vigilância Sanitária da capital. Quando liberados, os laudos são enviados para o CIEVS Goiânia para conclusão da investigação e encerramento do surto no SINAN NET. Durante esse período foram realizadas 10 análises bromatológicas. Destaca-se que todas as investigações (100,0%) aconteceram no período das 24 horas a partir do recebimento do rumor, sendo este um indicador de qualidade das atividades prestadas pela

Rede CIEVS Nacional. As investigações dos surtos auxiliam nas definições das medidas de controle que devem ser implementadas de forma rápida e eficiente e devem estar dirigidas para suprimir ou eliminar as fontes de infecção ou exposição, interromper a transmissão na população e reduzir a suscetibilidade³. Dessa forma, nas investigações em que houve coleta de amostras, os laudos foram encaminhados juntamente com orientações aos pacientes pela equipe CIEVS por e-mail ou aplicativos de mensagem. Após a liberação dos laudos e atualizações dos relatórios, os surtos foram encerrados no SINAN NET. Ressalta-se que 100% desses surtos, as notificações foram encerradas no sistema dentro do período oportuno de até 60 dias.

Tabela 1. Análise descritiva das investigações realizadas pelo CIEVS CAPITAL Goiânia -Goiás, entre janeiro e outubro de 2023.

Doença /Agravamento	Investigações realizadas n (%)	Casos acompanhados n (%)	Surtos que tiveram coleta n (%)	Quantidade de amostras coletadas n (%)
Síndrome Mão Pé Boca	33 (45,8)	285 (52,4)	30 (50,0)	76 (33,9)
Doenças Diarreicas Agudas	14 (19,4)	66 (12,1)	10 (16,6)	28* (12,5)
Covid-19	11 (15,2)	71 (13,0)	11 (18,3)	96 (42,8)
Varicela	4 (5,5)	20 (3,6)	3 (5,0)	3 (1,3)
Rubéola	2 (2,7)	5 (0,9)	1 (1,6)	4 (1,7)
Intoxicação Exógena	2 (2,7)	26 (4,7)	0	0
Outros	6 (8,3)	70 (12,8)	5 (8,3)	17 (7,5)
Total	72 (100,0)	543 (100,0)	60 (100,0)	224 (100,0)

*entre as 28 amostras coletadas, 10 correspondem a amostras bromatológicas

Considerações finais: Identificou-se como empecilho a falha de comunicação entre notificadores e equipe CIEVS ou entre os investigados com a Equipe CIEVS. Outro fator levantado como dificuldade é a falta de sensibilidade dos demais profissionais quanto a importância da investigação, além da notificação. A padronização das atividades, a criação e utilização de um modelo de relatório de surto e o compartilhamento ao final de cada turno possibilitou a continuidade das investigações, bem como

a realização de coletas em momento oportuno, assim como a identificação de pendências e o monitoramento dos gestores sobre tais atividades. Pode-se notar ainda a identificação rápida de gargalos e falhas, o aumento de produtividade e engajamento da equipe e a maior qualidade das investigações e das notificações.

Palavras-chave: Epidemiologia; Surtos de doenças; Vigilância em Saúde Pública.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº4641 de 28 de dezembro de 2022. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e a Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede CIEVS), ambos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para Investigações de Surtos ou Epidemias / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 64 p. : il. ISBN 978-85-334-2660-3
3. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 5: pesquisa epidemiológica de campo – aplicação ao estudo de surtos / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
4. Brasil. Surtos doenças transmitidas por alimentos–DTA. Brasília: Portal Sinan, 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/surto-doencas-transmitidas-por-alimentos-dta>.

ENSINO DE HABILIDADES COMPORTAMENTAIS BASEADO NO MODELO DENVER DE INTERVENÇÃO PRECOCE PARA PACIENTES COM TEA NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PSICOLOGIA

OLIVEIRA, Luan Mendonça¹

1. Psicólogo. Residente Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação; E-mail: mendoncaoliveirluan@gmail.com

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição de saúde que impacta o modo como um indivíduo percebe e interage com o mundo ao seu redor, sendo classificado como um Transtorno do Neurodesenvolvimento². O diagnóstico de TEA, conforme o DSM-5-TR², baseia-se em dois grupos de sinais e sintomas essenciais para sua identificação e diagnóstico. O primeiro grupo diz respeito aos déficits em comunicação e interação social, tendo em vista que, pessoas com o diagnóstico de TEA regularmente apresentam entraves importantes na utilização da linguagem para o estabelecimento de uma comunicação funcional, podendo resultar em atrasos na fala e obstáculos no comportamento verbal e não-verbal. Ademais, apresentam dificuldades em responder quando chamados, pouca ou nenhuma reciprocidade socioemocional, resultando em obstáculos na formação de vínculos e na capacidade de responder de forma adequada às nuances das interações sociais. Esses desafios multifatoriais impactam significativamente o cotidiano e o desenvolvimento biopsicossocial das pessoas com autismo². O segundo grupo de sinais e sintomas necessário para o diagnóstico de TEA, refere-se à presença marcante de comportamentos restritos e repetitivos. Isso se manifesta na realização de movimentos, verbalizações ou manipulação de objetos de forma repetitiva e estereotipada, apego rígido e inflexível a rotinas, padrões de comportamento e pensamento, além de hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, resultando em respostas incomuns ou extremas a estimulações oriundas do meio². É fundamental destacar, que, esses sintomas devem estar presentes na primeira infância, embora possam não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas do indivíduo. Adicionalmente, é necessário que esses sintomas causem prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do sujeito². Dessa forma, o TEA pode ter um impacto profundo na capacidade da

pessoa em interagir socialmente, realizar tarefas cotidianas e possuir autonomia e independência em várias áreas da vida, demandando assim, intervenções específicas para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, linguísticas, ocupacionais e comportamentais. O modelo Denver de intervenção precoce é uma abordagem terapêutica baseada na análise do comportamento aplicada (ABA) que tem sido amplamente utilizada no tratamento de crianças com TEA^{1 3}. Este modelo é baseado em métodos de ensino lúdicos e naturalísticos, intervindo em habilidades sociais, cognitivas e comportamentais. A adoção do modelo Denver envolve a criação de um ambiente de aprendizado motivador e agradável para a criança. As atividades são baseadas na ludicidade, o que significa que são projetadas para serem divertidas e envolventes. Isso ajuda a criança a se envolver mais profundamente no processo de aprendizado e a desenvolver habilidades importantes de maneira mais eficaz^{1 3}. Esta abordagem é projetada para atender às necessidades específicas da criança e pode incluir uma variedade de estratégias de ensino, incluindo jogos, música, brincadeiras e atividades do dia a dia^{1 3}. **Objetivos:** O presente relato de experiência busca descrever a utilização de um modelo de intervenção de ensino de habilidades comportamentais baseado no Modelo Denver para pacientes com TEA em um centro especializado em reabilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo do modelo de atendimento adotado foi promover o desenvolvimento e a melhoria das habilidades sociais, comunicativas e adaptativas desses pacientes, questões já conhecidas como deficitárias nessa população, visando sua inclusão social e qualidade de vida. **Descrição da Experiência:** O programa de ensino de habilidades comportamentais baseado no Modelo Denver de intervenção precoce foi utilizado durante os atendimentos de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação em um centro estadual de reabilitação e readaptação vinculado ao SUS, dispositivo especializado no atendimento a pacientes com TEA. Inicialmente, ao chegar na clínica intelectual da instituição, a criança é inserida no processo de avaliação dos marcos do desenvolvimento, a partir do Inventário Portage⁴. Essa avaliação é fundamental para compreender o nível atual de funcionamento de cada criança e, assim, possibilitar um nivelamento adequado dentro da clínica. O Inventário Portage é uma ferramenta amplamente utilizada para identificar habilidades e atrasos em diferentes áreas do desenvolvimento, como autocuidado, cognição, linguagem, motricidade e habilidades sociais⁴. Através dessa avaliação, a

equipe multidisciplinar pode personalizar o programa de intervenção, adaptando-o às necessidades individuais de cada sujeito, visando promover um progresso consistente e significativo ao longo do tratamento. Após consequente avaliação e nivelamento, os pacientes, em sua grande parte, crianças entre três e dez anos de idade, foram encaminhadas para o atendimento psicológico individual. Ressalta-se, que as intervenções baseadas no modelo Denver não são a via de regra e/ou padrão da instituição, no entanto, foi escolhida para nortear e basear os atendimentos e planejamento terapêutico ao qual esse relato de experiência faz referência. Em relação a isso, os atendimentos são estruturados em sessões semanais, com duração média de 30 minutos. Cada sessão era dividida em atividades direcionadas ao desenvolvimento de diferentes habilidades cognitivas e comportamentais, como comunicação e interação social, estimulação da linguagem receptiva e expressiva, ensino de autorregulação sensorial e emocional, ampliação de rotinas sensório-sociais, promoção da melhoria do tempo de espera, da atenção compartilhada, do contato visual, além da flexibilização de comportamentos disruptivos e restritos e utilização da brincadeira e do brincar de forma funcional. Ao longo de seis meses de atuação na reabilitação de pacientes com TEA e consequente utilização desse modelo, observou-se uma melhoria significativa nas habilidades cognitivas-comportamentais dos pacientes. Houve avanços no desenvolvimento do comportamento verbal e não-verbal, na interação social e na autonomia para a realização de atividades cotidianas. Além disso, os pacientes mostraram-se mais engajados e motivados durante as sessões (pois os atendimentos focaram nas atividades e brincadeiras de seu interesse), demonstrando interesse em frequentar os atendimentos e interagir com os terapeutas. Em contrapartida, a inserção dos pais e cuidadores no processo terapêutico de pacientes mostrou-se um desafio devido a uma série de fatores. Frequentemente, os pais apresentam dificuldade em entender a condição do paciente, dispor de tempo para utilizar a metodologia em outros espaços além do consultório e assim, auxiliar na generalização das habilidades ensinadas e consequentemente aprendidas pelos pacientes. Outrossim, a falta de recursos e apoio adequados pode tornar o processo ainda mais desafiador, todavia, é crucial investir em sessões de treino e orientação para os pais e cuidadores, pois, isso não só os capacita a fornecer o suporte necessário para seus filhos, mas também melhora a eficácia do tratamento. Pensando que, os pais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e bem-estar de seus filhos e, portanto, sua

participação ativa no processo terapêutico é indispensável. **Considerações finais:** A utilização da abordagem de ensino de habilidades comportamentais baseado no modelo Denver de intervenção precoce no SUS demonstrou ser uma estratégia eficaz para promover o desenvolvimento de pacientes com TEA. A abordagem naturalística, aliada ao foco na individualidade de cada paciente, mostrou-se fundamental para o sucesso das intervenções. No entanto, é importante ressaltar a necessidade de investimentos em capacitação profissional e recursos materiais adequados para a continuidade e expansão desse modelo de intervenção. Além disso, a parceria entre profissionais da saúde, educação e famílias dos pacientes é essencial para garantir a sustentabilidade e a generalização das habilidades desenvolvidas, por isso a extrema importância do investimento em sessões de treino e orientação a longo prazo.

Palavras-Chaves: Transtorno do Espectro Autista; Terapia Comportamental; Reabilitação.

Referências

1. Abreu NCB. Evidência da eficácia do Modelo Denver de intervenção precoce na redução de sintomas em crianças com autismo : revisão de literatura [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/45747>.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.
3. Pinto FC de A, Isotani SM, Sabatés AL, Perissinoto J. Denver II: comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. Rev CEFAC [Internet]. 2015Jul;17(4):1262–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517418214>
4. Aiello ALR, Williams LC de A. The Operationalized Portage Inventory (OPI): Systematic Review. Psic: Teor e Pesq [Internet]. 2021;37:e37545. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37545>

GESTÃO DE DISTRIBUIÇÃO DOS IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS, GOIÁS, 2022-2023

MOCHIZUKI, Ludmila¹
DORNELES, Joice²
SANTANA, Allessandra³

1 – Secretaria Estadual de Saúde de Goiás; ludmilabm@hotmail.com.

2 – Secretaria Estadual de Saúde de Goiás;

3 – Secretaria Estadual de Saúde de Goiás;

RESUMO

Introdução: O Programa Nacional de Imunização (PNI) é uma política que vem se consolidando como uma das mais relevantes em saúde pública pelo destaque eficiente na eliminação e controle de doenças preveníveis por vacinas. O Programa trabalha de forma compartilhada com as esferas de gestão estadual e municipal e aplica os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade, com a oferta de imunobiológicos em mais de 30 mil salas de vacinação do país. O princípio da equidade de atenção com a ampliação da oferta dos imunobiológicos para todas as faixas etárias (criança, adolescente, adulto, idoso, gestantes, povos indígenas, militares, população vulnerável) e a disponibilidade dos imunobiológicos especiais ofertados nos Centros de Imunobiológicos Especiais (CRIE) com o atendimento de pacientes com condições clínicas especiais. O princípio da descentralização com uma rede de atenção hierarquizada, articulada e integrada entre as três esferas de gestão (nacional, estadual e municipal). O estado de Goiás apresenta em seu território aproximadamente 972 salas de vacinação públicas e um CRIE. As salas de vacinação realizam a estratégia de imunização de rotina e campanha e o CRIE, a estratégia especial, com o objetivo de atender uma parcela da população que apresentam doenças crônicas, imunossupressão, prematuros, pessoas que apresentaram eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI), entre outros. O CRIE é localizado no município de Goiânia e conta com o intermédio das 18 Regionais de Saúde de forma descentralizada para atender os 246 municípios. **Objetivos:** Apresentar o trabalho desenvolvido referente a gestão de distribuição de imunobiológicos especiais em Goiás, por meio das Regionais de Saúde nos anos de 2022 e 2023. **Descrição da experiência:** estudo do tipo relato de experiência a respeito do processo de descentralização e regionalização da distribuição dos imunobiológicos especiais. **Resultados e Discussão:** O estado de Goiás é composto

por 246 municípios e 18 Regionais de Saúde. O protocolo de distribuição dos imunobiológicos especiais prevê o atendimento da população alvo, por meio do CRIE, que é localizado em um hospital de alta complexidade no município de Goiânia, conforme preconiza a Portaria Nº 48, de 28 de julho de 2004 (SVS/MS), que institui diretrizes gerais para funcionamento dos CRIE. Neste cenário realiza o acesso da população, em especial dos portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidade ou exposição a situações de risco e garantir os mecanismos necessários para investigação, acompanhamento e elucidação dos casos de eventos supostamente atribuíveis a vacinação e/ou imunização. O atendimento para os 246 municípios do estado de Goiás, ocorre por meio das 18 Regionais de Saúde, através do protocolo de atendimento regionalizado dos imunobiológicos especiais, que percorre o seguinte caminho: o paciente inicialmente é atendido nas instituições de saúde dos municípios e quando avaliado a necessidade de indicação dos imunobiológicos especiais, é realizada a juntada de documentos necessários: relatório médico ou do enfermeiro contendo a solicitação das vacinas especiais, com justificativas da indicação, cartão de vacinas atualizado, exames que comprovem a indicação (laudos, prontuários e exames laboratoriais), prescrição médica do imunobiológico especial, com justificativas da indicação).

Tabela 1. Distribuição dos imunobiológicos especiais por Regional de Saúde. Goiás: 2022-2023.

Regional de Saúde	2022		2023	
	N	%	N	%
Central	57	3,7	181	7,7
Centro Sul	830	53,2	513	21,9
Entorno Norte	25	1,6	83	3,5
Entorno Sul	29	1,9	92	3,9
Estrada de Ferro	88	5,6	263	11,2
Nordeste I	04	0,3	14	0,6
Nordeste II	06	0,4	07	0,3
Norte	7	0,4	27	1,2
Oeste I	17	1,1	57	2,4
Oeste II	28	1,8	103	4,4
Pireneus	61	3,9	136	5,8
Rio Vermelho	29	1,9	68	2,9
São Patrício I	45	2,9	173	7,4
São Patrício II	33	2,1	70	3,0
Serra da Mesa	36	2,3	54	2,3
Sudoeste I	148	9,5	177	7,6
Sudoeste II	73	4,7	66	2,3
Sul	44	2,9	259	11,1
Total	1560	100	2343	100

Observa-se que a distribuição dos imunobiológicos especiais ocorre de forma heterogênea para as Regionais de Saúde, considerando a Regional Centro Sul com o maior percentual, por atender o município de Aparecida de Goiânia. A Regional Sul e Estrada de Ferro apresentou diferença de percentual comparado os anos de 2022 e 2023, havendo um incremento significativo, fato motivador foi a informação ao alcance da população. Outro fato que motivou as solicitações destes imunobiológicos foi a ampliação temporária da vacina Pneumocócica 13 valente, tendo e vista que ela é restrita para as seguintes situações: pacientes oncológicos, pessoas vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos e medula óssea. Ressalta-se que houve atualização recente do manual do CRIE, pelo Ministério da Saúde, o qual incrementa as indicações dos imunobiológicos especiais. **Considerações finais/Conclusões:** A distribuição descentralizada e regionalizada dos imunobiológicos especiais demonstrou-se efetiva, por atender oportunamente a população, tendo em vista a distribuição em rota mensal por meio da Central Estadual, Centrais Regionais e Municipais de Rede de Frio. Com o atendimento descentralizado atrelado às novas recomendações do novo Manual do CRIE/MS (2023) espera-se melhor adesão e sensibilização da população aos imunobiológicos especiais.

Palavras-chave: Vacinas; imunobiológicos especiais; Imunossupressão; Descentralização.

IMPACTO DA GESTÃO DE RISCO NO CONTROLE DE INDICADORES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS NAS UNIDADES SOB GESTÃO ESTADUAL DE GOIÁS

PAGANINI LOPES, Junelle¹
BARBOSA, Jose Carlos²
LIMONGI, Amanda Melo e Santos³
CARVALHO, Luciano de Moura⁴

1 - Gerente de Controle e Avaliação - GECAV / SES-GO; junellepaganini@gmail.com.

2 - Assessor Técnico - GECAV / SES-GO

3 - Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG / SES-GO

4 - Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde – SUBVAIS / SES-GO

RESUMO

Introdução: Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões. Nesse sentido o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Ao longo dos anos, o SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial¹. Visando a melhoria contínua dessas informações e gerenciamento do Sistema, com olhar nos riscos, o Estado de Goiás tem adotado um Programa de Compliance Público. O conceito fundamental subjacente à política de governança e à gestão de riscos na administração pública é o de valor público: produtos e resultados gerados, preservados ou entregues pelas atividades de uma organização que representem respostas efetivas e úteis às necessidades ou às demandas de interesse público e modifiquem aspectos do conjunto da sociedade ou de alguns grupos específicos reconhecidos como destinatários legítimos de bens e serviços públicos (Decreto 9.203/2017, Art. 2º, II) ³. A gestão de riscos, quando corretamente implementada e aplicada de forma sistemática, estruturada e oportuna, fornece informações que dão suporte às decisões de alocação e uso apropriado dos recursos e contribuem para a otimização do desempenho organizacional. Como consequência, aumentam a eficiência e a eficácia

na geração, proteção e entrega de valor público, na forma de benefícios que impactam diretamente cidadãos e outras partes interessadas³. Neste sentido, foi implantado o Programa de Compliance Público no Estado de Goiás e algumas boas práticas foram adotadas pela Coordenação Estadual de Processamento de Informações. **Objetivos:** Relatar a experiência vivenciada pela Gerência de Controle e Avaliação - GECAV do estado de Goiás após a implantação de indicadores de risco que reduziram o índice de Rejeições e Glosas no Processamento da Produção Ambulatorial SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SUS) dos Estabelecimentos de Saúde sob Gestão Estadual. **Metodologia:** Estudo de relato de experiência da GECAV do CRE de Goiás, desenvolvida a partir de desenvolvimento de educação continuada dos sistemas envolvidos no processamento (SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais) e cursos para atualização do sistema cadastral SCNES (Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) aos Setores de Faturamento dos Estabelecimentos de Saúde visando a diminuição do percentual de rejeição/glosa no processamento da produção ambulatorial. **Resultados e Discussão:** O estado de Goiás atualmente realiza o processamento de informações de 44 (quarenta e quatro) instituições de saúde vinculadas ao SUS sob gestão estadual. Após implantação da boa prática de gestão de riscos, com a realização dos treinamentos verificou-se uma redução significativa no percentual de rejeição/glosa no processamento da produção ambulatorial, conforme quadro abaixo, saindo de um percentual de 12,32% para atualmente em 3,31%, durante o período analisado (janeiro a setembro de 2023) (tabela 1). O impacto positivo dessa boa prática de gestão de risco foi a economia para os cofres públicos e melhor uso dos recursos, conforme mostrado no gráfico 1, no terceiro quadrimestre de 2021 o valor apresentado no faturamento/processamento SIA foi de R\$ 23.308.082,62 e no segundo quadrimestre de 2023 o valor apresentado no faturamento/processamento SIA foi de R\$ 55.289.220,13. Os resultados mostram a importância da gestão de risco e da educação continuada como ferramentas importantes para a gestão. **Considerações finais:** A implantação de boas práticas de gestão de risco, através de monitoramento de indicadores, trouxe benefícios tanto para a equipe de trabalho da Coordenação Estadual de Processamento de Informações, quanto para as equipes das unidades de faturamento sob gestão estadual e melhoria no controle e monitoramento dos recursos financeiros, vez que a análise desses indicadores apontou a queda no percentual das rejeições dos procedimentos

executados nestas unidades. O Programa de Compliance Público é uma das ferramentas de gestão que, através das Boas Práticas realizadas pelas áreas da SES traz resultados com impactos positivos para a sociedade e eficácia aos processos de trabalho. Acredita-se que a qualificação dos profissionais que atuam no SUS de forma direta ou indireta resulta positivamente em um serviço de saúde qualificado e focado na melhor experiência para o paciente.

Palavras-chave: Processamento de Informações; Sistema de Informações Ambulatoriais; Gestão de Risco, Controle, Avaliação, Compliance.

Tabela 1. Percentual de Rejeições e glosas no Processamento SIA/SUS, Goiás-Brasil. Set/2021-Ago/2023.

PROCESSAMENTO AMB. - SIA/SUS - GESTAO ESTADUAL - VALORES - REJEIÇÕES				
CONTROLE NO SMARTSHEET - GESTÃO DE RISCOS				
mês	vl. Apres.	vl. Aprov.	vl. Rej.	perc. Rej.
set/21	5.587.966,82	4.899.495,10	688.471,72	12,32%
out/21	5.561.517,00	5.290.910,33	270.606,67	4,87%
nov/21	6.114.171,26	5.431.348,94	682.822,32	11,17%
dez/21	8.287.781,67	7.686.328,25	601.453,42	7,26%
QUAD. 03/2021	25.551.436,75	23.308.082,62	2.243.354,13	8,78%
jan/22	8.532.157,57	8.002.852,28	529.305,29	6,20%
fev/22	8.652.085,62	8.307.186,35	344.899,27	3,99%
mar/22	9.460.147,31	8.848.298,47	611.848,84	6,47%
abr/22	9.939.280,00	9.285.738,39	653.541,61	6,58%
QUAD. 01/2022	36.583.670,50	34.444.075,49	2.139.595,01	5,85%
mai/22	10.052.270,20	9.562.613,36	489.656,84	4,87%
jun/22	10.607.633,92	10.046.036,19	561.597,73	5,29%
jul/22	10.625.276,28	10.279.027,60	346.248,68	3,26%
ago/22	10.804.666,52	10.311.785,63	492.880,89	4,56%
QUAD. 02/2022	31.285.180,40	29.887.677,15	1.397.503,25	4,47%
set/22	12.405.649,06	11.606.801,09	798.847,97	6,44%
out/23	12.140.369,21	11.349.310,24	791.058,97	6,52%
nov/24	12.895.041,99	12.160.802,82	734.239,17	5,69%
dez/22	13.485.280,26	12.413.346,98	1.071.933,28	7,95%
QUAD. 03/2022	50.926.340,52	47.530.261,13	3.396.079,39	6,67%

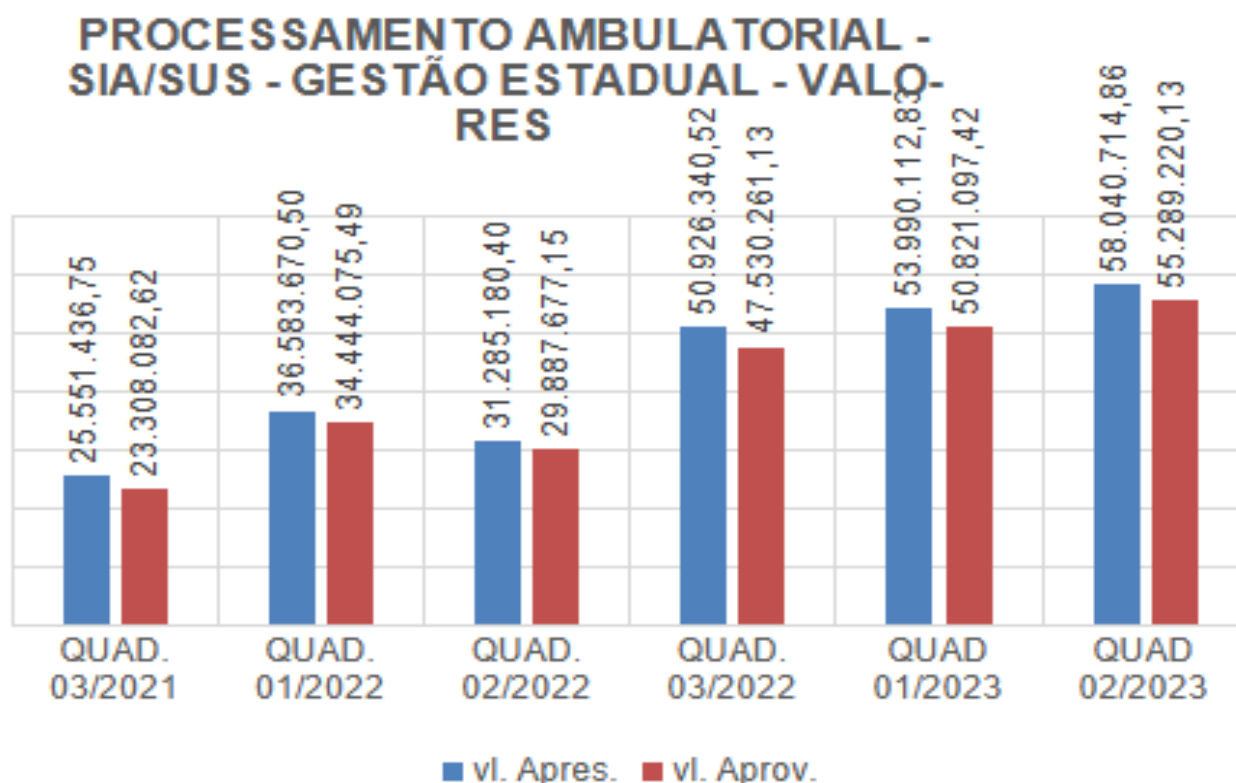
Continua na próxima página...

Tabela 1. Continuação...

jan/23	13.042.726,00	12.270.619,45	772.106,55	5,92%
fev/23	13.264.376,81	12.460.627,80	803.749,01	6,06%
mar/23	12.964.375,52	12.323.921,76	640.453,76	4,94%
abr/23	14.718.634,50	13.765.928,41	952.706,09	6,47%
QUAD 01/2023	53.990.112,83	50.821.097,42	3.169.015,41	5,87%
mai/23	13.657.846,93	12.671.879,60	985.967,33	7,22%
jun/23	14.990.151,49	14.185.934,99	804.216,50	5,36%
jul/23	14.671.878,28	14.197.367,80	474.510,48	3,23%
ago/23	14.720.838,16	14.234.037,74	486.800,42	3,31%
QUAD 02/2023	58.040.714,86	55.289.220,13	2.751.494,73	4,74%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

Gráfico 1. Percentual de Rejeições e glosas no Processamento SIA/SUS, Goiás-Brasil. Set/2021 - Ago/2023.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação - MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS - Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA – DE-PARA – FPO Magnético, Brasília/DF/Brasil/março de 2010.
2. Brasil. Tribunal de Contas da União. 10 passos para a boa gestão de riscos / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo (Semec), 2018. Disponível em <https://www.saude.go.gov.br/files/compliance/relatorio_resultado_boaspraticas.pdf>.
3. Brasil. DECRETO Nº 9.203, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União - Seção 1 - 23/11/2017, Página 3 (Publicação Original). Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9203-22-novembro-2017-785782-publicacaooriginal-154277-pe.html>>

ABSENTEÍSMO DOS USUÁRIOS EM EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS SOB REGULAÇÃO ESTADUAL DE GOIÁS

SOUZA, Naianny Jonas Fogaça de¹
FERNANDES, Bruna de Castro²
COSTA, Viviane Alves do Couto³
PAIVA, Sarah Bezerra de⁴
LIMONGI, Amanda Melo e Santos⁵
CARVALHO, Luciano de Moura⁶

- 1 - Analista da Gerência de Regulação de Exames e Consultas – GEREX / SES-GO; naiannyfogaca@gmail.com.
2 - Gerente de Regulação de Exames e Consultas – GEREX / SES-GO
3 - Analista da Gerência de Regulação de Exames e Consultas – GEREX / SES-GO
4 - Coordenadora de Regulação de Terapias e Serviços Itinerante – GEREX / SES-GO
5 - Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação - SUREG / SES-GO
6 - Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde – SUBVAIS / SES-GO

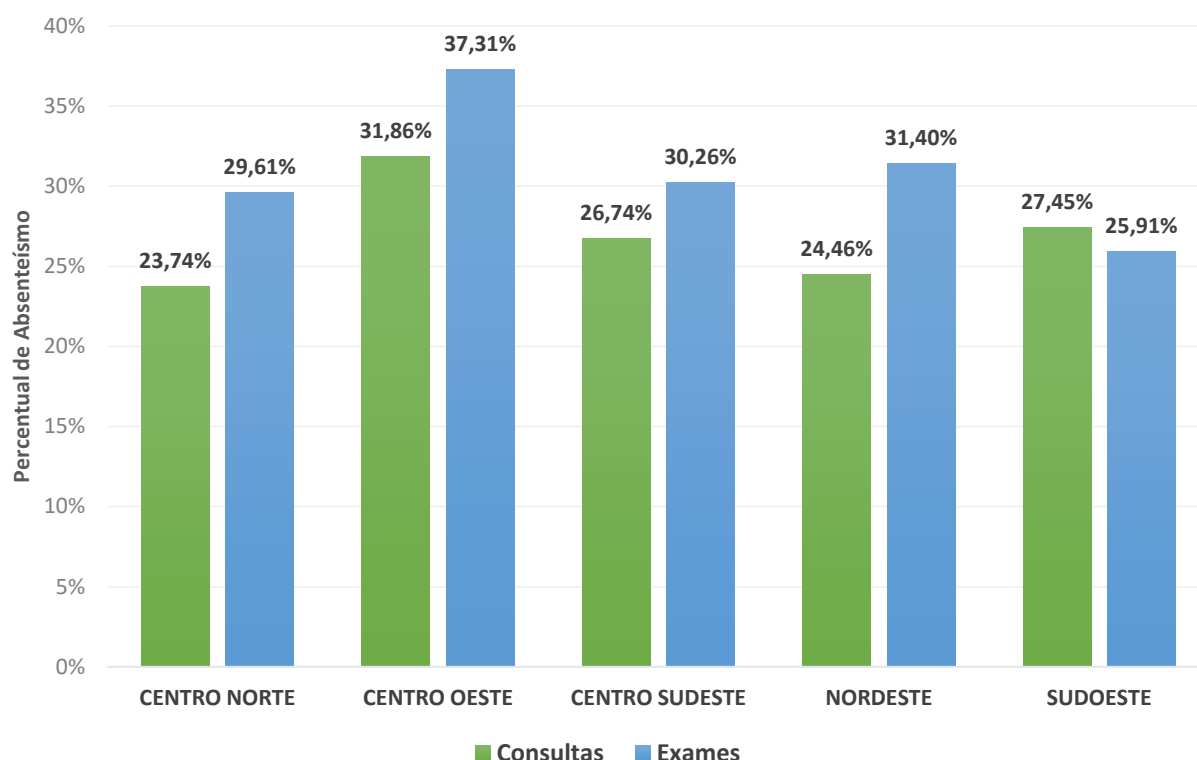
RESUMO

Introdução: O absenteísmo ambulatorial acompanha a não efetivação de exames e consultas médicas previamente agendados em uma unidade de saúde, decorrente da ausência do paciente.¹ Isto é: o não comparecimento do paciente no horário marcado sem qualquer comunicação prévia, causando um furo na agenda. O absenteísmo de consultas especializadas é um problema relevante e que acarreta reflexos negativos para os três níveis de atenção. Trata-se de um fenômeno multicausal, onde as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos: trabalhador, gestão e usuário.² Diversos estudos identificaram causas de caráter sociocultural, geográfico e econômico que levam ao absenteísmo do usuário. Dentre outras, podemos citar as seguintes: esquecimento; falha na comunicação entre o serviço de saúde e o usuário; falta de priorização; não percepção das consequências; melhora do quadro clínico; dificuldade de locomoção; rede de atenção fragmentada e segmentada; falta de condições econômicas para custeio de alimentação e/ou transporte até o local.^{2,3} As consequências do absenteísmo culminam no desperdício de recursos públicos, aumento da fila de espera e de demandas por urgências em razão do agravamento do quadro clínico, redução da produtividade, descontinuidade da assistência e/ou baixa resolutividade.³ **Objetivo:** Analisar o absenteísmo nas ofertas de exames e consultas especializadas sob regulação estadual de Goiás. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, realizado a partir da análise do banco de dados do

Sistema Estadual de Regulação, entre janeiro e setembro de 2023. Período escolhido devido ao trabalho de sensibilização da recepção da ficha do paciente no sistema pela unidade executante, possibilitando mensurar a efetivação das regulações. As taxas de absenteísmo foram calculadas pela diferença percentual entre o total de consultas e exames não realizados por ausência do paciente (numerador) e o total de consultas e exames agendadas pelo Complexo Regulador Estadual-CRE do estado de Goiás (denominador). **Resultados e Discussão:** Durante o período analisado, foram contabilizados 220.876 consultas especializadas e 144.845 exames, em um total de 42 unidades executantes, que incluíram participações variadas por especialidade de agendamentos em estabelecimentos públicos (gestão direta), contratados do SUS e serviços públicos com gestão de Organizações Sociais (OS). As consultas agendadas apresentaram taxa média de absenteísmo no período de 28,53% (63.017 ausências). Já entre os exames agendados, apresentaram taxa média de absenteísmo no período de 33,47% (48.485 ausências). O Ministério da Saúde não define um parâmetro do que seria uma taxa máxima de absenteísmo aceitável.² Na distribuição entre as macrorregiões a com maior número de faltas ambulatoriais foi a Centro Oeste (69,17%), seguida da Centro Sudeste (57%) (gráfico 1). As Unidades com maior percentual de absenteísmo ambulatorial foram: HUGO (55,24%), HDS (50,25%), CEAP SOL (48,60%) e HEI (45,55%) (tabela 1). A origem dos pacientes com maior percentual de faltas foram: Rialma (100%), Santa Helena (100%), Monte Alegre (81,38%) e Campos Belos (80,35%) (tabela 2). Os índices de absenteísmo por especialidades em consultas foram maiores em: Geriatria (42,86%), Pneumologia (41,76 %), Coloproctologia (40,54 %), Psiquiatria (40,18 %) e Dermatologia (40,04%) (tabela 3). **Considerações finais:** Os resultados demonstraram taxa de absenteísmo ambulatorial significativa para o sistema de saúde pública, com prejuízos para a gestão e para os usuários. Por isso, faz-se necessária a ação em conjunto com todos os sujeitos envolvidos na conscientização do usuário em relação à presença nas consultas médicas e o aviso caso não possa comparecer. Diante do exposto, sugere-se adoção de estratégias para minorar essa problemática, como a criação de consórcios intermunicipais para transporte de pacientes; a transparência dos agendamentos ao usuário por meio do site da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás; e a melhoria na comunicação, tecnologias que oferecem a possibilidade de enviar automaticamente um lembrete e pedido de confirmação ao paciente via torpedo de celular, ChatBot

(WhatsApp), evitando falta e reagendamentos, reforçando o compromisso e fazendo com que o usuário não seja impelido a entrar novamente na fila de espera. **Palavras-chave:** Absenteísmo; Agendamento de Consultas; Gestão em Saúde; Atenção Especializadas.

Gráfico 1. Taxa média de absenteísmo ambulatorial por macrorregião, Goiás-Brasil, jan-set de 2023.



Fonte: Sistema Estadual de Regulação. Dados preliminares, sujeitos a alterações. Acesso em 25/10/2023.

Tabela 1. Unidades com maior percentual de absenteísmo ambulatorial, Goiás-Brasil, jan-set de 2023.

	Consultas	Absenteísmo	Exames	Absenteísmo
1°	CEAP SOL	47,38 %	HUGO	55,24 %
2°	HDS	47,21 %	HDS	53,29 %
3°	CREDEQ	42,28 %	HEI	52,74 %
4°	HEI	38,35 %	CEAP SOL	49,81 %
5°	HEF	37,10 %	POLICLÍNICA SÃO LUÍS	46,33 %

Fonte: Sistema Estadual de Regulação. Dados preliminares, sujeitos a alterações. Acesso em 25/10/2023.

Tabela 2. Municípios solicitantes com maior absenteísmo ambulatorial, Goiás-Brasil, jan-set de 2023.

	Consultas	Absenteísmo	Exames	Absenteísmo
1º	MONTE ALEGRE DE GOIÁS	81,50 %	RIALMA	100 %
2º	PILAR DE GOIÁS	68,45 %	SANTA HELENA DE GOIÁS	100 %
3º	CAMPOS BELOS	67,84 %	CAMPOS BELOS	92,85 %
4º	MOIPORÁ	65,61 %	MONTE ALEGRE DE GOIÁS	81,25 %
5º	LEOPOLDO DE BULHÕES	64,84 %	INACIOLÂNDIA	75,60 %

Fonte: Sistema Estadual de Regulação. Dados preliminares, sujeitos a alterações. Acesso em 25/10/2023.

Tabela 3. Especialidades com maior absenteísmo ambulatorial, Goiás-Brasil, jan-set de 2023.

	Consultas	Absenteísmo	Exames	Absenteísmo
1º	GERIATRIA	42,86 %	PAAG	100 %
2º	PNEUMOLOGIA	41,76 %	USG OBS. DOPPLER COL.PULSADO	100 %
3º	COLOPROCTOLOGIA	40,54 %	USG DE TÓRAX	72,73 %
4º	PSIQUIATRIA	40,18 %	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTR.	71,43 %
5º	DERMATOLOGIA	40,04 %	RX COL. TOR-LOMBAR DINAMICA	68,42 %

Fonte: Sistema Estadual de Regulação. Dados preliminares, sujeitos a alterações. Acesso em 25/10/2023.

Referências

1. Olímpio N B, Magalhães A, Martines C, Felizola N, Falcão L. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. São Paulo: *Bepa - Boletim Epidemiológico Paulista*, 2016. p. 19-32.
2. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB. Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013; 63-84.
3. Jandrey C.M.; Drehmer T.M. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. Porto Alegre: *Revista da faculdade de odontologia de Porto Alegre*. v. 40, n. 2, p. 24-28, 2000.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE LER/DORT OCORRIDAS NO ESTADO DE GOIÁS, 2012 A 2022

COSTA, Murielle Celestino da¹
BARROS, Patrícia de Sá²

1 – Fisioterapeuta do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP)/ Universidade Federal de Goiás (UFG).
Email: murielleccosta@gmail.com

2 – Docente no curso de Fisioterapia/Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP)/ Universidade Federal de Goiás (UFG)

RESUMO

Introdução: Casos de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) estão associados às transformações ocorridas no ambiente de trabalho, que buscam produtividade e competitividade no mercado de trabalho. As LER/DORT são caracterizadas pela incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, e resulta da combinação de sobrecarga do sistema osteomuscular com a falta repouso para a recuperação.¹ É um grupo de doenças que acometem estruturas musculares, tendíneas, nervos periféricos e, geralmente, possui a dor como principal sintoma, especialmente em membros superiores.² Além de fatores físicos e biológicos, questões psicossociais também estão envolvidas no processo do adoecimento, que pode resultar em afastamento do trabalho e posteriormente, necessidade de reabilitação.³ Pesquisas que abordam a epidemiologia de LER/DORT podem contribuir para a saúde coletiva, caracterizando os indivíduos de maior risco e assim, auxiliar em medidas de proteção ao trabalhador. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico das notificações de LER/DORT ocorridas no estado de Goiás entre os anos 2012 e 2022. **Metodologia:** Estudo descritivo e retrospectivo realizado a partir de dados públicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referente as notificações de LER/DORT no estado de Goiás no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2022, na população em geral. A pesquisa foi realizada em outubro de 2023. Foram consideradas as seguintes variáveis: número de notificações, sexo, idade, ocupação, alterações clínicas (sensibilidade, dor, força, alteração do movimento, sinais flogísticos), afastamentos, Classificação Internacional de Doenças (CID) e emissão de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT). **Resultados e Discussão:** Entre os anos de 2012 e 2022 foram realizadas 341 notificações de LER/DORT no estado de Goiás. Ressalta-se que

a Portaria nº 777 de 2004 do Ministério da Saúde⁴ estabeleceu a compulsoriedade das notificações de agravos à saúde ocupacional através do SINAN. No entanto, observa-se uma subnotificação dos casos de LER/DORT neste sistema, decorrente de diversos fatores como dúvidas apresentadas pelos profissionais na identificação do agravo.⁵ Quanto a faixa etária, o grupo que apresentou maior número de notificações foi de 40-49 anos de idade (66,8%). Resultados semelhantes também foram encontrados por outros pesquisadores^{6,7} que relacionaram a idade com o envelhecimento do corpo do trabalhador, podendo levar a diminuição da capacidade de recuperação dos tecidos e aumento de tensões relacionadas ao trabalho. O sexo feminino correspondeu a 73% dos casos notificados. A prevalência em mulheres está associada com a ocupação de empregos mais precários e a dupla jornada de trabalho.^{6,8} As ocupações mais relatadas foram: cozinheiro, orientador educacional, auxiliar de enfermagem e doméstico. A literatura traz a presença de LER/DORT em diferentes grupos de trabalhadores, como profissionais de saúde, de escritórios, de indústrias entre outros, o que indica que diversos ramos de atividades estão expostos a condições de trabalho que possibilitam a ocorrência e complicações de quadros relacionados a LER/DORT.⁹ Quanto aos sinais clínicos, foi observado a presença de: alteração da sensibilidade (51,9%), diminuição da força (75,9%), limitação dos movimentos (79,7%), sinais flogísticos (46,9%) e dor (91,4%). Outros estudos também demonstraram que a dor foi o sintoma mais relatado pelos trabalhadores.^{6,10} Em relação ao CID indicado nas notificações, houve predomínio de: transtornos de tecidos moles (36,65%), outras dorsopatias (24,63%) e transtornos dos nervos, das raízes e plexo nervoso (17,59) e outros (21,13). Um estudo⁷ realizado com população de LER/DORT em um município brasileiro trouxe os principais diagnósticos apontados em perícia: sinovites/tenossinovites, lesões do ombro, mononeuropatias de membros superiores e doenças da coluna cervical. Ressalta-se que o comprometimento musculoesquelético pode variar do tipo de trabalho executado pelo indivíduo. Do total de notificações realizadas em Goiás, 195 apresentaram afastamento do trabalhador e em apenas 43 casos foi emitida a CAT. Existem dificuldades para o trabalhador comprovar a doença e consequente afastamento, bem como buscar informações sobre a abertura do CAT.³ Como limitação do estudo, não foi possível identificar a localização corporal do comprometimento e o desfecho dos afastamentos. **Conclusão:** 341 notificações de LER/DORT foram registradas em Goiás entre 2012 e 2022, com predomínio do

sexo feminino e faixa etária de 40-59 anos. A ocupação mais relatada refere-se a cozinheiro. A dor constitui o sintoma com maior prevalência e transtornos de tecidos moles foi o CID mais notificado. Cerca de 57% dos casos receberam afastamento do trabalho e apenas 12% tiveram abertura da CAT. Novos estudos sobre a temática poderão ser realizados a fim de ampliar o potencial de planejamento de ações de promoção e prevenção da saúde do trabalhador.

Palavras-chaves: Saúde do trabalhador; LER-DORT; Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho.

Referências

1. Pessoa JCS, Cardia MCG, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(3): 821–30.
2. Houvet P, Obert L. Upper limb cumulative trauma disorders for the orthopaedic surgeon, *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 2013; 99 (1): S104-S114.
3. Zavarizzi CP, Carvalho RMM, Alencar MCB. Grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT: relato de experiência. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019; 27(3): 663–70.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 2004.
5. Medina FS, Maia MZB. A subnotificação de LER/DORT sob a ótica de profissionais de saúde de Palmas, Tocantins. *Rev bras saúde ocup* [Internet]. 2016;41:e8.
6. Moraes PWT, Bastos AVB. Os Sintomas de LER/DORT: um Estudo Comparativo entre Bancários com e sem Diagnóstico. *Psicol cienc prof*. 2017; 37(3): 624–37.
7. Souza NSS, Santana VS. Incidência cumulativa anual de doenças musculoesqueléticas incapacitantes relacionadas ao trabalho em uma área urbana do Brasil. *Cad saúde pública*. 2011; 27(11): 2124-34.
8. Paula EA, Buschinelli JT, Maeno M, Costa RF. Qualidade de vida de trabalhadores com LER/DORT e lombalgia ocupacional atendidos no Cerest de Guarulhos, São Paulo. *Rev bras saúde ocup*. 2016; 41: e19
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços

repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

10. Viegas LRT, Almeida MMC. Perfil epidemiológico dos casos de LER/DORT entre trabalhadores da indústria no Brasil no período de 2007 a 2013. Rev bras saúde ocup. 2016; 41:e22

“CONSULTA AUDITORIA” DANDO VISIBILIDADE ÀS ATIVIDADES DE AUDITORIA DO SUS NO ESTADO DE GOIÁS

LEMOS, Lucimeire Fermino¹

LIMA, Alessandra Rodrigues de Almeida²

WILICK, Julia Elisa³

CUNHA, Claudia Cleine Barcelos⁴

1 - SES – Gerência de Auditoria do SUS, luciscats@gmail.com

2 - SES – Gerência de Auditoria do SUS.

3 - SES – Gerência de Auditoria do SUS.

4 - SES – Gerência de Auditoria do SUS.

RESUMO

Introdução: Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde¹. Eles congregam um conjunto de informações e conhecimentos utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos usuários do sistema de saúde, tanto nos níveis assistenciais quanto na gestão. O sistema que permite o acesso às auditorias realizadas pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS é o Consulta Auditoria. A auditoria tem o caráter de revisão e controle, para comunicar a administração sobre eficiência e eficácia dos projetos em progresso. A auditoria não possui a finalidade somente de apontar falhas e problemas, mas também de sugerir soluções, assim adquirindo uma natureza educacional². Este trabalho se justifica devido à necessidade de ações de controle, avaliação e auditoria, principalmente na área da saúde, onde grande aporte de recursos financeiros, materiais e humanos são dispendidos e deveriam reverter em qualidade na atenção à saúde da população.

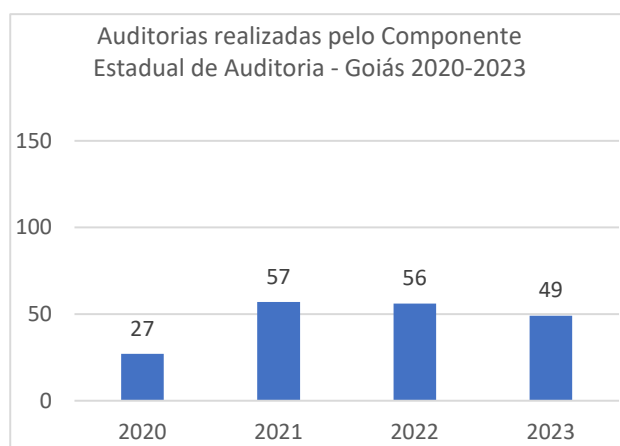
Objetivos: Este trabalho tem por objetivo levantar o número de auditorias realizadas pelo Componente Estadual de Auditoria, do Estado de Goiás, no período de 2020 a 2023, que estão acessíveis e disponíveis no site Consulta Auditoria. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo retrospectivo, com finalidade exploratória da situação encontrada. O estudo retrospectivo é construído para explorar fatos ocorridos no passado, podendo ser planejado para retornar do momento atual até um determinado ponto no passado³. Por se tratar de dados secundários, publicizados no AudSUS (órgão de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde, sem qualquer

identificação dos sujeitos pesquisados, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todos os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 foram seguidos nas etapas desta pesquisa. Serão considerados apenas os dados referentes às auditorias realizadas pelo Componente Estadual de Goiás do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), entre os anos de 2020 a 2023, ocorridas nos municípios deste ente federativo e disponibilizadas eletronicamente pelo site Consulta Pública do SNA, realizada em 11/10/2023, disponível em <http://consultaauditoria.saude.gov.br/visao/pages/principal.html?1>.

Resultados e Discussão: A informação na área da saúde deve ser considerada como uma ferramenta de embasamento para a constatação da realidade da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação dos diversos planos que compõem o Sistema Único de Saúde, que subsidie a tomada de decisão^{4,5}. O Site Consulta Pública de auditorias permite a consulta pública de atividades de monitoramento e auditorias. Estão disponibilizados um total de 778 registros de atividades de auditorias realizadas pelo componente estadual de auditoria no Estado de Goiás, desde o ano de 2011. Para o período analisado, verificou-se o registro de 190 atividades de auditorias. A coleta dos dados ocorreu no dia 11 de outubro de 2023. O produto da auditoria é o Relatório de Auditoria. Ao entrar no sistema, foram baixados os relatórios correspondentes a cada uma das atividades disponibilizadas pelo sistema. No ano de 2020 ocorreram 27 auditorias, sendo em sua maioria auditorias analíticas, em que se analisam documentos, pois devido o evento da covid 19, as auditorias *in loco* foram desautorizadas, por meio da Portaria Estadual de 431/2020. Nos anos de 2021 e 2022, ocorreram 57 e 56 atividades de auditoria, respectivamente. No ano de 2023, até outubro foram disponibilizadas 49 auditorias no sistema de consulta. Em relação as atividades executadas, verificou-se que as principais atividades foram: avaliação do SAMU (30/15,7%), avaliação para capacidade técnica com vistas à qualificação de entidades para Organizações Sociais (24/12,6%), seguida pelas apurações de denúncia (20/10,5%), atividades de verificação do cofinanciamento (16/8,4%), análise de contrato e convênios (15/7,9%), reavaliação de auditoria (13/6,8%). Foram executadas, ainda, auditoria com foco em: UTI, Rede Materna e Infantil, Oncologia, Angiologia, Oftalmologia, Terapia Renal Substitutiva, Auditoria Interna, avaliar procedimentos, serviços, fluxo de regulação e Auditoria de Gestão. Observa-se uma

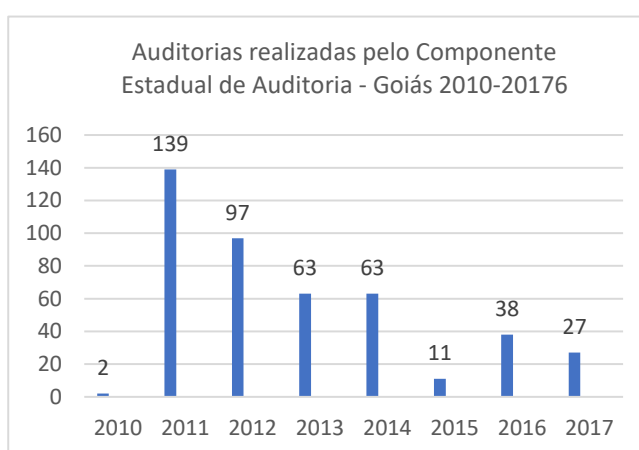
tendência crescente na produção da GEAUD-SUS, no período analisado (Figura 1); em trabalho metodologicamente similar, que analisou o período temporal de 2010 a 2017, a tendência percebida foi de decréscimo desde 2011⁶ (Figura 2).

Figura 1.



Fonte: Consulta Auditoria

Figura 2.



Considerações finais: O site permite a consulta pública das auditorias, conferindo transparência a todos os processos auditados. As auditorias são realizadas nos três níveis de gestão, e este estudo considerou apenas a gestão estadual. Acredita-se que o fortalecimento da auditoria em qualquer nível de gestão, articulada com as demais áreas técnicas e entre os componentes, poderá resultar em melhoria das práticas desenvolvidas nos processos de trabalho em instituições de saúde. A utilização de sistemas de informação permite a visualização destes dados, tanto por órgãos ligados à gestão, como por conselhos de saúde, dando visibilidade aos processos auditados. Desta forma, sugere-se que outros estudos sejam conduzidos, no sentido de identificar possíveis falhas e apontar melhorias, relacionados aos processos de trabalho do componente estudado.

Palavras-chave: Auditoria do SUS, Sistema Único de Saúde, Sistema de Informação.

Referências

1. Rosa LD. Sistema de informações em saúde como ferramenta de gestão das ações de média complexidade ambulatorial no âmbito do SUS. Dissertação de Mestrado, Florianópolis; 2018. 254p.

2. Setz VG, D’innocenzo, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. ACTA Paulista de Enfermagem, 2009, 22(3):313–317.
3. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 4. ed. Florianópolis: Rev. Atual. UFSC, 2005.
4. Brandão ACS, Silva JRdeA. A contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para o processo de Auditoria no SUS. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde, 2015; 1(1):17–24.
5. Luis A, Carvalho B, Souza MDF, Boas MIV. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação, possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(1):901–911.
6. Lemos LF, Lima A A, Xavier JDC. Auditoria no SUS, 1ª Jornada Científica da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás, 2017.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE ÚNICA COMO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

PAULA, Eduardo Belchior de¹

1 - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública / Universidade Federal de Goiás

RESUMO

Introdução: O Painel de Especialistas de Alto Nível One Health (OHHLEP), estabelecido em maio de 2021, desenvolveu uma Teoria da Mudança que é prefaciada pelo reconhecimento de que os efeitos da atividade humana no nosso ambiente e nas fronteiras planetárias têm um impacto profundo na saúde e no bem estar dos seres humanos, dos animais e dos ecossistemas que coabitamos. **Objetivos:** Relatar a experiência da construção da disciplina de Promoção e Educação em Saúde; Identificar o conceito de Saúde Única; Contextualizar a Saúde Única com a Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Descrição da Experiência:** Relato de experiência sobre Saúde Única, pertencente ao conteúdo programático da disciplina de Promoção e Educação em Saúde para alunos do Mestrado em Saúde Coletiva do IPTSP/UFG. No período matutino de 28/09/2023, em 04 horas de aula, através de videoconferência, com exposição das convidadas do Ministério da Saúde, Dr^a Mércia Sindeaux Frutuoso e Dr^a Natiela Beatriz de Oliveira, foi explicado, debatido e contextualizado a Saúde Única como processo de construção para uma saúde universal. A apresentação sobre o conceito de Saúde Única foi explicada como: “Uma Só Saúde” é uma abordagem integrada e unificadora que visa, de modo sustentável, equilibrar e otimizar a saúde das pessoas, animais e ecossistemas. Reconhece que a saúde dos humanos, animais domésticos e selvagens, plantas e ambiente em geral (incluindo os ecossistemas) estão intimamente ligados e são interdependentes. A abordagem mobiliza vários setores, disciplinas e comunidades a vários níveis da sociedade, para trabalharem juntos no sentido de promover o bem-estar e combater as ameaças a saúde e aos ecossistemas, abordando, ao mesmo tempo, a necessidade coletiva de água, energia e ar limpos, alimentos seguros e nutritivos, empreendendo ações sobre as alterações climáticas e contribuindo para o desenvolvimento sustentável. **Considerações finais:** O conhecimento de um conceito mais amplo e intersetorial, como o de Saúde Única é de extrema importância para ações mais assertivas para o desenvolvimento

sustentável de práticas que promovam saúde. Conclui - se que as ações de Promoção da Saúde devem ultrapassar barreiras do SUS e considerar que toda a sociedade deve adotar ações harmônicas para um equilíbrio social e ecológico que permitam o bem-estar das gerações atuais e futuras.

Palavras-chave: Saúde Única; Promoção da Saúde; Saúde Coletiva.

APOIO TÉCNICO PARA PRESCRITORES: MATRIZ DE APOIO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS CEAF PARA PACIENTES DIALÍTICOS NO PCDT

Cabral, Joice Vieira¹
Dantas, Fernando Arantes²
Ferreira, Thayrene Vieira³

1 - Diretoria Macrorregional de Saúde Sudoeste - Rio Verde; joice.cabral@goias.gov.br

2 - Diretoria Macrorregional de Saúde Sudoeste - Rio Verde;

3 - Diretoria Macrorregional de Saúde Sudoeste - Rio Verde;

RESUMO

Introdução: A promoção da saúde é uma questão de máxima importância em qualquer sociedade. No cerne dessa preocupação, encontra-se a prescrição de medicamentos, desempenhando um papel fundamental para assegurar o bem-estar da população. A garantia de que os pacientes recebam tratamentos apropriados é um pilar crucial na busca por melhorias na qualidade de vida e na obtenção de resultados positivos nos cuidados de saúde. Dentro desse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF) assume um papel de destaque como parte integrante dos sistemas de atenção à saúde. Juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os sistemas de informação em saúde, a AF tem sua missão centrada na promoção do acesso adequado e na utilização racional de medicamentos. Essa abordagem visa garantir que os tratamentos sejam prescritos de acordo com as melhores práticas e necessidades clínicas dos pacientes. O Ministério da Saúde, como parte de sua estratégia para assegurar o acesso a medicamentos essenciais, utiliza o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Nesse sistema, a oferta de medicamentos está estritamente alinhada com critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos recomendados, monitoramento contínuo, acompanhamento e outros parâmetros estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Dentre as diversas condições abrangidas pelo CEAF, destaca-se a Doença Renal Crônica (DRC), uma enfermidade de grande relevância no contexto de saúde pública. Através desse programa, medicamentos são fornecidos para o tratamento das principais comorbidades associadas à DRC, tais como anemia, distúrbios minerais e ósseos, hiperfosfatemia e hiperparatireoidismo secundário. Além disso, imunossupressores são disponibilizados para pacientes submetidos a transplantes renais. Os

pacientes com DRC que recebem tratamento de hemodiálise são particularmente suscetíveis, representando um grupo de alto risco devido às múltiplas questões de saúde que frequentemente enfrentam. Essa população requer a atenção coordenada de diversos profissionais de saúde e especialistas médicos. É absolutamente essencial individualizar o cuidado a esses pacientes por meio de uma avaliação constante dos parâmetros laboratoriais, da eficácia do tratamento e da segurança. O tratamento medicamentoso desempenha um papel crítico na gestão da DRC, visando retardar a progressão da doença por meio do uso de medicamentos seguros e eficazes. Nesse sentido, é imperativo realizar uma avaliação contínua de toda a farmacoterapia desses pacientes, levando em consideração o histórico de tratamento e ajustando-o de forma individualizada. Dentro desse contexto, a importância de avanços no desenvolvimento de tecnologias que possam impactar positivamente o curso clínico do tratamento de pacientes com DRC torna-se cada vez mais evidente. O desenvolvimento de novos produtos, processos e serviços, bem como a geração e o uso estratégico de informações, são reconhecidos como componentes essenciais das funções de liderança e governança no sistema nacional de saúde. Essa abordagem é formalizada na Portaria nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, que define tecnologias em saúde como abrangendo medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, bem como programas e protocolos assistenciais. É por meio dessas tecnologias que a atenção e os cuidados com a saúde são efetivamente prestados à população. Nesse contexto, a necessidade de desenvolver novas tecnologias em saúde para facilitar a prescrição da farmacoterapia a pacientes renais e otimizar os processos de solicitação desses medicamentos tornou-se evidente. Nesse sentido, foi concebido um novo formato da Matriz de Apoio para Prescrição de Medicamentos CEAF para Pacientes Dialíticos, que se apresenta como uma ferramenta técnica de suporte para os prescritores. Essa ferramenta tem como objetivo auxiliar os médicos na escolha de medicamentos adequados, com base nas diretrizes estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), simplificando o processo de prescrição e fornecendo informações valiosas e diretrizes específicas. Essa iniciativa visa, em última análise, ajudar os profissionais de saúde a selecionar o tratamento mais apropriado para seus pacientes, melhorando a qualidade do atendimento e a eficácia dos cuidados de saúde. **Objetivos:** Garantir o acesso dos pacientes à terapia medicamentosa essencial

para suas condições de saúde e otimizar os procedimentos e fluxos de trabalho na Regional de Saúde relacionados à gestão dos pedidos de medicamentos. **Descrição da Experiência:** A Regional de Saúde Sudoeste I, em sua busca por aprimorar a assistência farmacêutica e integrar a tecnologia, inovação e saúde digital, identificou desafios na gestão de processos e prescrição de medicamentos para pacientes dialíticos. A interpretação dos critérios estabelecidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde se mostrou complexa. A partir de 2021, a Regional iniciou o desenvolvimento de uma ferramenta voltada para a gestão de processos e apoio à prescrição de medicamentos. Essa ferramenta consiste em um modelo de planilha de orientação que funciona como um sistema de suporte ao cuidado de saúde. Seu propósito é avaliar os parâmetros laboratoriais mensais dos pacientes, analisar os medicamentos em uso e gerar prescrições baseadas nos PCDTs. Com o uso inicial, surgiram necessidades de implementações adicionais, o que levou ao desenvolvimento de uma nova ferramenta, totalmente reformulada, com recursos aprimorados para atender às demandas específicas da Regional Sudoeste I e da unidade de saúde de diálise. Essa versão mais recente migrou da tradicional planilha office para um formato online, introduzindo recursos automáticos de gerenciamento de tarefas, como a geração de listas automatizadas separadas por categoria e alertas para os operadores em relação à modalidade de processo do paciente e quanto à necessidade de prescrição simultânea de medicamentos para o tratamento da anemia na DRC. **Considerações Finais:** A ferramenta desenvolvida proporciona valiosas orientações e diretrizes específicas para os profissionais de saúde prescritores, simplificando o processo de prescrição e aprimorando o tratamento adequado dos pacientes. As atualizações recentes não apenas ampliaram o acesso à ferramenta, permitindo múltiplos acessos controlados, mas também contribuíram para uma notável redução na incidência de prescrições indeferidas. Além disso, promoveram maior eficiência no cumprimento das normas e exigências documentais para a liberação de medicamentos. Simultaneamente, aprimorou os procedimentos e fluxos de trabalho na Regional de Saúde relacionadas à gestão das solicitações de medicamentos ao Centro Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barboza. Os resultados da implementação dessa tecnologia em saúde têm sido claramente positivos, proporcionando aos pacientes renais um acesso mais amplo e eficaz à terapia

medicamentosa essencial para seu tratamento e condição de saúde. **Agradecimentos:** A equipe da Regional de Saúde Sudoeste I e aos colaboradores da Clínica de Hemodiálise Hemorim.

Palavras-chave: Medicamentos; Doença Renal Crônica; Tecnologia em Saúde.

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA (NATS)
DA SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS (SESG) NO PERÍODO
DE 2019-2023**

FERNANDES NASCIMENTO, Maria Helha¹

BARBOSA, Aurélio de Melo²

SILVÉRIO, Lílyan Oliveira³

RODRIGUES, Cláudia Aparecida⁴

FERREIRA, Fernanda Pimenta Simon⁵

VERONEZI, Rafaela Júlia Batista⁶

1. Terapeuta Ocupacional, doutoranda, pesquisadora de ATS na Escola de Saúde de Goiás/Secretaria de Estado da Saúde-GO, maria.helha@goias.gov.br

2. Fisioterapeuta, mestre e doutorando, sanitarista, docente na Universidade Estadual de Goiás (UEG), pesquisador de ATS na Escola de Saúde de Goiás/Secretaria de Estado da Saúde-GO, aurelio.barbosa@goias.gov.br

3. Cirurgiã-Dentista, mestre, pesquisadora de ATS na Escola de Saúde de Goiás/Secretaria de Estado da Saúde-GO, lilyan.silverio@goias.gov.br

4. Economista, especialista, pesquisadora de ATS na Escola de Saúde de Goiás/Secretaria de Estado da Saúde-GO, claudia.rodrigues@goias.gov.br

5. Farmacêutica, doutora, gerente de Pesquisa e Inovação na Escola de Saúde de Goiás/Secretaria de Estado da Saúde-GO, fernanda.ferreira@goias.gov.br

6. Fisioterapeuta, doutora, Superintendente da Escola de Saúde de Goiás/Secretaria de Estado da Saúde-GO, rafaela.veronezi@goias.gov.br

RESUMO

Introdução: A prestação de cuidados de saúde é amplamente sustentada por uma variedade de tecnologias de saúde, que englobam medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, informações, suporte, bem como programas e protocolos clínicos assistenciais. A Escola de Saúde de Goiás da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SESG/SES-GO) abriga um Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS). O NATS objetiva promover e difundir estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil. Os NATS são parte da estratégia de fortalecimento do Grupo de Trabalho de Formação Profissional e Educação Continuada da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). Criado em 2019, o NATS da SESG/SES-GO produz diversos tipos de estudos de ATS para subsidiar tomadas de decisões na administração pública: a nota técnica de revisão rápida (NTRR), que é um tipo de revisão rápida de revisões sistemáticas produzido em 90 dias, com evidências científicas sobre eficácia e segurança de medicamentos, procedimentos ou dispositivos em saúde; o parecer de revisão

super rápida (PRSR), com evidências sobre eficácia e segurança de dispositivos e procedimentos em saúde, elaborados em 3 dias; o parecer de políticas informadas por evidências (PPIE), redigido em 3 dias, com análise de políticas de saúde à luz das evidências científicas; o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT), que é um guia do Sistema Único de Saúde (SUS) para o manejo diagnóstico e de tratamento de enfermidades, escrito em 90 dias; o relatório de recomendação, desenvolvido em 90 dias e que analisa a solicitação de incorporação de novos medicamentos, procedimentos ou dispositivos em saúde ao rol do SUS em Goiás, com informações de evidências sobre eficácia, segurança e custo-efetividade. As NTRR e os PRSR são produtos de ATS usados nas decisões pré-judiciais ou judiciais de fornecimento, pela SES-GO, de tecnologias não disponíveis no SUS. Os PPIE são pareceres da SES-GO projetos de lei da Assembleia Legislativa de Goiás que versam sobre políticas de saúde. Já os relatórios de recomendação e PCDTs são elaborados para o processo de incorporação de novas tecnologias em saúde pela SES-GO. **Objetivos:** Com o propósito de caracterizar a produção em ATS do NATS da SESG/SES-GO, foi elaborado o presente estudo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, original. Foi realizado um levantamento dos tipos de estudos produzidos no período de 2019 a setembro de 2023. Foram caracterizados os tipos de transtorno de saúde analisados nos estudos. **Resultados e discussão:** Conforme exposto nas figuras 1 e 2, o NATS da SESG/SES-GO teve uma grande produtividade em 2019-2023.

Figura 1. Tipos de estudo elaborados pelo NATS no período de 2019-2023.

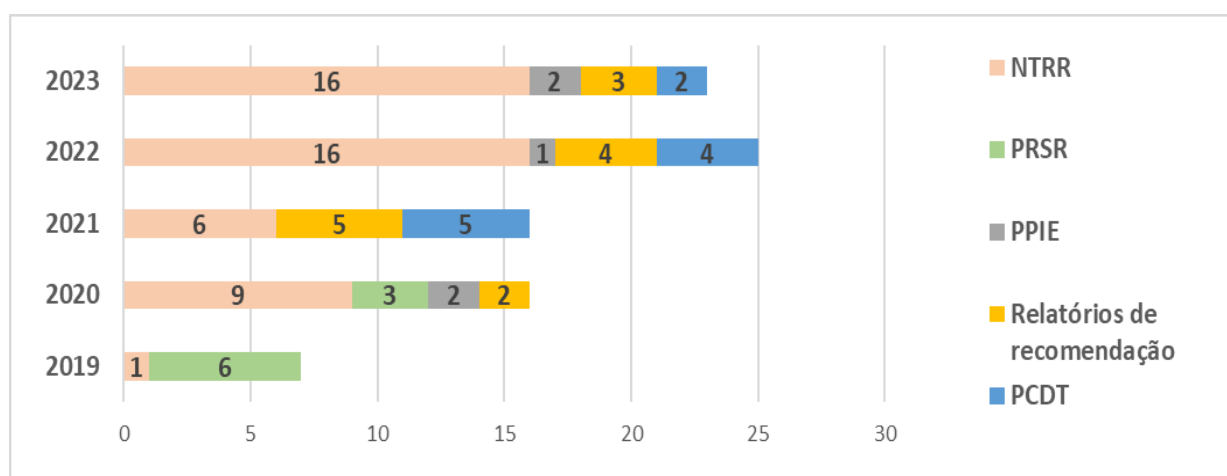
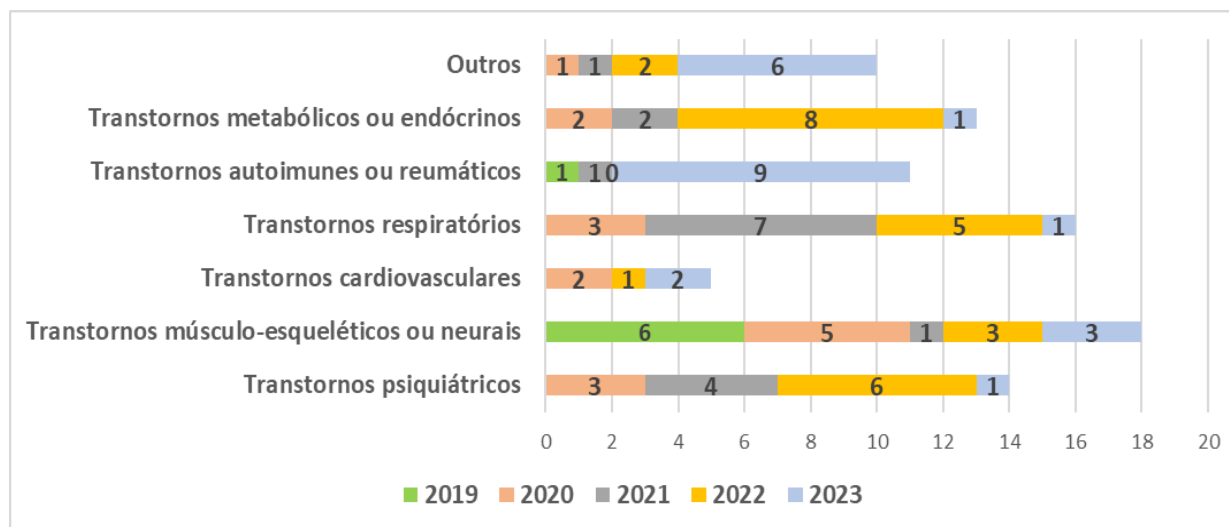


Figura 2. Tipos de transtornos de saúde analisados nos estudos produzidos pelo NATS.



Foram elaborados 87 estudos de ATS, principalmente sobre transtornos musculoesqueléticos ou neurais, psiquiátricos, metabólicos ou endócrinos e respiratórios. Isso demonstra que, em Goiás, há uma demanda por oferta no SUS de novas tecnologias em saúde para tratamento dessas enfermidades abordadas nos estudos do NATS. A criação de novos NATS no Brasil se tornou um imperativo para o contexto da prestação de cuidados de saúde e para a gestão da incorporação de novas tecnologias. O NATS da SESG/SES-GO tem contribuído para a tomada de decisões informadas por evidências no SUS goiano. A ATS garante que as inovações em medicamentos, procedimentos e dispositivos sejam introduzidas no SUS de forma mais racional e segura.

Considerações finais: O NATS da SESG/SES-GO elaborou 87 estudos de ATS no período de 2019-2023, com enfoque em transtornos musculoesqueléticos, neurais, psiquiátricos, metabólicos, endócrinos e respiratórios.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Incorporação de Tecnologias; Sistema Único de Saúde; SUS; Núcleo de avaliação de Tecnologias; NATS.

DISTRIBUIÇÃO DAS AMPUTAÇÕES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES NO ESTADO DE GOIÁS DIANTE DO CONTEXTO NACIONAL, PERÍODO DE 2013 À 2023

BARROS, Patrícia de Sá¹
COSTA, Murielle Celestino²

1 - Docente no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Universidade Federal de Goiás (UFG)

2 - Fisioterapeuta do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Universidade Federal de Goiás (UFG).

RESUMO

Introdução: A cirurgia de amputação consiste em retirar um membro acometido ou parte dele a fim de possibilitar melhores desfechos para saúde do indivíduo. É um procedimento utilizado em lesões que envolvem nervos, vasos sanguíneos, tecidos moles e ósseos, que podem estar relacionadas a traumas, processos infecciosos, neoplásicos e circulatórios.^{1,2} As sequelas causadas pelas amputações podem levar a impactos funcionais e socioeconômicos com perda da capacidade laborativa, da socialização, da qualidade de vida, complicações, reinternações hospitalares, resultando em um problema de saúde pública, fator oneroso para os serviços de saúde.³ Estudos epidemiológicos sobre amputações são necessários para dar suporte às equipes envolvidas na prevenção, tratamento e reabilitação, além de melhorar a compreensão da complexidade do tema.⁴ **Objetivos:** Descrever a distribuição das amputações de membros superiores e inferiores no Estado de Goiás nos últimos 10 anos diante do contexto nacional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, baseado em dados secundários de assistência à saúde do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde, Brasil. Foram incluídas as notificações de janeiro de 2013 a agosto de 2023 na Unidade Federada Goiás e dados do Brasil, constantes no sistema de informações de saúde (TabNet) e classificados pelo procedimento Amputação/Desarticulação (mão e punho; membros superiores; membros inferiores; pé e tarso; dedo; membros inferiores em oncologia; membros superiores em oncologia). Foram excluídos os dados não referentes ao período proposto pelo estudo. As informações foram coletadas no SIH durante o mês de outubro de 2023. Os dados sobre amputações foram baixados no endereço eletrônico

<http://datasus.saude.gov.br/> seguindo o caminho: Acesso à Informação > Informações de Saúde (TabNet) > Assistência à saúde > produção hospitalar (SIH/SUS) > Dados Consolidados Autorização de Internação Hospitalar (AIH), por local de internação, a partir de 2008. A análise principal foi amputação de membros superiores e inferiores no Estado de Goiás perante o cenário nacional. Foram coletadas informações sobre o número e tipos de procedimentos de amputações, gastos com os procedimentos e caráter das amputações. **Resultados e Discussão:** Entre 2013 e 2023 foram registrados 631.966 procedimentos de amputações de membros superiores e inferiores no Brasil. Houve predominância na região sudeste do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo), com cerca de 42,52% do total de amputações. Esse resultado é esperado visto que a região sudeste possui o maior número de habitantes de acordo como último censo 2022.⁵ Na região centro-oeste, incluindo o Distrito Federal, foram verificadas 40.618 amputações (6,42% do total do país). O estado de Goiás, com maior número de habitantes da região centro-oeste, foi responsável por 14.640 amputações, assumindo a 12º posição entre os estados que mais realizaram amputações no cenário nacional e o primeiro lugar na região centro-oeste, considerando números absolutos. No que tange as internações por procedimentos, as amputações de membros inferiores são mais frequentes, correspondendo 54,93% no Brasil e 47,98% em Goiás (excluindo-se os dados referentes a amputações de dedos devido falta de definição quanto a dedos de membros superiores ou inferiores). A prevalência de amputações de membros inferiores em relação a membros superiores pode ser observada em diferentes estudos.^{6,7} Essas amputações ocorrem principalmente devido a complicações do diabetes mellitus, problemas vasculares e causas traumáticas.^{1,8,9} Os gastos com amputações no Brasil foram de R\$ 862.512.713,60 nos últimos 10 anos. O estado de Goiás gastou R\$ 19.671.995,37 com amputações e no ranking nacional ocupa a 14º posição entre os estados e o Distrito Federal, correspondendo a 2,28% do montante do Brasil. Os dados mencionados são referentes a custos hospitalares, no entanto supõe-se que os valores são maiores quando levado em considerações aos demais procedimentos envolvidos no paciente amputado, como confecção de próteses, órteses e reabilitação². Sobre o caráter de atendimento dos procedimentos, os dados do Brasil demonstraram que houve predomínio de urgência seguido de eletivos (89,09% e 9,60%; respectivamente). Em Goiás, 95,51% das amputações foram classificadas como procedimento de urgência, 4,46% como

eletivas. A desproporção de procedimento de urgência em relação ao eletivo também foi observado em outro estudo¹⁰. Os impactos decorrentes dos procedimentos de amputação vão além do aspecto funcional, pois o efeito socioeconômico afeta o indivíduo amputado e o setor público no que se refere aos custos hospitalares². Algumas limitações foram encontradas: ausência de variáveis de idade, gênero, comorbidades e motivo da amputação. **Considerações finais:** O Estado de Goiás está em primeiro lugar na região centro-oeste em realização de amputações, e no contexto nacional, assume a 12º posição. Há maior prevalência de amputação de membros inferiores e de caráter de urgência para a cirurgia. Em relação aos gastos, Goiás é 14º estado que mais gasta com procedimentos de amputações, correspondendo a 2,3% do gasto total no Brasil. A análise das informações poderá auxiliar nas ações de promoção, prevenção e tratamento das amputações.

Palavras-chave: Amputados; Desarticulação; Prevalência.

IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO DE GESTANTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CUNHA, Natanael Moreira¹

CABRAL, Joyce Nunes²

MOREIRA, Ana Paula Assunção³

REIS, Maria Arlene Barbosa Fernandes⁴

PEREIRA, Jussara Maria⁵

SOUZA, Tânia Maria de⁶

VALENTE, Leilianne Teixeira⁷

1 - Enfermeiro especialista em saúde da família, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Goiânia; natanaelc35@gmail.com

2 - Enfermeira especialista em obstetrícia, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Goiânia;

3 - Enfermeira mestre, tutora do programa de residência de obstetrícia da Secretaria do Estado de Saúde de Goiás;

4 - Enfermeira especialista em saúde da mulher, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Goiânia;

5 - Enfermeira especialista em saúde da família, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Goiânia;

6 - Enfermeira especialista em obstetrícia, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Goiânia;

7 - Enfermeira especialista em saúde da família, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Goiânia;

RESUMO

Introdução: Considerando as mudanças físicas, psíquicas e sociais que a gestação provoca, se faz necessário o acompanhamento das gestantes por meio das consultas de pré-natal¹. Contudo, devido à grande demanda nas Unidade de Saúde da Família (USF), essas consultas costumam serem rápidas e os profissionais não conseguem abordar todos os assuntos pertinentes nesse momento de mudanças, ansiedade e medo¹. Uma das formas de incluir os usuários no processo de cuidado é por meio das rodas de conversa, com isso, surgiu a ideia de criar um grupo de gestantes para fortalecer as orientações oriundas do período gestacional, bem como para oportunizar o envolvimento e interação entre as gestantes tanto quanto o compartilhamento das experiências vividas por elas nesse período singular. **Objetivos:** Relatar a experiência acerca do planejamento e implementação do grupo de gestantes em uma USF, na região noroeste, em Goiânia. **Descrição da Experiência:** O grupo foi planejado no mês de maio de 2023. As gestantes foram convidadas durante as consultas de pré-natal e durante as visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde. Para cada dia do encontro, foi realizado um convite ilustrativo de divulgação. As atividades de educação em saúde foram desenvolvidas por meio de rodas de conversas que ocorreram no auditório da unidade, de junho a

outubro de 2023, quinzenalmente, nos períodos matutino ou vespertino e com duração entre 1h a 1h30 min. As rodas de conversas foram ministradas por enfermeiros da unidade e por convidados externos como nutricionista, enfermeira obstetra, doula e psicólogas. Foram realizados nove encontros, com abordagem das seguintes temáticas: alterações fisiológicas na gestação e cuidados; direitos das gestantes e do recém-nascido; alimentação saudável; trabalho de parto, parto e puerpério; aleitamento materno; ansiedade e depressão na gestação/puerpério e cuidados com o recém-nascidos. A atividade em questão contou com a participação de 2 a 3 gestantes por roda de conversa, mesmo com a grande divulgação e estímulo para que as mesmas participassem. Os enfermeiros que participaram do planejamento e da implementação do grupo enfrentaram alguns desafios como dificuldade em conciliar o planejamento das atividades do grupo de gestantes com os outros atendimentos a serem prestados à população e a dificuldade de permanecer durante toda a roda de conversa devido à demanda espontânea dos pacientes na unidade. Observou-se que o grupo de gestantes permitiu que todos da equipe adquirissem novos conhecimentos acerca das temáticas trabalhadas. Entre as gestantes que participaram do grupo, sentiram-se mais seguras por terem suas dúvidas esclarecidas. Com isso, foram discutidas estratégias como: realizar as palestras pelo período da manhã e definir entre as equipes um dia em comum para atender as consultas de pré-natal e neste dia realizar a roda de conversa do grupo de gestante. **Considerações finais:** Apesar dos enfermeiros terem utilizado de diversas estratégias para que as gestantes participassem das rodas de conversa, houve pouca participação nas atividades educativas. Com isso, acredita-se que a utilização de uma estratégia diferente, padronizando o dia e horário da consulta de pré-natal de todas as equipes, concomitante ao dia da roda de conversa, venha a agregar mais gestantes ao grupo.

Palavras-chave: Gravidez; Educação em Saúde; Enfermagem; Saúde da Família.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) NOS PROCEDIMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS: CUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAR E SEGURANÇA PARA PACIENTES, MÉDICOS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

FERRAZ, Marília Ribeiro de Carvalho

1 - Especialista em Gestão de Bloco Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica; Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde; Pós-graduanda em Direito Médico e Bioética; Enfermeira; Advogada; Servidora Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. E-mail: maferrazmg@gmail.com.

RESUMO

Introdução: O consentimento livre e esclarecido encontra-se em constante evolução, acompanhando as diversas possibilidades e inovações de tratamentos de saúde que surgem ao longo do tempo. Consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante legal, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados¹. Assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) surge como instrumento de formalização desta informação, que, se devidamente aplicado, possibilita ao paciente ou seu representante legal entender sobre o procedimento indicado e decidir em relação a sua condição de saúde, possibilitando consentir ou não sua realização. O dever da informação é considerado efetivo quando os esclarecimentos se relacionarem especificamente ao caso do paciente, mostrando-se insuficiente a informação genérica². Neste contexto, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), no julgamento do Recurso Especial 1540580/DF, entendeu que cabe ao médico ou ao hospital demonstrar que houve o cumprimento do dever de informar, e que cada parte deve contribuir com elementos probatórios que mais facilmente possam ser exigidos². Dessa forma, conhecer o conteúdo e formas de aplicação do TCLE demonstra-se essencial para uma assistência à saúde mais segura, tanto para pacientes quanto para profissionais e estabelecimentos de saúde. **Objetivos:** evidenciar os benefícios da adequada implementação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de procedimentos médico-cirúrgicos. **Metodologia:** trata-se de estudo de revisão bibliográfica de artigos científicos, doutrinas de direito médico e responsabilidade civil, e da Recomendação nº 01/2016 do Conselho Federal de Medicina

(CFM). **Resultados e discussão:** por muito tempo, a relação médico-paciente apresentou fortes traços de paternalismo, com o médico dirigindo o paciente e decidindo sobre o tratamento. Com a evolução do princípio da autonomia do paciente, o paternalismo dessa relação se fragilizou, tornando-se necessária comunicação mais horizontal³. Neste sentido, a Recomendação nº 01/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM)¹ surge como forma de oportunizar ao paciente a sua manifestação de vontade, tornando a relação médico-paciente mais igualitária nos limites de cada agente participante desta relação. Ainda segundo esta Recomendação, o TCLE deve apresentar esclarecimento claro, com justificativas, objetivos esperados, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, cuidados, dentre outras informações acerca do procedimento, por meio de linguagem clara e redigido com fonte não inferior a 12. Mais que informar e obter o consentimento do paciente ou de seu responsável legal, o TCLE também oportuniza defesa de médicos e estabelecimentos de saúde quando demandados judicialmente em razão de complicações e/ou resultado de procedimentos cirúrgicos realizados. Ademais, há uma diferença entre expectativa e realidade fática muitas vezes desconhecida por pacientes e seus responsáveis, a exemplo do risco de infecção relacionado ao procedimento cirúrgico, porém decorrente de uma condição intrínseca do próprio paciente. Neste contexto de informar e obter o consentimento, a pesquisa de Manzini et al.⁴ analisou julgados entre 2014 e 2016, selecionados nos sites dos tribunais brasileiros, e os classificou em dois grupos: médicos absolvidos (51%) e condenados (49%), observando que, no primeiro grupo, 39% das absolvições se embasaram na apresentação adequada do termo de consentimento informado, enquanto, no segundo, 50% dos médicos foram condenados por não o ter incluído. Assim, os resultados demonstraram a importância deste documento para registrar as informações repassadas, tão necessárias para a defesa jurídica de médicos e de estabelecimentos de saúde que eventualmente sejam arrolados em demandas judiciais.

Considerações finais: quando devidamente implementado, o TCLE cumpre com o dever de informar ao mesmo tempo que atende ao direito de consentir do paciente ou de seu responsável legal e, dessa forma, torna-se documento essencial para formalizar as informações. Além disso, é meio de prova para afastar a culpa do profissional quando da eventual alegação de erro médico e, consequentemente, excluir a responsabilidade civil do estabelecimento de saúde muitas vezes arrolado solidariamente ao médico em demandas judiciais. Desta forma, o TCLE demonstra-se como instrumento necessário e

essencial para informar, obter o consentimento de pacientes e resguardar juridicamente médicos e estabelecimentos de saúde.

Palavras-chave: TCLE; Informação; Autonomia; Segurança.

Referências

1. Recomendação 1/2016 – CFM - Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica.
2. Alessandra Varrone de Almeida Prado S. Direito Médico / Alessandra Varrone de Almeida Prado; coordenação Renee do Ó Souza. – 2. Ed., ver., atual. e reform. – Rio de Janeiro: Método, 2022.
3. Márcia Maria Pazinato. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. Rev. Bioét. vol.27 no.2 Brasília Abr./Jun. 2019 Doi: 10.1590/1983-80422019272305.
4. Merlei Cristina Manzini, Carlos D’Apparecida Santos Machado Filho, Paulo Ricardo Criado. Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. Rev. Bioét. vol.28 no.3 Brasília Jul./Set. 2020. Doi: 10.1590/1983-80422020283415

JORNADA PEDAGÓGICA: GESTÃO, CONHECIMENTO E PESQUISA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

DIAS, Iohanna Maria Guimarães¹

OLIVEIRA, Cristiane Pimenta¹

PEREIRA, Letícia de Souza¹

FARIAS, Mauricio Antônio de¹

1 - Superintendência de Escola da Saúde de Goiás

RESUMO

Introdução: A formação com base no trabalho real, *in loco*, caracteriza as residências uni/multiprofissional em saúde, sendo uma modalidade fundamental que possibilita oportunidade aos profissionais de saúde vivenciarem práticas pedagógicas inovadoras, embasadas em metodologias ativas e na aprendizagem significativa. Entretanto, essas metodologias são, muitas vezes, desconhecidas pelo corpo docente dos Programas de Residência (preceptores, tutores e coordenadores) envolvidos no processo de ensino, que necessitam de suporte teórico e metodológico. O território das residências em saúde apresenta oportunidades palpáveis e inflamáveis, encontros bons e não tão bons, nos ensinam a refletir e problematizar a busca pela efetividade da gestão educativa e pela qualidade pedagógica da formação, além da compreensão política das residências no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da mudança na educação dos profissionais de saúde. Para isso, o desenvolvimento das competências pedagógicas do corpo docente é necessário para a realização de práticas docentes coerentes com a proposta das residências. De acordo com Ceccim e Feuerwecker (2004), a formação em área da saúde necessitaria ter como objetivo transformar a organização do trabalho e as práticas dos profissionais por intermédio da problematização do processo de trabalho, bem como da proposta de acolhimento e cuidado nas diferentes dimensões e necessidades de saúde dos indivíduos, dos coletivos e da população em geral. Dentro das residências, o preceptor é o profissional da prática que, além do compromisso com o usuário, desempenha o papel de mediador e facilitador do processo de formação do residente, partilhando responsabilidade na construção do conhecimento. Deve apresentar conhecimento técnico e clínico que favoreça a formação dos profissionais em situações reais do espaço de trabalho no qual

estão inseridos (Botti; Rego, 2007; Ribeiro; Prado, 2013). De acordo com a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, artigo 13, para o desempenho da função de preceptor, é necessário que o profissional possua, como formação mínima, título de especialista ou experiência profissional de três anos na área profissional (“especialidade”) em que prestará supervisão de residente (Brasil, 2012). Já o tutor é um profissional com desejável experiência na área da residência, que tem como função ofertar orientações acadêmicas a preceptores e residentes, atuando em tutorias de campo e de núcleo. Os tutores são professores e devem ter um olhar aos residentes e aos cenários de práticas, além de estarem ligados a gestão dos componentes curriculares e dos cenários de práticas. E ainda, que tenha uma formação em saúde compatível com a área de ênfase, concentração ou especialidade acerca da área temática (área profissional) da residência (Brasil, 2014). O avanço das residências em saúde tem colocado em destaque a necessidade de formação de preceptores e tutores que se apropriem de estratégias didático-pedagógicas condizentes com a formação em serviço, formação está para o SUS, formação para a integralidade e formação para a interprofissionalidade. Assim, as escolas de saúde instituições de ensino que desenvolvem programas de residência precisam construir caminhos para a formação de preceptores e tutores. **Objetivos:** Atualizar os docentes dos Programas de Residência Uni/Multiprofissional da SES/GO para a qualificação pedagógica, estimulando-os para a troca de conhecimento e experiências interprofissionais e para a busca da excelência acadêmica e prática. **Descrição da Experiência:** A Coordenação de Residência Multiprofissional (COREMU) realiza, desde 2019, a Jornada Pedagógica com o intuito de atualizar o corpo docente das residências nos processos didáticos e pedagógicos relacionados a qualificação do corpo docente (coordenadores, tutores e preceptores) dos Programas de Residências. Em 2023, a COREMU, com o apoio da GDES e da SESG, promoveu a 4ª Jornada Pedagógica. O evento ocorreu presencialmente e contou com a participação de preceptores, tutores e coordenadores dos programas de residência uni/multiprofissional da Secretária de Estado da Saúde (SES). A escolha do tema deste ano, *Residências em Saúde: Gestão, Conhecimento e Pesquisa*, foi pensado para aprimorar as práticas educativas e para promover a reflexão sobre os desafios e conquistas vivenciados nos/pelos programas. A programação contou com palestras (liderança transformacional no contexto das residências em saúde, Atividades Profissionais Confiáveis – APCs, programa de pesquisa para o SUS

– PPSUS e projetos de intervenção para pesquisa em saúde), grupos de trabalho (conquistas e desafios dos programas) e uma atividade prática conduzida como treinamento para APCs. Ao final, os participantes foram convidados a realizarem a avaliação do evento. Do total de 32 avaliações, da caracterização da amostra: 68,8% eram do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Trauma, 15,6% Infectologia, 9,4% Enfermagem obstétrica, 6,3% Endocrinologia e não houve respostas do Programa Saúde Funcional e Reabilitação. Desses, 65,6% exerciam a função de preceptores, 28,1% tutores e 6,3% coordenadores. A resposta quando as afirmações com base na experiência em participarem do evento. Classificando as respostas em: ruim, regular, bom e muito bom. 1 – Comunicação prévia sobre os objetivos desta atividade: 59,4% responderam muito bom e 40,6% bom. 2 – Aplicabilidade dos conteúdos e instrumentos na prática profissional: 65,6% responderam muito bom; 28,1% bom e 6,3% regular. 3 – Conhecimento dos (as) facilitadores em relação aos assuntos abordados: 84,4% responderam muito bom e 15,6% bom. 4 – Clima da atividade (diálogo, respeito, inclusão às opiniões e diversidade): 81,3% responderam muito bom e 18,8% bom. 5 – Entendimento dos conteúdos, instrumentos e assuntos abordados: 56,3% responderam muito bom, 31,3% bom e 12,5% regular. A última pergunta foi aberta para recomendações e elogios para aprimorar o próximo evento: participante - 1 “O evento foi bom, envolveu participação dos ouvintes, teve assuntos pertinentes à nossa prática. Acho que mais profissionais deveriam ser estimulados a participar, talvez com mais divulgação ou com alguma articulação com a unidade de saúde.”; participante 2 – “Os residentes poderiam participar, o quê "abriria seus corações" para os processos avaliativos e iniciaria a formação de futuros preceptores.”; participante – 3: “Gostei muito dos temas abordados ao longo da Jornada. São assuntos de muita pertinência para a condução do curso de residência. Agradeço por essa oportunidade!!!”; participante – 4: “Formação de Grupos de trabalho para trabalhar temas dos programas, sessão de experiências exitosas dos programas.”; participante 5 – “Parabéns pelo evento! Minha sugestão é que no próximo as atividades práticas sejam a maioria, foram de extrema importância!!!”; participante – 6: “Maior carga horária, temas diversos e práticos”.

Considerações finais: Nessa vivência constatamos a importância da jornada pedagógica para a qualificação do corpo docente e a relevância de colaborar na formação de formadores para a qualidade das residências uni/multiprofissional com o intuito de entregar o melhor para a formação do residente.

O processo de formação, através das experiências de diferentes programas, troca de experiências compartilhadas entre professores, tutores, preceptores, gestores e coordenadores possibilitou conhecimento, integrou o ensino, a atenção, a gestão das instituições executoras, formadoras e serviços de saúde, bem como o fortalecimento das Residências Uni/Multiprofissionais da SES/GO e ainda, colocando a frente a assistência de qualidade prestada ao usuário do SUS. **Agradecimentos:** A Secretária de Estado da Saúde, a Superintendência de Escola da Saúde, Secretaria acadêmica da SESG, palestrantes, gerentes, coordenadores da Escola de Saúde, coordenadores de programas e em especial a equipe da Coordenação de Assessoramento Técnico das Residências Uni/Multiprofissional da SES/GO.

Palavras-chave: Formação Profissional; Corpo docente; Formação Profissional em Saúde.

Referências

1. CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a. Disponível em: Acesso em: 16 out. 2023.
2. RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M L. do. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2013. Disponível em: Acesso em: 16 out. 2023.
3. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: Acesso em: 17 out. 2023.
4. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Acesso em: 18 out. 2023.

ANÁLISE DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NO MUNICÍPIO DE PALMEIRAS DE GOIÁS, GOIÁS, BRASIL, 2023

ROSA, Fabiano M¹;
SILVA, Elaine L A M²;
CHAVES, Yulla F P³;
MORAES, Romero B¹;
PAVANELLI, Aline T C S⁴;
SANTOS, Erivania M⁵;
PEREIRA, Douglas A⁶

1- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde (GESP), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil; fabiano.marques@goias.gov.br

2- Coordenação Estadual de dengue, zika e Chikungunya, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

3- Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

4- Apoiadora Vigiar-SUS, Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

5- Regional de Saúde Oeste II, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

6- Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Imunologia e Parasitologia Aplicada (PPIPA), Instituto de Ciências Biomédicas (ICBIM) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

RESUMO

Introdução: Dentre as doenças virais que são transmitidas por vetores, estão listadas as arboviroses dengue e chikungunya, transmitidas pelo mosquito do gênero *Aedes*. Consideradas endêmicas em muitos países das Américas, acometendo principalmente a população que vive em maior vulnerabilidade, ou seja, as que vivem em áreas com maior risco de transmissão, incluindo áreas de baixa renda com péssimas condições sanitárias e de higiene. Na última década foram reportados, acumuladamente, mais de 18 milhões de casos de dengue na região das Américas, considerando os quatro sorotipos circulantes. A chikungunya, por sua vez, é uma doença viral que se propagou rapidamente pelo continente americano desde quando houve a primeira grande epidemia no Caribe em 2013. A partir de então, essas arboviroses vêm ocasionando epidemias de grandes magnitudes em vários Estados brasileiros. No Estado de Goiás são registrados inúmeros casos de dengue desde os anos 90, mas em 2022 foi quando ocorreu uma das piores epidemias no Estado, registrando

aproximadamente 275 mil casos e confirmando 174 óbitos por dengue. Neste mesmo ano o município de Palmeiras de Goiás apresentou aumento de 67% de casos notificados de dengue em relação ao ano de 2021. Os primeiros casos de chikungunya foram reportados no Estado de Goiás em 2015, totalizando 4.475 mil casos suspeitos desta doença até o ano de 2021, quando em 2022 foram registrados mais de 6 mil casos e 10 óbitos confirmados por chikungunya, desses, dois eram residentes do município de Palmeiras de Goiás. A dengue e a chikungunya podem apresentar características clínicas semelhantes entre si, o que pode dificultar a definição de casos, neste sentido, os estudos epidemiológicos realizam a função de caracterizar o público acometido pelas doenças, identificando as suas casualidades e traçando estratégias de intervenção, direcionando ações preventivas na contenção das patologias. **Objetivo:** Verificar a sensibilidade dos profissionais de saúde em identificar e notificar os casos suspeitos de dengue e chikungunya do município de Palmeiras de Goiás. **Metodologia:** Foi realizada uma busca retrospectiva de casos suspeitos de dengue e chikungunya em 7 unidades públicas de saúde municipais localizadas município de Palmeiras de Goiás no período de 22 a 29 de janeiro de 2023, utilizando as definições de caso da ficha de notificação conjunta de dengue e chikungunya, além do resultado de amostras analisadas pelo Laboratório de Saúde Pública Estadual (LACEN/GO) para detecção de anticorpos IgM para dengue e chikungunya e/ou exames de PCR. **Resultados e discussão:** No período proposto para avaliação, 1.990 mil prontuários médicos foram revisados. Destes, 77 (3,86%) atendiam a critério de caso suspeito para arbovirose dengue ou chikungunya, 09 casos já estavam notificados no SINAN e encerrados por critério clínico epidemiológico. Em se tratando de dengue, 88,3% dos casos foram notificados por busca retrospectiva, sendo 4 casos encerrados e confirmados por critério laboratorial e 49 por critério clínico epidemiológico. Já para chikungunya, 17 casos foram classificados como suspeitos, 88,3% notificados durante a busca retrospectiva, sendo 2 confirmados por critério laboratorial reagente para IgM e os outros casos confirmados por critério clínico epidemiológico. Vale ressaltar que, das 6 amostras enviadas para o LACEN- GO, 1 amostra apresentou resultado reagente para ambas as arboviroses testadas. Os 13 casos de chikungunya e os 49 de dengue que não tiveram amostras coletadas por motivos diversos como, endereço ou telefone inexistentes e até mesmo por recusa do paciente, foram encerradas pelo critério clínico-epidemiológico, pois

apresentavam a clínica compatível com as arboviroses e ocorreram em um mesmo cenário geográfico com circulação viral confirmada laboratorialmente. **Considerações finais:** Durante a busca retrospectiva foram encontrados casos que atendiam a definição de casos suspeitos de dengue e chikungunya que não estavam notificados no SINAN e a falta de notificações de doenças de notificação compulsória representa uma fragilidade do sistema de vigilância local. A não notificação de casos suspeitos impede o conhecimento real da situação epidemiológica municipal, bem como a perda das ações de controle vetorial em tempo oportuno, aumentando o risco de adoecimento e óbitos na população. O quantitativo de coletas laboratoriais foi abaixo do recomendado, aumentando os números de casos encerrados por critério clínico-epidemiológico e impossibilitando a identificação de sorotipos circulantes no território. Foi identificado o mau preenchimento das fichas de notificação, apresentando dados insuficientes, dificultando ou impedindo a localização do paciente, consequentemente a coleta de amostras, o bloqueio vetorial e o encerramento adequado dos casos. Diante do cenário da circulação de dengue, chikungunya e zika na mesma região, a possibilidade de reação cruzada adiciona uma maior dificuldade na interpretação dos resultados. Portanto, em áreas de circulação destas doenças recomenda-se a investigação de casos por métodos diretos (RT-PCR e/ou Isolamento Viral), para uma possível afirmação de coinfeção por esses vírus. De acordo com Pereira et al. (2023), é de fundamental importância entender a vulnerabilidade de determinada região em relação aos fatores que favoreçam a transmissão, diagnóstico, tratamento e controle das doenças de notificação. Sendo assim, a correta distribuição em tempo, lugar e pessoa contribui, de forma significativa, no monitoramento dos casos, e gera resultados fidedignos, quanto à epidemiologia da doença. E que a falta de padronização dos métodos de notificação em uma determinada área, impacta substancialmente na definição de casos notificados suspeitos e confirmados. Neste sentido, uma alternativa para corrigir essas fragilidades é a elaboração de uma rotina, ou diagrama de atividades, de forma que todos os envolvidos estejam alinhados e hábeis na execução das ações de notificação de doenças.

Palavras-chave: Análise retrospectiva; Arboviroses; Epidemiologia; Saúde Pública.

Referência

1. PEREIRA, D. A. et al. Análise temporal das notificações de Leishmaniose Visceral Humana da microrregião de Pirapora–mg. REVISTA CIENTÍFICA DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS" CÂNDIDO SANTIAGO", v. 9, p. 1-20 9c5, 2023.
<https://doi.org/10.22491/2447-3405.2023.V9.9c5>

AUDITORIA – COMBO DE OFTALMOLOGIA

WILLIK, Júlia Elisa¹
LIMA, Alessandra Rodrigues de Almeida²
ALMEIDA, Ekissânia Rosa de³
BAYEH, Mariângela Batista Dos Santos³
D`ANTÔNIO, Suzete De Souza³
GONÇALVES, Mônica Samara³
GUIMARÃES, Aurélia Maria Da Silva³
ISSLER, Sônia Cristina Moreira³
JESUS, Duilete Maria de³
MOHN NETO, Carlos Rodolfo³
NASCIMENTO, Christiane da Silva Nogueira³
ROSA, Juliana Rodrigues de Oliveira³
SANTOS, Juliana Godoy dos³
SARAIVA, Cristiane Divina De Sousa e³
SILVA, Eufrásia Francisca da³
SILVA, Rosiana Borges Campos³
SOARES, Michelle Oliveira³
QUEIROZ, Marcia Helena Caetano³
VIGGIANO, Auseni Bento Ferreira³

1 – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; julia.willik@goias.gov.br

2 – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

3 – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

RESUMO

Introdução: A oftalmologia, especialidade médica cujo foco é diagnosticar e tratar as patologias oculares, dispõe de um elenco de procedimentos cirúrgicos eletivos abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais figuram as cirurgias de Catarata e Pterígio. O tratamento da Catarata (senil, traumática, congênita, complicada e outras) é um procedimento cirúrgico que implanta uma lente intraocular dobrável, acrílica ou de silicone (código - 04.05.05.037-2)¹ ou substitui uma lente implantada anteriormente (código 04.05.05.028-3)¹. O pterígio, por sua vez, é tratado em ambulatório, sob anestesia local (código 04.05.05.036-4)¹. A Auditoria do SUS foi prevista na Lei nº 8.080/1990². Mas, apesar dos 30 anos desde a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), a partir da Lei nº 8.689/1993³, ainda é um desafio institucionalizar e padronizar as práticas de auditoria no âmbito da gestão do SUS⁴. A experiência aqui descrita se justifica frente à necessidade de sistematizar os procedimentos de auditoria de forma a impactar positivamente na gestão do SUS, e

consequentemente na qualidade da assistência em oftalmologia oferecida à população do Estado de Goiás. **Objetivos:** Para subsidiar melhorias no processo de Regulação das cirurgias eletivas em oftalmologia (catarata e pterígio), foi solicitado, pela Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas (GERCE) da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO), a realização de auditorias em serviços de Oftalmologia vinculados à Regulação Estadual. A experiência aqui descrita, teve como objetivo padronizar os procedimentos de auditoria adotado pelas equipes envolvidas. **Metodologia:** O planejamento das atividades de auditoria e o início da fase analítica foram desenvolvidos de forma compartilhada entre as equipes, com a participação da Câmara Técnica e da Gerência de Auditoria do SUS (GEAUD-SUS). O principal normativo legal utilizado foi a Portaria n.º 288, de 19 de maio de 2008. Foram elaborados, com apoio da área técnica envolvida (GERCE), instrumentos padronizados para coleta de dados no decorrer das atividades em questão: *checklist* de visita e roteiro de análise de prontuário e das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC). Para estas atividades foi definido o período auditado, que compreendeu o segundo semestre do ano de 2022, de julho a dezembro. Foi definida uma amostra de 30% da produção aprovada no período auditado, para a análise de prontuários, selecionados aleatoriamente. **Resultados e Discussão:** Foram realizadas 06 auditorias distintas (1209, 1210, 1211, 1213, 1214 e 1215), envolvendo 16 auditores da equipe da GEAUD-SUS da SES-GO. As atividades de auditoria foram desenvolvidas no período entre 24/03/2023 a 29/08/2023, com um tempo total de 158 dias, um prazo médio de 141,67 dias (mínimo de 134 dias e máximo de 158 dias). A principais não conformidades encontradas foram:

- Inconsistências no preenchimento de prontuários e APAC: presente em seis (06) dos seis (06) relatórios.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) desatualizado: presente em quatro (04) relatórios.
- Ausência de normas e rotinas de funcionamento para o serviço de oftalmologia: presente em três (03) relatórios.
- Não cumprimento das metas estabelecidas nos ajustes contratuais para os procedimentos de catarata e pterígio: presente em dois (02) relatórios.

- Certificado de Regularidade junto ao Conselho de Medicina de Goiás (CREMEGO) com data vencido: presente em dois (02) relatórios.
- Ausência de Certificado de Conformidade (CERCON) do Bombeiros: presente em dois (02) relatórios.

E ainda, as seguintes não conformidades presentes em apenas um (01) dos seis (06) relatórios da atividade em questão:

- Ausência de Alvará de Licença Sanitária vigente.
- Inadequações no processamento dos dados e faturamento dos procedimentos de interesse.
- Programação Físico Orçamentária (FPO) desatualizada.
- Ausência de conta bancária específica para movimentação dos recursos oriundos de Convênio.
- Não atender os critérios mínimos de habilitação, no que se refere a equipamentos.

No que se refere à principal constatação não conforme, que se repetiu em todas as auditorias, foram analisados um total de 1319 prontuários e APAC, e observou-se que 96,96% dessa amostra (1279 prontuários) apresentavam algum tipo de inconsistência de preenchimento. As principais inconsistências apontadas nos Relatórios de Auditoria foram:

- Rasuras ou preenchimento incompleto ou ilegível: 946 prontuários (71,72%).
- Ausência de descrição da justificativa do procedimento: 503 prontuários (38,13%).
- Ausência de indicação do olho submetido ao procedimento: 284 prontuários (21,53%).
- Código Internacional de Doenças (CID) apresentando inconsistências: 154 prontuários (11,68%).

Os resultados acima descritos possibilitaram a percepção de problemas sistêmicos e recorrentes no processo de regulação das cirurgias de catarata e pterígio, desde as solicitações e preenchimento das APAC até a sua autorização, fato que motivou a elaboração de sugestões à GERCE após a conclusão dos 06 relatórios:

- Necessidade de uma revisão interna, e junto aos prestadores, dos critérios mínimos de preenchimento das APAC e/ou envio de informações complementares, sem as quais torna-se inviável a autorização dos procedimentos, tais como: indicação do olho a ser cirurgiado, biomicroscopia, informações de biometria, justificativa do procedimento, CID incompatível.
- Necessidade de implementar ferramentas ao Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas (RegNet) que favoreçam o trabalho da equipe de regulação (campos obrigatórios conforme os "critérios mínimos" previamente definidos, vinculando o envio da APAC ao completo preenchimento dos dados; alerta para olho já operado, cruzamento de dados de novas APAC com outras anteriormente apresentadas).

Considerações finais: As recomendações elaboradas para cada constatação não conforme, individualmente, em cada um dos relatórios, juntamente com as sugestões enviadas à GERCE, poderão subsidiar ações na gestão das unidades e no processo de regulação como um todo e, quando implementadas, poderão impactar na melhoria no processo e na assistência em oftalmologia oferecida pelo SUS no Estado de Goiás. A prática aqui estabelecida, pode e deve ser replicada para outros grupos de auditoria, visto que alcançou uniformidade metodológica, objetividade, padrão e qualidade nos Relatórios Finais.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde; Auditoria em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM dos SUS [Internet]. Acessado em 25 de outubro de 2023. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp?first=10>.
2. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acessado em 25 de outubro de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
3. Brasil. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Acessado em 25 de outubro de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm.

4. Luis A. Carvalho B. Souza MDF. Boas MIV. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 901-911.

QUADRANTE CARTESIANO DA SAÚDE: AVALIAÇÃO ESTRATÉGICA E GESTÃO

VELASCO, Wisley Donizetti¹
LIMA, Rhalcia Cristina de Melo²

1 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus; wisley.info@gmail.com

2 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

RESUMO

Introdução: A avaliação estratégica em saúde, em sua abordagem mais ecológica, tem, geralmente, os municípios como a sua unidade de análise, mas pode ser outras, como estabelecimentos prestadores de serviços de saúde. Este tipo de análise pressupõe uma equivalência de condições sob pena de obter-se resultados equivocados dada a heterogeneidade destas unidades de análise. Dito de outra forma, é mister comparar os comparáveis. Faz-se necessário, portanto, classificar estes municípios à luz de critérios específicos. Assim, a busca por processos analíticos desta natureza fez com que fosse desenvolvido o *Quadrante Cartesiano Analytic* (QC), metodologia de análise visual de dados adaptada do Magic Quadrant (MQ) do Gartner, cuja essência é gerar uma representação gráfica do desempenho dos municípios em um determinado contexto avaliativo, bem como suas tendências (GARTNER, 2023a). objetivou-se, assim, o desenvolvimento de uma metodologia de análise que fosse capaz de avaliar e classificar municípios ou estabelecimentos de saúde em um determinado contexto avaliativo com base em critérios específicos, proporcionando uma representação visual das suas posições relativas para ajudar na tomada de decisões informadas por parte dos gestores. **Relato de Experiência:** O QC se propôs a comparar municípios por meio de uma matriz bidimensional suportado por critérios objetivos previamente definidos. (GARTNER, 2023b). Conceitualmente baseia-se no princípio matemático do plano cartesiano de René Descartes (SANTOS; CRUZ, 2018), também conhecido como eixo cartesiano, o qual é formado por duas retas perpendiculares entre si, uma na horizontal, conhecida como eixo das abscissas ou *eixo-x*, e outra na vertical, conhecida como eixo das ordenadas ou *eixo-y*. Logo, o plano cartesiano permite, por meio de um par ordenado (x, y), encontrar sua localização no plano (SILVA; RAMALHO, 2016). Desse modo, QC apresenta-se como uma ferramenta de suporte à decisão e consiste na caracterização gráfica de elementos, unidades de análises ou pontos de dados, que possam se destacar em relação aos demais por meio de suas

coordenadas (x ; y) dispostas em um plano cartesiano representado por um gráfico tipo diagrama de dispersão a partir de dois indicadores numéricos distintos. Pode ser usado para classificar municípios e situações em um contexto específico com base em critérios predefinidos. Por ser representado graficamente em um gráfico de quadrante, torna-se mais fácil para os gestores estadual e municipais visualizarem a posição relativa dos municípios, bem como fornecer uma perspectiva visual de suas potencialidades e limitações. O diagrama de dispersão é um tipo de gráfico muito útil para identificar padrões nos dados, pois é possível dividi-los em grupos com base no quão próximos eles estão e como se agrupam (TOUCHETTE; MACDONALD; LANGER, 1985). Pode-se, ainda, gerar limites horizontais para o *eixo-x* e verticais para o *eixo-y*, denotando valores de referências, segmentando, assim, os dados em diferentes partes a fim de determinar em que região do gráfico cada ponto é alocado aferindo desta forma qual é a sua condição. Dá-se a estas regiões o nome de Quadrantes e são em número de quatro. Seguindo um sentido anti-horário, a começar do lado superior direito e tomando como referência os limites horizontais e verticais gerados, podem ser definidos como: **Q1 - Alto-Alto:** Quando tanto o valor do indicador representado no *eixo-x* e y estão acima dos limites de referências definidos; **Q2 - Alto-Baixo:** Quando o valor do indicador representado no *eixo-x* está acima do limite de referência definido e o representado no *eixo-y* está abaixo; **Q3 - Baixo-Baixo:** Quando tanto o valor do indicador representado no *eixo-x* e y estão abaixo dos limites de referências definidos; e **Q4 - Baixo-Alto:** Quando o valor do indicador representado no *eixo-x* está abaixo do limite de referência definido e o representado no *eixo-y* está acima. Cada um dos quadrantes elencados possui distintas características. Seja uma hipotética avaliação de um município em que seu desempenho na prestação de serviços de saúde esteja pautado por dois aspectos específicos, quais sejam, capacidade instalada, disposto no *eixo-y* do diagrama de dispersão, e de atendimentos (acesso), disposto no *eixo-x*. Mediante a localização desta coordenada em algum dos quadrantes do gráfico, estes poderiam ser assim nomeados: **Q1 – Líderes:** são os municípios que mais se destacam. Apresentam uma melhor capacidade instalada e conseguem fazer um uso racional e eficiente dela, de tal sorte que conseguem prover uma maior quantidade de atendimentos. **Q2 – Desafiantes:** são municípios bem estruturados, isto é, dispõem de uma boa capacidade instalada, mas tendem a ficar aquém do que poderiam realizar em relação aos atendimentos e uso de sua infraestrutura, ou seja,

mantém uma capacidade instalada maior, porém não conseguem traduzi-la em termos de atendimentos. Dito de outra forma, poder-se-ia dizer que são municípios menos eficientes em alocar seus recursos em favor dos usuários. Ressalta-se que diversas questões necessitam ser levadas em consideração e é preciso haver critério na análise sob pena de depreender compreensões equivocadas do que é ter uma melhor infraestrutura associada a uma capacidade de atendimento menor. **Q3 – Standard:** são os municípios mais triviais, isto é, aqueles que não se destacam por sua infraestrutura e capacidade de atendimentos. São mais dependentes de suas referências por serem menores no que tange ao seu porte populacional, deste modo, sem as condições necessárias para a instalação de serviços. Geralmente pactuam e contratualizam ações e serviços de saúde com suas referências regionais. **Q4 – Visionários:** são municípios que conseguem realizar mais com menos, isto é, são mais eficientes porque conseguem atender mais usuários dispondo de menos recursos tecnológicos, ou seja, com uma capacidade instalada menor. Deu-se o exemplo de um município, mas dada a sua versatilidade avaliativa, pode ser empregado em diferentes segmentos da saúde como a avaliação de hospitais, classificando-os com base em indicadores de qualidade, eficiência, acesso aos cuidados de saúde e engajamento do paciente, avaliação da qualidade de prestadores de serviços de saúde, levando-se em consideração aspectos como qualidade dos serviços, experiência do paciente e resultados clínicos, etc. Em suma, o QC tem por principal finalidade definir a capacidade que um município, localidade ou instituição que presta serviços de saúde de forma geral, tem de se destacar em relação aos demais, concernentes aos objetivos propostos na análise e dos critérios previamente definidos.

Referências

1. GARTNER. What Does Gartner Magic Quadrant Mean? Information Technology - Gartner Glossary, 2023a. Disponível em: <<https://www.gartner.com/en/information-technology/glossary/magic-quadrant>>. Acesso em: 3 mar. 2023.
2. _____. Magic Quadrant Research Methodology. 2023b. Disponível em: <<https://www.gartner.com/en/research/methodologies/magic-quadrants-research>>. Acesso em: 3 mar. 2023.
3. NEW SPACE ECONOMY. What is gartner’s “Magic Quadrant” and relevance to the space economy – a quick overview. Market Research, Analysis, and Resources, fev. 2023. Disponível

em: <<https://newspaceconomy.ca/2023/02/10/what-is-gartners-magic-quadrant-and-how-does-it-relate-to-the-space-economy-a-quick-overview/>>.

4. SANTOS, R. L. Dos; CRUZ, F. G. Da. A Matemática de René Descartes. Boletim Cearense de Educação e História da Matemática, 1 jun. 2018. v. 3, n. 8, p. 30–47. Disponível em: <<https://revistas.uece.br/index.php/BOCEHM/article/view/75>>.
5. SILVA, G. P. Da; RAMALHO, T. H. G. O jogo batalha naval: uma experiência no estudo do plano cartesiano. Revista Educação e Cultura em Debate, 2016. v. 2, n. 2. Disponível em: <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaISE/article/view/258>>.
6. STIENNON, R. 3 Things You Need to Know About Gartner Magic Quadrants. CIO, 2012. Disponível em: <<https://www.cio.com/article/286893/3-things-you-need-to-know-about-gartner-magic-quadrants.html>>. Acesso em: 3 mar. 2023.
7. TAYEB, H. Is the Gartner Magic Quadrant Obsolete? Technews World, 2020. Disponível em: <<https://www.technewsworld.com/story/is-the-gartner-magic-quadrant-obsolete-86789.html>>.
8. TOUCHETTE, P. E.; MACDONALD, R. F.; LANGER, S. N. A scatter plot for identifying stimulus control of problem behavior. Journal of Applied Behavior Analysis, 1985. v. 18, n. 4, p. 1308031. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1901/jaba.1985.18-343>>.

AÇÕES DE PREVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM APARECIDA DE GOIÂNIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CAPARROZ, Dayanne Priscylla Pires de Deus¹

DICKMANN, Ana Mari Soares²

PAIVA, Ana Cláudia Jaime³

1 - Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia e Goiânia, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; dayannecaparroz@gmail.com

2 - Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia e Goiânia; anadickm@hotmail.com

3 - Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia e Goiânia, anajaimapaiva@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Saúde do Trabalhador é um campo da saúde coletiva que se destina, por meio das ações de vigilância em saúde sobre a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim repercutindo diretamente nos aspectos laborais dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A atenção integral à saúde do trabalhador, é realizada por meio da política nacional de saúde do trabalhador que cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). A Renast compreende uma rede de serviços de assistência e vigilância em saúde no âmbito do SUS e tem por objetivos ampliar o acesso e executar ações de promoção, proteção, prevenção e de vigilância em saúde, bem como na assistência especializada em saúde do trabalhador; estimular a articulação e a integração com as demais Redes do SUS, qualificando as ações de saúde do trabalhador nos territórios. A Renast possui como principal componente o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). O conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes relacionados aos ambientes e processos de trabalho da saúde individual e coletiva dos trabalhadores, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde da população trabalhadora. **Objetivo:** Relatar a experiência sobre a roda de conversa “Outubro Rosa – Mês de Conscientização sobre o câncer de mama”, com profissionais de saúde de Aparecida de Goiânia. **Descrição da Experiência:** Trata-se de relato de experiência, a partir das ações de educação em saúde aos Trabalhadores da Saúde, promovidos pela Vigilância em Saúde do trabalhador em alusão ao Outubro Rosa. Essas atividades foram desenvolvidas em 05 unidades de saúde de Aparecida

de Goiânia sendo elas: Upa Flamboyant, Upa Brasicon, Upa Buriti e Mini Cais Colina Azul, Cais Nova Era e Vigilância Epidemiológica. Inicialmente foi realizado o planejamento das atividades, bem como o cronograma para execução em conjunto com diretores e responsáveis técnicos. Foi elaborado convite em tipo de flyer digital, divulgado aos profissionais da unidade por meio de mídias sociais informando sobre a atividade, orientando a vestirem-se de rosa, reafirmando o engajamento da ação. Antes de cada reunião, foi promovido a organização e adequação do ambiente com balões e faixas decorativas e banners para tornar o ambiente acolhedor. Os profissionais de saúde foram recepcionados com bem-vindos em momento de descontração. Em seguida foi realizada uma explanação sobre a importância do autocuidado, principalmente na categoria da saúde em que tem o predomínio de mulheres, valorizando sua autoestima e bem-estar. O ápice da roda de conversa se deu no momento da dinâmica apresentada como “Mama Quente”, que faz alusão às brincadeiras folclóricas de rodas e jogos populares que fazem parte da cultura brasileira. A “mama quente” foi construída por meio de materiais de papelaria e isopor em formato de mama que em seu interior continha perguntas e respostas. A dinâmica de roda ocorreu aos sons de palmas e músicas, e ao silenciar o participante realizava a leitura da pergunta. O moderador da dinâmica abria a questão a todos que respondiam conforme suas percepções, e após esse momento, o moderador realizava a retomada à temática trazendo os conceitos e respostas às questões. Participaram da roda de conversa e da dinâmica 181 profissionais atuantes na atenção em saúde em unidades de urgência e emergência e também vigilância epidemiológica. As categorias dos profissionais participantes englobam desde a equipe administrativa, profissionais de limpeza, equipe de enfermagem e médicos, dentre outros.

Considerações finais: Estes profissionais mostraram-se participativos, descontraídos, expressaram a importância do autocuidado e também à ênfase na divulgação das informações à população por eles atendidas de modo buscar melhores hábitos e comportamentos capazes de promover melhor condição de saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Roda Conversa; Prevenção de Doenças; Educação em Saúde.

MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

LIMA, Rhalcia Cristina de Melo¹

VELASCO, Wisley Donizetti²

SANTOS, Paulie Marcelly Ribeiro dos Santos³

DOURADO, Péricles Lopes⁴

1 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus; rhalcialima17@gmail.com

2 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

3 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

4 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus.

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm origem não infecciosa e são compostas pelas doenças respiratórias crônicas (DRC), neoplasias malignas ou cânceres (CA), diabetes mellitus (DM) e doenças do aparelho circulatório (DAC). Em todo o mundo, essas doenças são responsáveis por 63% das mortes, correspondendo a 36 milhões de óbitos anualmente e dentre essas, 15 milhões ocorrem prematuramente em indivíduos com menos de 70 anos de idade ([WHO, 2017](#)). As maiores taxas de incidência de DCNTs são apresentadas pelos países desenvolvidos. Entretanto, 80% dos óbitos ocorrem em países de baixa e média renda com mais de 30% dessas mortes em indivíduos com menos de 60 anos de idade devido às desigualdades de acesso à alimentação, educação e atenção à saúde ([GBD 2019, 2020](#); [PULLAR et al., 2018](#)). Ressalta-se, ainda, que esses determinantes sociais somados ao crescimento dos fatores de risco modificáveis e aos efeitos das crises econômicas e políticas, que afetam as políticas sociais, a qualidade dos serviços, os indicadores e o sistema de saúde, contribuem para o aumento dessas taxas de incidência ([PAES-SOUSA; DE ANDRADE SCHRAMM; PEREIRA MENDES, 2019](#); [STRINGHINI et al., 2017](#)). No Brasil, as DCNTs foram responsáveis por mais de 70% das mortes, além de acarretar a perda da qualidade de vida, limitações e incapacidades, bem como a contribuição para um aumento no número de óbitos prematuros ([BRASIL, 2011](#); [MALTA et al., 2020](#); [DE AZEREDO PASSOS et al., 2020](#)). Diante desse cenário, e na perspectiva de enfrentamento das DCNTs, foi instituído em 2011 o Plano de Ações Estratégicas (2011-2022) com meta de reduzir, anualmente, 2% da taxa de mortalidade prematura ([BRASIL, 2011](#)). **Objetivos:** Apresentar a taxa de mortalidade prematura pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de Goiás. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento no

Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) a taxa de mortalidade prematura pela Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de Goiás nos anos de 2011, 2012, 2014, 2017 e 2021, enquanto que as estimativas populacionais foram extraídas do DATASUS. Considerando o contexto geral do país, levantou-se dentre as doenças crônicas não transmissíveis, quais as predominantes e no caso do Estado de Goiás, ressaltou-se a taxa de óbito das doenças predominantes. Foi realizado também um levantamento da taxa de mortalidade no Estado de Goiás com suas projeções das taxas esperadas entre os anos de 2020 a 2030 para o cânceres de mama, colo do útero e do aparelho digestivo. **Resultados e Discussão:** Em Goiás, a meta proposta foi alcançada apenas no ano de 2016 (2,46%), com uma taxa de 284,86/100.000 habitantes com aumento da taxa de óbitos prematuros pelas DCNTs nos anos de 2011 ($\uparrow 1,54\%$; 292,64/100.000 habitantes), 2012 ($\uparrow 1,91\%$; 298,22/100.000 habitantes), 2014 ($\uparrow 0,36\%$; 294,43/100.000 habitantes), 2017 ($\uparrow 1,79\%$; 289,96/100.000 habitantes) e 2021 ($\uparrow 2,84\%$; 286,82/100.000 habitantes). No contexto geral do país, entre as principais DCNTs, observa-se predomínio das doenças do aparelho circulatório (31,3%), seguida pelo câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) ([MALTA et al., 2014](#)). De modo semelhante, as doenças do aparelho circulatório são as mais prevalentes em Goiás, com uma taxa de óbito variando de 51,09 a 49,24/100.000 habitantes no período de 2012 a 2021. Em relação as neoplasias malignas, as mesmas ocupam a segunda colocação com tendência de aumento, com uma taxa que variou de 33,48 a 35,34/100.000 habitantes para o mesmo período. O diabetes *mellitus* ocupa a terceira posição com tendência de aumento e sua taxa variou de 7,62 a 8,77/100.000 habitantes. Ocupando a última posição, as doenças das vias aéreas superior/inferior apresentaram taxa de 7,81 a 6,66/100.000 habitantes. Nessa perspectiva, e avaliando-se a projeção dos dados entre as duas principais causas de morte prematura em Goiás: doenças do aparelho circulatório e neoplasias, existe a tendência de um aumento na taxa de óbitos por neoplasias que deverá ultrapassar as doenças do aparelho circulatório até o ano de 2034, doze anos a contar do presente ano, configurando como a mais prevalente dentro o grupo das DCNTs e, conseqüentemente, a principal causa de morte prematura por DCNTs. A partir do balanço do Plano de DCNT 2011-2022 e com intuito de identificar avanços e desafios em relação às metas propostas, foi elaborado um novo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Esse plano foi construído

alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e dentre as propostas vigentes, destacam-se três ações voltadas para a redução do câncer, especificamente, de mama, de colo do útero e do aparelho digestivo ([BRASIL, 2021](#)). A taxa de mortalidade prematura por câncer de mama no Estado de Goiás, entre os anos de 2012 a 2020, bem como, a projeção da tendência no período de 2021-2030. Entre 2012 a 2020, a taxa de óbito variou de 18,52 a 22,41/100.000 mulheres, atingindo um pico máximo de 23,02/100.000 mulheres no ano de 2017. Considerando a perspectiva de redução de 1% ao ano dos óbitos prematuros, a taxa esperada (meta) deve variar de 22,19 a 20,27/100.000 mulheres. No entanto, observa-se uma projeção de aumento nesta taxa de 22,41/100.000 mulheres chegando a 27,22/100.000 mulheres até o ano de 2030, o que corresponde a um aumento percentual em torno de 21% no decorrer do período. Entre os anos de 2012 a 2020, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero variou de 9,09 a 9,54/100.000 mulheres, atingindo valores máximo de 10,78/100.000 mulheres no ano de 2018. Como a nova proposta, a projeção da taxa esperada (meta) propõe uma variação de 9,35 a 7,80 óbitos por 100.000 mulheres. No entanto, a taxa projetada deve variar de 9,54 a 12,43/100.000 mulheres, até o ano de 2030, ou seja, um aumento em torno de 31% no decorrer do período de vigência do plano de enfrentamento. Em relação a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por neoplasias do aparelho digestivo, houve variação de 31,67 a 36,33 óbitos/100.000 habitantes, no período de 2012 a 2020. Com o intuito de atingir a meta proposta, a taxa esperada (meta) entre os anos de 2020 a 2030, deveria variar de 36,33 a 32,86/100.000 habitantes. No entanto, de acordo com os dados, a taxa projetada para o mesmo período, apresenta uma variação de 36,33 a 41,52/100.000 habitantes, totalizando um aumento em torno de 14%. **Considerações finais/Conclusões:** Diante dos dados apresentados, ressaltamos a necessidade de que ações sejam implementadas objetivando o cumprimento das novas metas propostas, a fim de que a taxa de mortalidade prematura causada pelo câncer de mama, colo de útero e neoplasias digestivas reduzam e, consequente, impacte na taxa de Mortalidade prematura causada pelo conjunto das quatro Principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Sugestiona-se, ainda, que se possível for, que a meta definida possa ser revista dado que o ritmo médio de redução da taxa é de cerca de 0,32% ao ano, distante dos 2% estabelecidos. **Agradecimentos:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES.

Palavras-chave: DCNT; Doenças Crônicas; Não transmissíveis.

Referências

1. BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [s.l: s.n.].
2. BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas E Agravos Não Transmissíveis no Brasil - 2021-2030. [s.l: s.n.]. v. 1.
3. DE AZEREDO PASSOS, V. M. et al. The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: Results of the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. Suppl 1, p. 1–16, 2020.
4. GBD 2019. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories , 1990 – 2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, 2020.
5. MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014.
6. MALTA, D. C. et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: National and subnational estimates and projections for 2030. **Population Health Metrics**, v. 18, n. Suppl 1, p. 1–14, 2020.
7. PAES-SOUSA, R.; DE ANDRADE SCHRAMM, J. M.; PEREIRA MENDES, L. V. Fiscal Austerity and the health sector: The cost of adjustments. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4375–4384, 2019.
8. PULLAR, J. et al. The impact of poverty reduction and development interventions on non-communicable diseases and their behavioural risk factors in low and lower-middle income countries : A systematic review. **PLOS ONE** n. 23, 2018.
9. STRINGHINI, S. et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1229–1237, 2017.
10. WHO - World Health Organisation. “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, v. 17, n. 9, p. 28, 2017.

CONTRIBUIÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA NA ARTICULAÇÃO DE PARCERIAS PARA PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

VIEIRA, Maria Aparecida Silva Dias¹
ALMEIDA, Robélia Pondé Amorim de²

1- Coordenação de Pesquisa e Análise/ GVEDT/SUVISA/SES-GO; Contato: masdv.psi@gmail.com

2- Coordenação de Pesquisa e Análise/ GVEDT/SUVISA/SES-GO; Contato: rpaacarvalho@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Violência Autoprovocada, que inclui suicídios, tentativas e automutilações, é uma urgente questão mundial de saúde pública, que requer ação coletiva. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a taxa de mortalidade por suicídio tem aumentado na Região das Américas e diminuído em todas as outras regiões da Organização Mundial da Saúde, ressaltando a necessidade de sua prevenção como prioridade de saúde pública, pois tem efeitos que afetam indivíduos, famílias, comunidades e sociedade. A pandemia da COVID-19 agravou a situação, contribuindo para o aumento da prevalência das doenças de saúde mental e prejudicando serviços essenciais nessa área. Outras emergências humanitárias, incluindo a migração, também representam uma ameaça à saúde mental¹. Fukumitsu ressalta que a prevenção e posvenção do suicídio não é trabalho solitário, deve ser um trabalho interdisciplinar, com profissionais envolvidos e em parceria com a família². A Vigilância Epidemiológica é entendida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de adotar e recomendar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos³. Assim, muito tem a contribuir nas ações de prevenção e posvenção da Violência Autoprovocada. **Objetivos:** A partir da descrição da situação epidemiológica da Violência autoprovocada de 2012 a 2022, que inclui períodos antes, durante e após a pandemia da COVID-19, relatar a experiência de intervenção com parceria interinstitucional e interdisciplinar, para apoio a uma família, residente em Goiás/GO, enlutada por suicídio e com risco de suicídio de outro familiar, em 2020. **Descrição da Experiência:** Realizou-se estudo epidemiológico descritivo das notificações de violências autoprovocadas registradas no SINAN, no período de 2012 a 2022, para compreensão das variações provocadas pelo período

pandêmico. Notou-se aumento das notificações de Violência Autoprovocada no Brasil e em Goiás, com queda no ano de 2020, período de sobrecarga para providências da saúde pública relativas à COVID-19, com retomada do crescimento das notificações posteriormente ao período pandêmico. Destaca-se que a prevalência da incidência da Violência Autoprovocada no Brasil saltou de 10,67 em 2012 para 71,06 em 2022. E em Goiás, saltou de 7,93 em 2012 para 82,31 em 2022⁴, evidenciando aumento bem expressivo, o que demonstra necessidade premente de políticas públicas, providências e intervenções diversas, tanto na saúde pública, quanto nas famílias e sociedade, no trabalho de prevenção e posvenção. A articulação das parcerias entre instituições de São Paulo, Goiânia e o CAPSI//GO, para o acolhimento e apoio à família enlutada, que dependia dos atendimentos do SUS, e houve interrupções e restrições devido à pandemia, no ano de 2020, aliado ao atendimento da família, além do uso de Tecnologias de Informação e a Comunicação (TICs), bem difundidos na pandemia, foi de fundamental importância para o sucesso das intervenções. **Considerações finais:** A articulação ágil de profissionais atualizados, da rede SUS e de apoio social, assim como de instituições voluntárias, famílias e sociedade, são de fundamental importância para intervenções bem sucedidas quanto à Violência Autoprovocada.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Violência autoprovocada; Suicídio; Saúde mental.

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio 2023. [Acesso em 2023 out 30]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2023>
2. Fukumitsu, K O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. Psicol USP, São Paulo. 2014 dez; v. 25, n. 3: 270-5. [Acesso em 2023 out 30]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/dn4bjQ5DWvmVx5RkWH6HS7w/?format=pdf&lang=pt>
3. Brasil (BR). Presidência da República. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Acesso em 2023 out 30]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). DATASUS [Internet] [Acesso em 2023 out 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinanet/cnv/violego.def>

PAINEL DE TENDÊNCIAS EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS

VELASCO, Wisley Donizetti¹

LIMA, Rhalcia Cristina de Melo²

SANTOS, Paulie Marcelly Ribeiro dos Santos²

1 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus; wisley.info@gmail.com

2 - Secretária de Estado da Saúde de Goiás - ConectaSus;

RESUMO

Introdução: Ao longo dos anos e com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi possível identificar as mudanças no perfil epidemiológico no país com a queda acentuada da mortalidade ocasionada pelas doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, o que promoveu o aumento da expectativa de vida saudável da população. Nessa perspectiva, os indicadores em saúde apresentam-se como fundamentais para auxiliar a tomada de decisão dos gestores, uma vez que mensuram e refletem determinada situação e por converter dados em informação, direcionando assim, as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, programas e políticas públicas. No entanto, inúmeras barreiras são apresentadas para a não apropriação e/ou utilização de indicadores como ferramenta gerencial, as quais estão relacionadas, especialmente, ao acesso aos Sistemas de Informações em Saúde, seja pela lentidão ou falta de integração entre os sistemas e necessidade de profissionais capacitados para a sua operacionalização, entre outras. Nesse sentido, diversas estratégias têm sido utilizadas e desenvolvidas pelas secretarias de saúde para a análise situacional de seu território e monitoramento dos indicadores de saúde. O Conecta SUS, que tem por missão contribuir com os gestores na tomada de decisões com base em evidências, dados e inovação, buscando a vanguarda deste processo de Monitoramento e Avaliação (M&A), modelou e arquitetou um painel de tendências em saúde que iria ao encontro das necessidades mais básicas do M&A de indicadores estratégicos. Inicialmente foram listados 42 indicadores para o Planejamento Estratégico. No entanto, percebeu-se a necessidade de reduzi-los. O ConectaSUS, então, propôs um número menor de indicadores, excepcionalmente estratégicos, para M&A e disponibilização por meio deste painel. Esses indicadores deveriam abranger várias

dimensões essenciais e serem concisos, tornando-se ferramentas de apoio à gestão e tomada de decisão. **Objetivos:** Relatar a experiência da construção do Painel de Tendências dos indicadores estratégicos da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Metodologia:** Inicialmente, foi realizado um estudo para a definição dos indicadores estratégicos que iriam integrar o referido painel. O mesmo foi pensado, arquitetado e modelado pela equipe do ConectaSUS e apresentado à alta gestão que, então, deu seu parecer favorável. A proposta foi desenvolvida tendo em vista os indicadores do Planejamento Estratégico (PE) da gestão 2020-2023 que correspondiam à proposta do Plano de Governo da atual gestão e aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Saúde e Bem-estar – Indicadores e metas. Para além disso, os mesmos foram organizados conforme suas dimensões de análise, sendo divididos em demandas, recursos, processos, produtos e resultados. Após a definição dos indicadores, foi verificado se os indicadores sugeridos estavam publicados no Guia de Qualificação de Indicadores da SES- GO (<https://guia-indicadores.saude.go.gov.br/index>), sistema onde estão disponibilizadas as fichas técnicas dos indicadores de saúde utilizados na Secretaria de Saúde. A equipe do Conecta SUS foi responsável pela idealização e arcabouço “técnico” do painel, enquanto que a sua construção ocorreu no âmbito da Gerência de Inovação da Superintendência de Tecnologia, Inovação e Saúde Digital da SES- GO. **Resultados e Discussão:** Inicialmente, o Painel de Tendências contará com quatro indicadores e, posteriormente, serão acrescentados os demais que deverão ser monitorados e avaliados pela Gerência. A página inicial do Painel apresenta uma visão geral de cada indicador por meio de uma barra de progresso, que demonstra a sua evolução ao longo do tempo em relação ao corrente ano, considerando a meta a ser alcançada. Esta barra de progresso dá-nos a medida de quanto fora alcançado pelo indicador e a quantos porcentos da meta se está, caso o indicador tenha tendência desejável de queda e quanto já passou, caso o indicador tenha a desejável tendência de aumento. Na parte superior há o ícone “Sobre o painel” que apresenta informações relacionadas ao painel e questões mais conceituais. Para isto foi redigido um texto com os seguintes tópicos: 1. “O que é análise de tendências?”, 2. “Uso do painel na gestão de indicadores estratégicos” e 3. “Como o painel de tendências funciona”. Esses tópicos buscaram possibilitar um melhor entendimento da proposta de desenvolvimento desta ferramenta de gestão. Ainda na página inicial, e para cada indicador, observa-se três ícones intitulados: “Detalhamento”, “Ficha indicador” e “Produto

técnico”, que direciona o usuário para páginas específicas e possibilita uma visão mais detalhada, de modo que os dados sejam melhor explorados. A página “Detalhamento” é o local onde apresenta-se as características a serem analisadas do respectivo indicador, com a visualização do mapa de Goiás, seus respectivos municípios e a classificação conforme o valor obtido em relação à meta do indicador, um panorama com os valores do indicador em anos anteriores e a meta proposta, um *ranking* do estado em relação às outras unidades da federação e o país, como o valor médio do indicador, a apresentação dos cinco estados que obtiveram os melhores resultados em determinado indicador e o gráfico de tendências. Em relação à visualização do mapa do Estado na página “Detalhamento”, o painel também apresenta a possibilidade de se alterar o ano do indicador, bem como a possibilidade de visualizar o indicador por Região de Saúde e Macrorregião. A página “Ficha indicador” direciona de forma automática para a ficha de qualificação do indicador, apresentando informações referentes ao uso, limitações, fórmula, parâmetro/meta, tabulação, fonte, entre outros, possibilitando a compreensão do indicador ora apresentado. A página “Produto técnico” apresenta todos os produtos desenvolvidos pela equipe do Conecta SUS, referente ao indicador selecionado. Como marco inicial de monitoramento, será desenvolvido um relatório de análise dos dados e tendências do indicador. Em seguida, e a partir do conhecimento do cenário em estudo, será elaborado uma síntese de evidências para nortear/propor ações estratégicas que auxiliem no alcance da meta proposta. A cada quadrimestre um novo relatório de tendências será elaborado para visualizar se as ações propostas/desenvolvidas foram efetivas ou se novas medidas precisam ser tomadas. Esse processo de M&A do indicador ocorrerá durante toda a gestão para subsidiar a tomada de decisão pela alta gestão em tempo hábil e oportuno. **Considerações finais:** Os indicadores de saúde são importantes para verificar a condição de saúde de uma população, em uma determinada localidade e período. No entanto, não podem ser vistos de forma isolada, sendo necessário a compreensão dos diversos fatores envolvidos, para além do dado em si. Portanto, é fundamental que os gestores de saúde se apropriem e utilizem os indicadores de saúde como ferramenta para o planejamento e direcionamento de ações oportunas, uma vez que elas refletem a realidade das condições de saúde de determinada localidade. Não obstante, embora haja um maior esforço para o alcance de certos indicadores, que são estabelecidos por instâncias superiores, é importante que também sejam identificados indicadores que

reflitam a especificidade de cada região. Nesse sentido, a utilização de inteligência artificial e a divulgação de dados por meio de painéis e plataformas em todos os níveis de gestão, seja em âmbito municipal, estadual ou federal, bem como as salas de situação de saúde, são exemplos de estratégias utilizadas para apoiar os gestores de saúde e contribuir para o melhor planejamento de suas ações. Com esse entendimento e com o aval da alta gestão da SES-GO foi proposto o desenvolvimento do Painel de Tendências dos indicadores estratégicos que serão M&A pelo ConectaSUS que, para além da proposta de divulgação dos dados em si, apresentará a elaboração de produtos técnicos específicos por meio da análise dos dados, discussão, reflexão das informações obtidas e produção de conhecimento sobre determinado indicador de saúde a partir da elaboração de sínteses de evidências. De fato, trata-se de um projeto inovador e que apresenta desafios para seu desenvolvimento. Pela entrega a que se propõem, é uma ferramenta de gestão estadual que poderá servir de exemplo para os demais entes federados.

Palavras-chave: Monitoramento e Avaliação; Indicadores Estratégicos; Tendências.

CAPACITAR PARA CUIDAR NA INTERNAÇÃO DE SAÚDE FUNCIONAL E REABILITAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CASTRO, Victor Augusto de¹
VIANA, Amanda Ramos²

1 - Especialista em Dermatologia e Tratamento de Feridas pela FaceMinas; Enfermeiro preceptor do Programa de Residência em área profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional e Uniprofissional, da Secretária de Estado de Saúde de Goiás (COREMU – SES/GO) Unidade CRER – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo; victoraugusto06091991@gmail.com

2 – Residente em saúde funcional e reabilitação pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás (SES- GO) Unidade CRER – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo; enfamanda.rv@gmail.com.

RESUMO

Introdução: A Pessoa com Deficiência (PcD) enfrenta uma condição que transpassa por aspectos históricos, culturais e sociais que produzem exclusão social e dificultam o acesso aos direitos básicos, na exposição da vulnerabilidade¹. Essas barreiras podem ser enfrentadas com participação de profissionais na área da saúde na assistência e atendimento integral, desde Atenção Básica até o serviço especializado na atenção terciária². Como alternativa, existem instituições assumem estes pacientes e ofertam capacitação com propósito da alta qualificada e segura³. Justifica-se interesse pela ciência para comunidade na capacitação dos pacientes do serviço especializado. O objetivo deste trabalho é relatar através de um relato de experiência a capacitação dos pacientes no programa “Capacitar para Cuidar” da internação de saúde funcional e reabilitação. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência de um enfermeiro preceptor e uma enfermeira residente, lotado na internação de saúde funcional e reabilitação do centro especializado. O estudo foi realizado no período de setembro a outubro de 2023, em dois momentos pela semana (terça-feira e quinta-feira) no período vespertino. Como critério de inclusão foram inseridos na descrição da experiência os pacientes que estavam internados na reabilitação com Projeto Terapêutico Singular (PTS) traçado pela equipe multiprofissional. A admissão do paciente na internação de saúde funcional e reabilitação ocorre por diversos meios: admissão ambulatorial (paciente encaminhado da Atenção Básica pela Central de Regulação ao serviço especializado, e subsequente, internação); transferência de outro hospital (paciente transferido após serviço de urgência e emergência pela Central de Regulação para

internação) e internação eletiva (paciente acompanhado no serviço especializado sucede avaliação do médico fisiatra encaminhamento para internação). A internação dos pacientes tem durabilidade média de 20-30 dias, com a clínica desde lesão medular (LM), lesão encefálica adquirida (LEA) até doenças autoimunes como neuromielite óptica, síndrome de Guillain Barre, entre outros. Equipe multiprofissional conta com as especialidades: médico fisiatra, enfermeiro, nutricionista, técnico de enfermagem, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e educador físico. Os objetivos são determinados após triagem do paciente na internação e a discussão do caso pela equipe multiprofissional. São utilizados dos instrumentos para alcance de metas durante internação: Spinal Cord Independence Measure (SCIM) e Medida de Independência Funcional (MIF). A equipe de enfermagem é responsável por monitorar função intestinal e vesical, controle e manejo de lesão (se houver), orientações sobre riscos de queda, broncoaspiração e trombose venosa profunda (TVP), além de compartilhar conhecimentos sobre Hipotensão Ortostática, Disreflexia Autonômica, Sondas e Dispositivos, Lesão por Pressão, Reeducação vesical e Intestinal, TVP e posicionamentos e Sexualidade, pelo programa “Capacitar para Cuidar”. O programa tem como objetivo capacitar o paciente e acompanhante com conhecimentos desenvolvidos na internação para os determinantes e condicionantes vindouros pertinente a alta qualificada e segura. O programa ocorre presencialmente no hall dos corredores do hospital especializado, nas terças-feiras ocorre para paciente com LEA, no turno vespertino, enquanto nas quintas-feiras, é ministrado conteúdo para os pacientes com LM. A capacitação destes pacientes é através de palestras por enfermeiros capacitados para assuntos determinados no PTS, utilizando recurso visual, como notebook ou instrumentos plastificados. Aos pacientes de precaução especial, em concordância com Comissão de Controle Infecção Hospitalar (CCIH) o enfermeiro utiliza instrumentos visuais e plastificados para exposição dos conhecimentos. Após o uso dos instrumentos é feito todo processo de desinfecção do instrumento. O enfermeiro na visita beira leito utiliza todos os equipamentos de proteção individual (EPI) de acordo com tipo de precaução. **Conclusão:** Considera-se importante a capacitação dos pacientes e acompanhantes para prevenção e reconhecimento de qualquer intercorrência que venha ocorrer em seus domicílios após a alta hospitalar.

Palavras-chave: Educação; Reabilitação; Paciente.

Referências

1. Amorim EG, Liberalli R, Medeiros Neta OM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. *Holos* 2018; 1:224-236.
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo (SEDPcD); 2012.
3. Farias TMO et al. O estreito acesso das Pessoas com Deficiência aos serviços de saúde em uma capital nordestina.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Anexo da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*; 2002.

SAÚDE NA PRAÇA: PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE

STEFANINI, Jaqueline Rodrigues¹

OLIVEIRA, Jordana Campos Martins de²

LUZ, Lucyana Silva³

RODRIGUES, Daianna Lima da Mata⁴

FRANCO, Telma Noletto Rosa⁵

NASCIMENTO, Yleris de Cássia de Arruda Mourão⁶

1 - Enfermeira, Tutora de Campo da COREMU - HGG

2 - Fisioterapeuta, Tutora de Fisioterapia da COREMU-HGG

3 - Enfermeira, Tutora de Enfermagem – COREMU - HGG

4 - Nutricionista, Tutora de Nutrição – COREMU - HGG

5 - Psicóloga, Tutora de Psicologia – COREMU - HGG

6 - Fonoaudióloga, Tutora de Fonoaudiologia – COREMU - HGG

RESUMO

Introdução: O Hospital Estadual Alberto Rassi - HGG tem a visão de contribuir de forma efetiva no diagnóstico precoce e na prevenção dos agravos de saúde. Neste contexto, a educação da população em temas relacionados à saúde pública, especialmente às doenças associadas ao envelhecimento, é considerada fundamental. O HGG desenvolve o Projeto Saúde na Praça, com objetivo de promover conhecimento para prevenção de doenças associadas ao envelhecimento da população de Goiânia. As ações desse projeto acontecem durante todo ano, mensalmente, com cronograma pré-estabelecido de acordo com as campanhas de conscientização do Ministério da Saúde. As ações têm o intuito de sensibilizar a população goiana quanto à importância do autocuidado e prevenção de doenças por meio de materiais educativos e atividades realizadas pela equipe multiprofissional. As ações envolvem os profissionais da saúde residentes junto aos tutores e preceptores das especialidades de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia. A equipe da residência multiprofissional em saúde planeja e executa as atividades de promoção da saúde relacionadas ao tema conforme o calendário do HGG. **Objetivo:** Relatar a experiência do planejamento e execução do projeto saúde na praça do HGG, desenvolvido como atividade teórico-prática do eixo de concentração do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Atenção Clínica Especializada, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Endocrinologia. **Descrição da experiência:** O Programa de Residência Multiprofissional do HGG é composto por uma tutora de campo, enfermeira,

responsável pelo eixo de concentração, quatro tutoras de núcleo responsáveis pelos eixos específicos, e 17 profissionais da saúde residentes das áreas de enfermagem, de fisioterapia, de fonoaudiologia, de nutrição e de psicologia. As ações de promoção da saúde são realizadas na praça em frente ao HGG, com infraestrutura de tendas no espaço de 30 m², 150 mesas e cadeiras, notebooks para cadastros e registro dos atendimentos, materiais para aferição de pressão arterial (esfigmomanômetro e estetoscópio), realização de HGT (Hemoglobina glicada) para verificação de glicemia (aparelho, lancetas, fitas, algodão, álcool e caixa para perfurocortantes). Os atendimentos de aferição de pressão arterial e verificação de glicemia são realizados pelos estudantes técnicos de enfermagem do Instituto Federal de Goiás (IFG), trata-se de uma ação intersetorial que envolve instituição de ensino e serviço de saúde. Os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional são personalizados de acordo com o tema, nesse contexto, os materiais didáticos e as ações a serem realizadas são elaborados pelos profissionais residentes junto às tutoras de eixo específico sob a coordenação da tutora do eixo de concentração. Nesse processo, foram feitos folders, banner, simulação de higienização das mãos com luz negra, simulação de ventilação mecânica com pulmão, administração de testes e escalas, jogos interativos, exposição de materiais, coleta e exame de urina, exame de espirometria. São realizadas em média duas ações de promoção da saúde no mês, com aproximadamente 120 atendimentos em cada uma delas. No período de setembro de 2022 a agosto de 2023 foram desenvolvidos os seguintes temas: mês de setembro/2022 - Dia nacional de doação de órgãos em que foi realizado um jogo interativo; e Dia mundial de conscientização da doença de Alzheimer com aplicação de testes da memória e escalas; mês de outubro/2022 - Outubro Rosa: Diagnóstico precoce salva vidas em que foi feita a orientação do autoexame da mama por meio de folders informativos e encaminhamento ao exame de mamografia para a população de risco; e Dia mundial do AVC; mês de novembro/2022 - Dia Mundial do Diabetes e Dia mundial de DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica, nesta edição foram realizados aproximadamente 60 exames de espirometria; mês de dezembro/2022 - Residentes em Ação: saúde de milhões; mês de janeiro/2023 - Promoção da Saúde Mental; mês de fevereiro/2023 - Previna-se! Com a saúde não se brinca; mês de março/2023 - Dia mundial do rim, nesta edição foi realizada a coleta e exames de urina; e Prevenção câncer colo retal; mês de abril/2023 - Dia mundial de prevenção e combate à hipertensão arterial; mês de maio/2023 - Dia Mundial de

higienização das mãos; mês de junho/2023 - Campanha de prevenção de doenças respiratórias; mês de agosto/2023 - Dia nacional de combate ao colesterol e Dia Nacional de Combate ao Fumo. O desenvolvimento do Projeto Saúde na Praça como atividade teórico-prática do eixo de concentração proporciona aos profissionais residentes o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe, desenvolvimento de competências e habilidades para atuar na promoção, prevenção e reabilitação de doenças, além da experiência de atividades de educação em saúde para comunidade no cenário extra-hospitalar. Nessa atividade os profissionais são treinados para identificar os fatores de risco e fazer as orientações com assertividade, incluindo informações sobre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A promoção da saúde, neste contexto, extra-hospitalar, possibilita uma abordagem holística para a saúde, que considera não apenas a ausência de doenças, mas também o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. **Considerações finais:** Ao promover a saúde, os profissionais capacitam os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a assumirem um papel ativo em sua própria saúde. Isso pode envolver educar os usuários sobre suas condições de saúde, ensinar habilidades de autocuidado e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis. Profissionais de saúde treinados na promoção da saúde podem ajudar as pessoas a melhorar sua qualidade de vida, não apenas tratando doenças, mas também promovendo o bem-estar geral e a satisfação com a vida.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Promoção da Saúde; Educação em Saúde.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. [Brasília]: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf
2. CARNAÚBA, J. P.; FERREIRA, M. J. M. Competências em promoção da saúde na residência multiprofissional: capacidade de mudanças e advocacia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2227–2236, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05802023>
3. SEABRA, C. A. M., XAVIER, S. P. L., SAMPAIO, Y. P. C. C., OLIVEIRA, M. F. DE ., QUIRINO, G. DA S., & MACHADO, M. DE F. A. S. Health education as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia**, v. 22, n.4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>

4. PEDUZZI, M., AGRELI, H. L. F., SILVA, J. A. M. da ., & SOUZA, H. S. de . Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação E Saúde**, 18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

DIA-A-DIA DA GERÊNCIA DE AUDITORIA DO SUS DA SES-GO

LIMA, Alessandra Rodrigues de Almeida¹

WILLIK, Júlia Elisa²

FERNANDES, Nilton Inácio³

MOHN NETO, Carlos Rodolfo³

ROCHA, Camila Oliveira³

1 – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; alessandra.lima@goias.gov.br.

2 – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

3 – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

RESUMO

Introdução: “No setor Público temos instituições do século XIX, usando tecnologias do século XX, para lidar com problemas do século XXI”¹ que descreve muito bem os desafios enfrentados no Sistema Único de Saúde (SUS). No SUS a eficiência da boa utilização de recursos com oferta de serviços de qualidade, ainda é premente. E o papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) está alicerçado em subsidiar gestores nesse processo, com orientações embasadas na legislação vigente, com foco da eficiência, eficácia e qualidade. Nesse contexto, onde não se pode abrir mão dos caminhos metodológicos, processuais e aparato legal, talvez, a maior inovação seja desconstruir a representação social de inovação como sinônimo de novas tecnologias e passar a enxergar inovação com foco nas pessoas. Considerando que ainda é um desafio institucionalizar e padronizar as práticas de auditoria no âmbito da gestão do SUS, a experiência aqui apresentada se justifica na busca de superar tal desafio². **Objetivo:** O objetivo da Gerência de Auditoria do SUS (GEAUD-SUS) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) foi fomentar o aprimoramento das práticas adotadas nos trabalhos administrativos e técnicos, de forma a agregar qualidade e objetividade aos produtos entregues. **Método:** A partir do conceito de *Design Science* que é “a ciência que procura desenvolver e projetar soluções para melhorar sistemas existentes, resolver problemas ou, ainda, criar novos artefatos que contribuam para uma melhor atuação humana, seja na sociedade, seja nas organizações”³, foram delineadas e executadas as seguintes ações:

- 1) Mapeamento do fluxo processual das atividades técnicas de auditoria, bem como das atividades administrativas de suporte.

- 2) Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para todas atividades internas da GEAUD-SUS.
- 3) Estabelecimento de padrões a serem utilizados nos trabalhos técnicos.
- 4) Reuniões gerais periódicas – com exposição de oportunidades de melhoria e escuta.
- 5) Elaboração de notas rápidas acerca de apontamentos recorrentes feitos pela Câmara Técnica e pela Gerência sobre os Relatórios de Auditoria – “pílulas de conhecimento”.
- 6) Divulgação (e incentivo de participação) de cursos, oficinas e *workshops*.

Resultados: Foram elaborados, com base nos documentos orientadores do Ministério da Saúde⁴, onze (11) POPs que abrangem as atividades técnicas e administrativas da Gerência: i) Ciência e atendimento das demandas, ii) Gestão da Gerência de Auditoria do SUS, iii) Atenção às demandas administrativas, iv) Registro de ponto, v) Acompanhamento dos trabalhos de Auditoria, vi) Coordenação de uma atividade (Auditoria e Visita Técnica), vii) Visita Técnica e/ou Auditoria Operativa, viii) Câmara Técnica, ix) Solicitação de férias, x) Solicitação de diárias, xi) Solicitação de transporte. Os POPs são acompanhados de seis (06) anexos que estabelecem padrões a serem seguidos no desenvolvimento dos trabalhos: i) Auditoria analítica, ii) Papéis de trabalho, iii) Matriz de coleta e análises de informações, iv) Comunicado de auditoria, v) Padrões adotados na elaboração de relatórios, vi) Solicitação de diárias e transporte. Aos processos mapeados foram implementadas mudanças que os simplificassem, estando estes e os POPs, cumprindo etapas de aprovação pelas hierarquias superiores da GEUAD-SUS – Superintendência de Controle Interno e Correição (SUPCIC) e Subsecretaria de Controle Interno e *Compliance* (SUBCIC). Aconteceram quatro (04) reuniões gerais da GEAUD-SUS, além de outras duas (02) reuniões entre a equipe GEAUD-SUS e outras áreas da SES-GO (Gerência da Atenção Primária e Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão). Foram elaboradas, até o momento, cinco (05) pílulas de conhecimento com retomada de conhecimentos gramaticais e técnicos: i) Regência verbal – atender, ii) Sujeito e predicado, iii) Responsável Técnico x Responsável Técnico para especialidade, iv) Siglas, v) Responsáveis e destinatários. Observa-se incremento de produção, redução dos prazos, padronização e qualificação dos relatórios entregues pela equipe da GEAUD-SUS. **Conclusão:** O aprimoramento dos produtos entregues pela GEAUD-SUS resulta em clientes (internos e externos)

melhor orientados e mais motivados para aprimorar seus processos de gestão, gerando um ciclo virtuoso e desejável, capaz de impactar em melhoria do SUS do Estado de Goiás. Importante ressaltar que iniciativa proposta trata de um processo de melhoria contínua, de ações continuadas e repetidas no dia-a-dia da GEAUD-SUS, além da revisão periódica e aprimoramento dos documentos organizacionais apresentados. A verdadeira inovação relaciona-se com as pessoas, e advém de cada um dos membros de uma equipe, da percepção destes enquanto aprendizes e amadores que podem e precisam aprender e aprimorar suas práticas constantemente; afinal “todas as pessoas, sem exceção, serão eternas novatas no futuro” (Kevin Kelly).

Palavras chaves: Inovação Organizacional; Auditoria em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Escola Nacional de Administração Pública (BR). Fronteiras e Tendências [Internet]. Acessado em 30 de outubro de 2023. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/6719/3/Fronteiras%20e%20tend%C3%Aancias.pdf>.
2. Luis A. Carvalho B. Souza MDF. Boas MIV. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 901-911.
3. Dresch A, Lacerda DP, Antunes Júnior JAV. Design Science Research: Método de Pesquisa para Avanço da Ciência e da Tecnologia. Bookman Editora. 2020. 204p.
4. Ministério da Saúde (BR). Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde [Internet] 2017. 48 p. Acessado em 30 de outubro de 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf.

**ANÁLISE CRÍTICA E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS CONFIRMADOS DE
DENGUE E CHIKUNGUNYA ENCONTRADOS EM BUSCA RETROSPECTIVA,
VALPARAÍSO DE GOIÁS, BRASIL, 2023**

ROSA, Fabiano M¹
SILVA, Elaine L A M²
CHAVES, Yulla F P³
MORAES, Romero B¹
SOUZA, Ieda L⁴
PEREIRA, Douglas A⁵
SILVA, Leidimar S⁶
SANTOS, Brenda S S⁶
OLIVEIRA, Priscila S⁶
PAULINO, Alessandra S⁶
OLIVEIRA, Carla P⁶
BORGES, Gesiane C⁶
OLIVEIRA, Vitória A⁶
SILVA, Kaíne Rayane G⁶
SANTOS, Sandra G D⁶
BRITO, Nayara M⁶
BRAGA, Rosilene G M⁶
SILVA, Érica G⁶
GOMES, Amanda P B S⁶
BRITO, Leinha L⁶
SOUZA, Jayne L⁶
SILVA, Perpétua S F⁶
MACEDO, Fernando S F⁶
CARVALHO, Allexya Laryssa S⁶
BRITO, Sueiga⁶
SOARES, Kettelim B⁶
ACÁCIO, Kenya Cristina C O⁶

1 - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde (GESp), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil; fabiano.marques@goias.gov.br

2 - Coordenação Estadual de dengue, zika e Chikungunya, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

3 - Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

4 - Regional de Saúde Entorno Sul, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

5 - Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Imunologia e Parasitologia Aplicada (PPIPA), Instituto de Ciências Biomédicas (ICBIM) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

6 - Secretaria Municipal de Saúde Valparaíso de Goiás.

RESUMO

Introdução: As doenças vetoriais provocam grande impacto na saúde pública na região das Américas, considerando que representam cerca de 17% das doenças infecciosas no mundo. Além disso, uma das características mais relevantes da população que é acometida pelas doenças vetoriais é a vulnerabilidade social, indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos fatores que leva essa população a óbito. Estão listadas entre as infecções virais transmitidas pelos artrópodes *Aedes aegypt*, as arboviroses dengue e chikungunya, bem disseminadas pelas américas por ser uma região que possui características socioambientais favoráveis para a proliferação do vetor. Nos últimos dez anos a dengue é uma das arboviroses mais presentes no continente americano, passando dos 18 milhões de casos notificados acumulados neste mesmo período. No final de 2013 houve a entrada do vírus chikungunya na região, somente no ano de 2017 foram notificados 180 mil casos e no ano de 2022 este número sofreu um aumento significativo, foram reportados no total 273.685 mil casos novos, mantendo-se acima dos registrados em anos anteriores, inclusive com 87 óbitos confirmados por chikungunya. Em 1994, a dengue apresentou seus primeiros registros no estado de Goiás, identificando apenas o sorotipo 1. No ano de 2022 ocorreu a maior epidemia desde quando a dengue foi introduzida no estado de Goiás, com a notificação de mais de 275 mil casos prováveis e 182 óbitos confirmados. Simultaneamente, o município de Valparaíso de Goiás registrou 1.226 casos confirmados de dengue, representando um aumento de 214% de casos em relação ao ano de 2021. No ano de 2015 o estado de Goiás notificou os primeiros casos por chikungunya. Desde então, o número de notificações vem crescendo e os pacientes acometidos pela chikungunya agravando. Em 2022, foram confirmados 4.056 casos e 10 evoluíram a óbito, um número maior de casos confirmados que o acumulado dos sete anos anteriores. O município de Valparaíso de Goiás apresentou, em 2022, um aumento de 789% de casos confirmados em relação ao ano anterior. De acordo com os manuais de manejo clínico produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), as características clínicas da dengue e chikungunya se assemelham em muitos aspectos. Ao longo dos anos observa-se o agravamento desses sintomas, posto isso, a estruturação dos serviços de saúde se torna fundamental considerando também a falta de vacinas e retrovirais específicos para prevenção e tratamento dessas doenças. A epidemiologia estuda a distribuição e os determinantes na ocorrência das diversas doenças que

acometem o homem, vindo como aliada na redução a exposição a esses fatores, estabelecendo formas de prevenção e diminuindo a mortalidade. Subsidiando informações essenciais para o planejamento de ações preventivas dos serviços de saúde, ambiental e educacional. **Objetivo:** Verificar a sensibilidade dos profissionais de saúde em identificar e notificar os casos suspeitos de dengue e chikungunya do município de Valparaíso de Goiás. **Metodologia:** Uma busca retrospectiva foi efetuada, a procura de casos que atendiam a definição de casos suspeitos de dengue e chikungunya em 16 unidades públicas de saúde municipais, esta busca ocorreu entre unidades de Atenção Básica, CAIS, UPAs e hospitais localizados no município de Valparaíso de Goiás, no período de 07 a 14 de fevereiro de 2023, utilizando as definições de caso suspeito da ficha de notificação conjunta de dengue e chikungunya, além do resultado de amostras analisadas pelo Laboratório de Saúde Pública Estadual (LACEN/GO) para detecção de anticorpos IgM para dengue e chikungunya, antígeno NS1 e/ou exames de PCR. **Resultados e discussão:** Na busca retrospectiva de casos suspeitos realizada no período proposto para avaliação, 11.145 mil prontuários médicos foram revisados. Encontrando-se 114 casos suspeitos de dengue e 11 de chikungunya, totalizando 144 casos que atendiam ao critério de suspeito por arbovirose. Deste total, 58% não estavam notificados no SINAN. Foram coletadas 55 amostras para análise laboratorial, 90,9% foram descartadas para dengue e 14,5% para chikungunya pelo diagnóstico diferencial. 5 amostras foram reagentes para dengue e 1 para chikungunya, encerrando e confirmando os casos por critério laboratorial. Outros 14 casos de dengue e 2 de chikungunya foram confirmados pelo critério clínico-epidemiológico. **Considerações finais:** No decorrer da busca retrospectiva foi observada uma fragilidade do sistema de vigilância municipal, pois foram achados casos suspeitos de dengue e chikungunya que atendiam aos critérios clínicos que não estavam notificados no SINAN. Esses casos suspeitos quando não notificados impossibilitam a caracterização da situação epidemiológica local, assim como a oportunidade da realização de ações de controle vetorial em período propício. Grande quantitativo de casos estavam encerrados pelo critério clínico-epidemiológico, pois as coletas laboratoriais foram realizadas abaixo do recomendado, também dificultando a detecção do tipo de vírus circulantes no município. O preenchimento incompleto das fichas de notificação foi impedor para contactar os pacientes, demonstrando uma baixa qualidade nos dados apresentados nas fichas, consequentemente impedindo

coletas posteriores de amostras laboratoriais, além de impossibilitar o bloqueio vetorial e consequentemente o encerramento adequado dos casos.

Palavras-chave: Busca retrospectiva; Arboviroses; Epidemiologia; Saúde Pública.

PROJETOS DE PESQUISA



SUMÁRIO

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES PEDIÁTRICAS: AVALIAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS.....	127
CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	132
CONDUÇÃO DE GRUPO FOCAL REMOTO NA PESQUISA QUALITATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	135
PERFIL DOS ÓBITOS MATERNOS NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS, EM 2016 A 2022	139
A GESTÃO DA SAÚDE BUCAL NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS NO QUADRIÊNIO 2018-2021: UMA PERSPECTIVA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS.....	144
PERFIL CLÍNICO E FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO DOS PACIENTES COM HIV INTERNADOS NA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DE GOIÁS.....	147
A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO PROCESSO EM UM MUNICÍPIO.....	152
DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO DE GOIÁS NO PERÍODO DE 2011 A 2021	156

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES PEDIÁTRICAS: AVALIAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

MACIEL, Mariana de Ávila¹

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo²

SILVA, Kaique Duarte Cavalcante³

SIQUEIRA, Karina Machado⁴

CARVALHO, Dayse Edwiges⁵

PIRES, Ana Claudia Cordeiro⁶

1 – Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. marianamacielmam@hotmail.com

2 – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. bauer@ufg.br

3 – Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. kaiqueduarte@gmail.com

4 – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil. karinams@ufg.br

5 – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual de Goiás. Itumbiara, Goiás, Brasil. dayseedwigescarvalho@gmail.com

6 – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Departamento de Vigilância Sanitária e Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia, Goiás, Brasil. 1anaclaudia2@gmail.com

RESUMO

Introdução: A saúde pública tem o objetivo de garantir que toda a população tenha acesso à assistência de qualidade. Entretanto, a ocorrência de eventos adversos evitáveis dentro de unidades pediátricas é uma realidade, podendo ser ocasionados devido falhas sistêmicas que resultam em desfechos negativos⁽¹⁻²⁾. A segurança do paciente constitui um importante componente para a promoção da qualidade em saúde ao possibilitar que a assistência em saúde ocorra livre de eventos adversos⁽³⁾, que são definidos como incidentes em saúde que atingem o paciente e resultam em dano que afetam o paciente tanto em seu aspecto físico como psicológico e/ou social⁽⁴⁾. O ambiente de assistência à saúde é determinante da qualidade e segurança do cuidado. Os hospitais são, portanto, locais mais suscetíveis à ocorrência de eventos adversos, devido à complexidade dos serviços ofertados⁽⁵⁾. Consequentemente, a população pediátrica possui alto risco para ocorrência de eventos adversos, devido ao nível de dependência para o cuidado⁽⁶⁾. Os principais eventos adversos que ocorrem em unidades pediátricas, tanto no Brasil como no mundo, estão relacionados aos erros de

medicação⁽⁷⁻⁸⁾, incluindo erros de dose, tempo incorreto de administração, medicamento errado e omissão de dose⁽⁹⁾. No entanto, para mitigar a ocorrência de eventos adversos, é necessário identificar e corrigir as fragilidades na cultura de segurança em vigência na instituição. A cultura de segurança do paciente é compreendida como um conjunto de valores, atitudes, crenças, competências e padrões comportamentais que fundamentam uma assistência à saúde mais segura⁽⁴⁾. O clima de segurança do paciente é um integrante da cultura e refere-se à percepção individual, envolvendo atitudes e opiniões sobre a segurança do paciente⁽¹⁰⁾. Sua mensuração permite identificar condições que predisõem a ocorrência de eventos adversos⁽¹¹⁾. **Objetivos:** Avaliar o clima de segurança do paciente em unidades pediátricas e identificar os fatores associados. **Metodologia:** Estudo transversal e analítico, realizado em um hospital referência em atendimento de média e alta complexidade materno-infantil em Goiás, Brasil, que possui 66 leitos pediátricos. A população alvo do estudo foi composta por 227 profissionais de unidades pediátricas. Os critérios de inclusão foram: desempenhar atividades nas unidades pediátricas há mais de um mês. Foram excluídos participantes que não devolveram o questionário preenchido. Ao aplicar os critérios de elegibilidade, 185 profissionais foram convidados a participar do estudo. Para a coleta de dados foi utilizado o *Safety Atitudes Questionnaire* (SAQ) que possui questões que visam coletar dados demográficos e profissiográficos, além de 41 questões que mensuram a percepção sobre segurança do paciente por meio de seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepção do estresse, percepção da gerência e condições de trabalho⁽¹²⁾. O escore final do instrumento varia de 0 a 100, onde valores iguais ou superiores a 75 pontos representam percepção favorável para a segurança do paciente⁽¹²⁾. Os dados foram coletados entre fevereiro e março de 2020. Na análise dos dados, foi verificada associação entre o SAQ e as variáveis demográficas e profissiográficas por meio dos testes *t* de Student, ANOVA e Bonferroni. O software utilizado na análise dos dados foi o STATA versão 14.0. Todos os participantes do estudo preencheram o Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com parecer número 3.643.614, CAAE: 49279115.4.0000.5078. **Resultados e Discussão:** Dentre os 185 profissionais elegíveis, 11 recusaram o convite para participar do estudo e 33 não devolveram o instrumento preenchido e foram, portanto, classificados como perdas. A amostra final foi composta por 141 profissionais, observando uma taxa de resposta

de 76,2%. Os participantes eram predominantemente mulheres 128 (90,8%), com média de idade de 40,71($\pm 10,02$) anos. A maioria era composta por técnicos de enfermagem (67,4%), não possuíam formação profissional complementar (48,9%). Os participantes trabalhavam em regime de 36 horas semanais (48,9%), turno diurno (45,4%), atuavam do Pronto Socorro de Pediatria (50,4%), possuíam de um a quatro anos de serviço na instituição (34,8%). A maioria recebeu capacitação sobre segurança do paciente no último ano (64,3%) e não possuía intenção em deixar o trabalho (74,3%) ou a profissão (86,4%) nos próximos 12 meses. A análise do escore geral do SAQ revelou uma média de $69,3 \pm 14,1$ que resultou de uma percepção desfavorável do clima de segurança do paciente e alerta para a necessidade do desenvolvimento de ações de melhorias em prol da segurança do paciente⁽¹²⁾. A “Percepção da gerência” destacou-se como a pior percepção no presente estudo e se associou com a faixa etária de 40 a 49 anos (p -valor=0,004), 50 anos ou mais (p -valor=0,049) e ao ano de início do trabalho na instituição entre 2011 e 2020 (p -valor=0,011). Este domínio refere-se à percepção dos profissionais em relação às ações de segurança desenvolvidas pela administração. Avaliar a percepção em relação aos gestores é importante, pois o perfil de liderança tem influência direta no clima de segurança da unidade e, consequentemente, na assistência prestada⁽¹³⁾. A “Satisfação no trabalho” obteve o maior escore médio ($81,7 \pm 20,8$) e se associou com o turno noturno (p -valor=0,014) e a baixa intenção de sair do trabalho nos próximos 12 meses (p -valor=0,033). Ademais, O domínio “Clima de segurança” se associou com o turno matutino ou vespertino (p -valor=0,034), “Percepção do estresse” se associou ao ano de conclusão da graduação de 2011 a 2015 (p -valor=0,008) e à unidade de internação (p -valor=0,042), “Condições de trabalho” se associou com o início do trabalho na instituição entre 2006 e 2010 (p -valor=0,026), com intenção moderada/alta de deixar o trabalho nos próximos 12 meses (p -valor=0,041) e carga horária semanal de 36 horas (p -valor=0,006). Por fim, não houve associações significativas em relação ao domínio “Clima de trabalho em equipe”.

Conclusões: O estudo evidenciou uma percepção do clima de segurança do paciente desfavorável, associado a características profissiográficas como: turno, carga horária semanal, intenção de sair do trabalho, unidade de trabalho, idade, tempo de trabalho na instituição e ano de conclusão da graduação. Tais resultados podem servir para fundamentar as tomadas de decisões dos gestores, viabilizando planejamentos e implementações que promoverão correções e melhorias na cultura e no clima de segurança do paciente. O presente estudo apresentou como limitações a composição da

amostra somente por profissionais da pediatria e de uma única unidade hospitalar, o que pode limitar a generalização dos resultados.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Cultura organizacional; Pediatria; Atitude do pessoal da saúde; Equipe de assistência ao paciente.

Referências

1. Costa TM. Cultura de Segurança do Paciente: Percepção da equipe de enfermagem de um hospital pediátrico. Universidade Federal Fluminense, 2016. Available from: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6147>.
2. Martins L dos S, Ferreira AR, Kakehasi FM. Adverse events related to mechanical ventilation in a pediatric intensive care unit. *Rev paul pediatr*. 2021;39:e2019180. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019180>.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. doi: <https://doi.org/10.17226/9728>
4. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 2009. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-PSP-2010.2>.
5. Silva AEB de C, Cavalcante RGF, Lima JC, et al. Avaliação do clima de segurança do paciente em unidades de internação hospitalar: um estudo transversal. *Rev esc enferm USP*. 2019;53:e03500. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027203500>.
6. Alves DF dos S, Guirardello E de B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2):e58817. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>.
7. Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open* 2018;8:e016367. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016367.
8. Alghamdi AA, Keers RN, Sutherland A. Prevalence and Nature of Medication Errors and Preventable Adverse Drug Events in Pediatric and Neonatal Intensive Care Settings. *Drug Saf*. 2019;42(12):1423-1436. doi:10.1007/s40264-019-00856-9.
9. Souza ACP, Vieira SAM, Cavalcanti PP. Patient safety and medication errors: a literature review. *Sci. Electronic Arch*. 2018;11(3):128-35. doi: <https://sea.ufr.edu.br/SEA/article/view/503>.
10. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília. 2013. Available from:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

11. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006;6(1):44. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>.
12. Carvalho REFL, Cassiani SHDB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(3):575–82. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>.
13. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, et al. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2017;5(4):73. doi:10.3390/healthcare5040073.

CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FREITAS, Dnise de Araújo¹
BARROS, Patrícia de Sá²

¹Enfermeira no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG).

²Docente no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Universidade Federal de Goiás (UFG)

RESUMO

Introdução: As organizações de saúde são sistemas complexos, tendo como uma de suas características a geração de resultados incertos, muitas vezes expressos por erros e danos aos seus pacientes. Os serviços de emergência são especialmente vulneráveis neste contexto, devido à alta carga de trabalho, número insuficiente de pessoal, interrupções frequentes, superlotação, falta de informações sobre os pacientes admitidos, além de inexperiência profissional. Prevenir a ocorrência de erros durante a assistência à saúde é uma prioridade de saúde global, sendo necessária, para tanto, uma cultura de segurança presente e fortalecida. O clima de segurança é a parte perceptível e mensurável da cultura de segurança e sua avaliação possibilita identificar potencialidades e fragilidades da assistência, sendo, pois, o primeiro passo no processo de planejamento para melhoria dos cuidados e redução de eventos adversos em saúde de um dado local. **Objetivo:** Avaliar o clima de segurança do paciente sob a perspectiva dos profissionais de saúde atuantes na unidade de Urgência e Emergência de um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil. **Metodologia:** Estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa realizado com profissionais de saúde que atuam na unidade de urgência e emergência adulto, por meio da aplicação de instrumento contendo questões sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes e do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). O SAQ é composto por 41 itens agrupado em seis domínios: Clima de trabalho em equipe, Clima de segurança, Satisfação no trabalho, Percepção do estresse, Percepção da gerência da unidade/hospital e Condições de trabalho. Os participantes atribuíram escores a cada item por meio da escala tipo Likert, com pontuações variando de 0 a 100 pontos. O clima de segurança é considerado positivo quanto o escore geral do SAQ é superior a 75. A coleta de dados foi realizada de agosto a novembro de 2022. A análise descritiva dos dados se deu por meio do cálculo de frequências absolutas

e relativas. Análises bivariadas e multivariadas também foram realizadas para verificar a associação entre as variáveis demográficas e laborais e os domínios do SAQ. **Resultados e Discussão:** Participaram da pesquisa 68 profissionais, correspondendo à 80% da população do serviço. A maioria dos participantes era do sexo feminino (54,4%), com idade média de 46,65 anos. Quanto ao perfil profissional, 24 (35,3%) eram médicos, 22 (32,4%) técnicos em enfermagem, 18 (26,5%) enfermeiros, três fisioterapeutas (4,4%) e um farmacêutico (1,5%). O regime de trabalho da maioria dos profissionais foi estatutário (n=37; 54,4%) seguido de celetista (n=29; 42,6%) e apenas um profissional (1,5%) possuía dois tipos de vínculo (Estatutário/CLT) na instituição. No que se refere ao tempo de trabalho na especialidade, observou-se uma equipe experiente, em que 26 participantes (38,2%) atuavam há mais de 21 anos na profissão, 19 (27,9%) de 11 a 20 anos e 23 (33,7%) por menos de 10 anos. A média da carga horária semanal de trabalho, incluindo o acumulado de outros vínculos empregatícios, foi de 45,93 (DP=17,13), variando de 20 a 120 horas. Mais da metade dos profissionais (n=36; 52,9%) tiveram treinamento sobre segurança do paciente no trabalho. Entretanto, na unidade pesquisada, apenas 27 (39,7%) tiveram tal capacitação. O escore geral do SAQ foi de 71,18 pontos, sendo que na análise dos domínios, a Satisfação no Trabalho alcançou melhor escore (82,72), seguida de Percepção do Estresse (81,06) e Clima de trabalho em equipe (77,94), enquanto os piores escores foram observados nos domínios Percepção da Gerência (56,61), Condições de Trabalho (63,69) e Clima de Segurança (65,07). Este resultado indica que os participantes da pesquisa reprovam a ações da gerência quanto às questões de segurança, dado alarmante, haja vista a forte influência exercida pelos gestores no clima de segurança do paciente. Quando os gestores se concentram na busca de culpados individuais frente à uma falha ou incidente, dificultam a comunicação de erros, estimulam a cultura do medo e da subnotificação de eventos adversos. Além disso, é de suma importância para melhoria do clima de segurança do paciente a promoção de condições dignas de trabalho, com equilíbrio entre recursos humanos e materiais e demanda de cuidados, de forma a minimizar desassistências. A idade dos profissionais foi identificada como um fator relacionado ao clima de segurança do paciente, de forma que a cada ano aumentado nesta variável representou aumento no escore geral em 0,38 pontos (valor-p: 0,004). Isso pode indicar que as diferenças geracionais entre os membros de uma equipe de saúde influenciam a forma como estes percebem e vivenciam o ambiente de trabalho, de forma que a maturidade contribui para a melhoria

das percepções de segurança dos profissionais. Trabalhar mais de 44 horas semanais, incluindo o acumulado de outros vínculos também se relacionou à melhores escores gerais do SAQ (valor-p: 0,004). Este resultado é surpreendente, haja vista a relação entre sobrecarga de trabalho e o aumento dos riscos à segurança do paciente nas organizações de saúde. Enfermeiros tiveram diminuição média de 6,4 pontos (valor-p: 0,065), associação limítrofe, na percepção geral do clima de segurança do paciente quando comparados aos médicos. Este resultado pode ser atribuído às diferentes responsabilidades entre as duas categorias profissionais, aliado a sobrecarga de trabalho decorrentes do déficit de pessoal e das condições estressantes que envolvem a assistência de enfermagem aos pacientes em cuidados críticos, influenciando diretamente a pontuação dos enfermeiros. Não receber treinamento sobre segurança do paciente ocasionou uma diminuição média no escore geral de 7,6 pontos (valor-p: 0,006). Treinar as equipes é uma intervenção importante no contexto de melhoria do clima de segurança do paciente, tanto para se compreender os fatores humanos quanto as habilidades sociais e cognitivas, e alinhar os objetivos organizacionais. O desenvolvimento de programas de segurança do paciente para profissionais de saúde são ferramentas para o reconhecimento de eventos adversos induzidos pelo sistema e práticas profissionais, possibilitando desenvolver estratégias que influenciem positivamente a cultura de segurança do paciente como a promoção da comunicação, o trabalho em equipe e a cultura organizacional em relação à segurança do paciente. **Considerações finais:** O clima de segurança do paciente na unidade de Urgência e Emergência estudada foi considerado negativo, sendo que as ações gerenciais foram consideradas o principal contribuinte para a fragilidade do clima. Em contrapartida, os profissionais demonstraram-se satisfeitos com o local de trabalho e com o clima de trabalho em equipe, além de terem boa percepção do estresse. Os domínios que apresentaram baixos escores representam um sinal de alerta no serviço avaliado, evidenciando a necessidade de mais envolvimento e preocupação da gestão da instituição e da unidade com a segurança do paciente, provendo recursos humanos e materiais adequados, assim como o fortalecimento da cultura de comunicação de erros e de programas de capacitação dos profissionais, para mudança do cenário. **Palavras-chave:** Segurança do paciente; Clima de segurança; Serviço hospitalar de emergência; Qualidade assistencial.

CONDUÇÃO DE GRUPO FOCAL REMOTO NA PESQUISA QUALITATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

BORGUETTI, Karine Gomes Fulanetti¹
CAPARROZ, Dayanne Priscylla Pires de Deus²
BARROS, Patrícia de Sá³
CARNEIRO, Larissa Arbués⁴

1 - Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Itapaci, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; karinefulanetti@gmail.com

2 - Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia e Goiânia, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; dayannecaparroz@gmail.com

3 - Fisioterapeuta, docente efetiva da Universidade Federal de Goiás; patricia_barros@ufg.br

4 - Psicóloga, docente efetiva a Universidade Federal de Goiás; larissa_arbues@ufg.br

RESUMO

Introdução: A técnica de Grupo Focal (GF) é caracterizada como a interação de um conjunto limitado de pessoas para coleta de informações, baseadas na comunicação grupal, permitindo compreensões e percepções de um determinado objeto de estudo, expondo-se como uma técnica significativa ao aproximar pesquisador e participante para a produção de dados qualitativos¹. O cenário da pandemia desencadeou a adoção de uma série de medidas de biossegurança, entre elas o isolamento social para se evitar a propagação do vírus, além de alternativas e estratégias para a garantia da manutenção de serviços e atividades. No campo do ensino e pesquisa citamos a incorporação do uso de plataformas digitais e encontros remotos². Com o avanço da tecnologia o uso de GF de forma remota tem se potencializado e vem se tornando uma realidade promissora permitindo uma interação em tempo real em um ambiente virtual garantindo o acesso a pessoas em locais distantes e diminuindo gastos com deslocamentos³. **Objetivo:** Relatar a experiência da condução de grupos focais remotos para levantamento de dados qualitativos a partir das experiências e vivências dos profissionais integrantes da Vigilância em Saúde no Estado de Goiás. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência advindo de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir da percepção de profissionais da saúde que atuam na vigilância em saúde, e/ou Grupo Técnico - Comitês de Óbitos Maternos no Estado de Goiás. Essa pesquisa resultará em dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás. Foi utilizada nessa abordagem qualitativa, a técnica de GF. A população foi composta por profissionais de saúde que

atuam na vigilância do óbito e/ou realizam investigações de óbitos e/ou participam dos grupos técnicos de discussão dos óbitos maternos, das cinco macrorregiões do estado de Goiás e dos profissionais integrantes do grupo técnico estadual. A partir da aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos Leide das Neves Ferreira, foi enviado convite aos participantes por correio eletrônico (*e-mail*), contendo o título da pesquisa, pesquisadores, objetivos, e *link* para sala virtual com data e horário definidos, antecedendo quinze dias da reunião. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e participaram apenas os indivíduos que concordaram e assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato digital. Foram comunicados que o encontro estava sendo gravado para posterior transcrição bem como o *chat*. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro à março de 2023. O encontro do GF aconteceu de forma remota através da plataforma digital *zoom* (02 GF) e *google meet* (04 GF). O moderador tem papel fundamental no gerenciamento do GF, dispondo de habilidades específicas para condução das discussões, garantindo que o diálogo aconteça sem influência e posicionamentos, exercendo um papel menos diretivo, viabilizando a interação e participação de todos, além de conhecimento e proximidade com o objeto a ser estudado⁴. Observador é incumbido de captar interações não verbais do GF e registrar a ideia, o assunto geral da discussão⁵. Foi observado a estrutura mínima para cada GF de três (03) profissionais, além do pesquisador/moderador e um observador. Foram realizados cinco (05) grupos focais para cada macrorregião e um GF com os profissionais integrantes do Grupo Técnico Estadual. Inicialmente foi realizado o planejamento das reuniões, determinado o cronograma para as reuniões remotas, e construída a elaboração do roteiro semiestruturado para direcionamento das questões norteadoras, e roteiro amplamente discutido entre as pesquisadoras para responder à pergunta da pesquisa. Na data da reunião, cerca de 30 minutos antes, as pesquisadoras repassavam os roteiros e realizavam os testes dos aparatos tecnológicos como: *link*, câmera, gravador e áudio. Foram utilizados dois *notebooks* e o recurso da plataforma digital *zoom* ou *google meet*, para gravação da tela. Para evitar imprevistos, optou-se também por utilizar um software livre “*showmore*” que faz a captura audiovisual. O grupo cumpriu o roteiro semiestruturado, a saber: Introdução, Desenvolvimento e Encerramento. Na hora determinada da reunião, a moderadora deu boas-vindas a todos, pactuou com o grupo o tempo para início de 10 minutos. Os participantes foram convidados a

permanecer se possível com a câmera ligada para uma maior aproximação e interação do grupo, além de permitir a comunicação não verbal. Ao dar início, realizou-se uma apresentação resumida sobre a pesquisa e seus objetivos, e pontuou-se a importância de suas experiências e vivências e que suas opiniões seriam valorizadas sem julgamento. Disponibilizamos um momento para eventuais esclarecimentos e dúvidas que porventura surgisse e em seguida foi enviado o link do TCLE *online*. Após consentimentos, foi realizada uma breve apresentação de todos os participantes no qual descreveram rapidamente profissão, local de trabalho e tempo de atuação na vigilância em saúde. No desenvolvimento foi disparado as questões norteadoras pelo moderador e durante as falas e/ou comentários no chat, eram realizadas reafirmações, a fim de confrontar ou confirmar a realidade e o contexto vivenciado, além das exemplificações. Em alguns momentos foi realizada a técnica de retomada para manter o foco nas questões. Ao encerramento do encontro virtual foi aberto para apontamentos e feito os agradecimentos. Após o encerramento de todos os GF, as pesquisadoras abriram uma nova sala de reunião *online* para certificação e feedbacks. De modo geral, ao analisar os seis grupos focais perceberam-se algumas limitações e potencialidades descritas no quadro 01.

Considerações finais: Diante do exposto consideramos que o GF remoto como instrumento de levantamento de dados qualitativos foi assertivo pelo cenário vigente da pandemia de Covid-19 a qual estávamos vivenciando e também para acessibilidade direta aos profissionais integrantes dos grupos técnicos de óbitos distribuídos nos municípios e no estado de Goiás. Conduzir o GF nos permitiu vislumbrar as percepções, compreensões e opiniões do grupo acerca da temática em estudo. O cenário da era remota contribuiu para a efetividade das reuniões e manuseios das ferramentas tecnológicas, sendo importante ressaltar que foi observada homogeneidade em relação à alocação dos participantes na vigilância do óbito e o modo de desenvolvimento do processo de trabalho contribuiu para interação, partilha, reflexões aprofundadas sobre a temática em si. Enaltecemos a necessidade e a importância de novos estudos e pesquisa abordando especificamente esse instrumento, dentro da modalidade remota para maior precisão na obtenção de dados.

Palavras-chave: Grupos Focais; Pesquisa Qualitativa; Vigilância em Saúde; Mortalidade.

Quadro 01. Potencialidades e Limitações quanto aos Grupos Focais online, 2023

POTENCIALIDADES	LIMITAÇÕES
Baixo Custo e sem necessidade de deslocamento	Predominância do uso do Chat em um grupo focal específico
Facilidade e conveniência nos agendamentos das reuniões	Instabilidade da internet pelos participantes
Experiência e habilidades prévias com a ferramenta digital	Não utilização da câmera (o que impede a captura da comunicação não verbal)
Espontaneidade nas falas	Dispersão de alguns participantes em outras atividades
Versatilidade na escolha do modo de participação: uso concomitante de chat e áudio; câmera e áudio ou apenas áudio	Limitação do campo visual do observador

Fonte: Autoras

Referências

1. Silva CA, Schwertner SF, Zanelatto EM. Grupos focais: desafios e possibilidades na pesquisa qualitativa. RDE [Internet]. 31º de agosto de 2019 [citado 28º de outubro de 2023];11(24):1-13. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/6852>
2. Souza KR, Santos GB, Rodrigues AMS, Felix EG, Gomes L, Rocha GL, et al.. Trabalho remoto, saúde docente e greve virtual em cenário de pandemia. Trab educ saúde. 2021;19: e00309141. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00309>
3. Bordini GS, Sperb TM. O uso dos grupos focais on-line síncronos em pesquisa qualitativa. Psicol Estud [Internet]. 2011Jul;16(3):437–45. Available from: <https://www.scielo.br/j/pe/a/MjNSyC5m4mbfPVbrLJCSPxt/>
4. Maria de Campos Corrêa A, de Oliveira G, de Oliveira AC. O GRUPO FOCAL NA PESQUISA QUALITATIVA: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS. Rev. Pris. [Internet]. 25º de dezembro de 2021 [citado 28º de outubro de 2023];2(1):34-47. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/41>
5. Cardoni NC, Chirelli MQ, Pio DAM. Grupo Focal com Residentes Multiprofissionais no Contexto da Pandemia COVID-19: Relato de Experiência. NTQR [Internet]. 8 de julho de 2021 [citado em 29 de outubro de 2023];8:18-25. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/383>

PERFIL DOS ÓBITOS MATERNOS NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS, EM 2016 A 2022

CAPARROZ, Dayanne Priscylla Pires de Deus¹

BORGUETTI, Karine Gomes Fulanetti²

BARROS, Patrícia de Sá³

CARNEIRO, Larissa Arbués⁴

1 - Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Aparecida de Goiânia e Goiânia, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; dayannecaparroz@gmail.com

2 - Enfermeira, servidora da secretaria municipal de saúde de Itapaci, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás; karinefulanetti@gmail.com

3 – Fisioterapeuta, docente efetiva da Universidade Federal de Goiás; patricia_barros@ufg.br

4 - Psicóloga, docente efetiva a Universidade Federal de Goiás; larissa_arbues@ufg.br

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna é concebida como um indicador importante de qualidade de vida de uma população, permitindo mensurar o grau de desenvolvimento de um país ou região, configurando uma verdadeira violação dos direitos reprodutivos das mulheres visto que mais de 92% dos óbitos maternos são considerados evitáveis refletindo condições de vida, efetividades de políticas públicas, acesso e organização dos serviços de saúde^{1,2}. Tal indicador evidencia fragilidades obstétricas crônicas, ressaltando recursos insuficientes, baixa qualidade do pré-natal, leitos indisponíveis, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica². Em 2018, o Brasil apresentou RMM de 59,1/100 mil nascidos vivos (NV), e apesar dos avanços nas políticas públicas nacionais, avulta-se a necessidade de muito esforço na promoção da saúde integral da mulher bem como qualidade da assistência em seu período reprodutivo para culminar na redução de mortes maternas evitáveis³. O estado de Goiás, inserido na região Centro-Oeste do país, reflete os dados brasileiros com RMM de 64,7 óbitos/por 100 mil NV em 2018⁴. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos óbitos maternos por macrorregiões de saúde de Goiás, entre 2016 a 2022. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo dos óbitos maternos no período de 2016 a 2022, com levantamento das características sociodemográficas e causas de óbitos por macrorregiões de saúde do Estado de Goiás, conforme Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). O Estado de Goiás, está inserido na região Centro-Oeste do Brasil com 246 municípios, subdivididos em dezoito (18) regiões de saúde, agrupadas em cinco (05) macrorregiões⁵. As variáveis analisadas foram

agrupadas em dados sociodemográficos, condições de óbito e causas dos óbitos. Foram considerados os óbitos cuja causa básica está codificada no capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O banco de dados de 2016-2020 são de domínio público e os bancos referente a 2021 e 2022 foram disponibilizados pela superintendência de vigilância em saúde mediante aprovação do comitê de ética, os dados foram tabulados nos softwares Excel® 2016 e *IBM Statistical Package SPSS 25®*. **Resultados e Discussões:** Entre 2016 a 2022, ocorreram 509 óbitos maternos no estado de Goiás. É nítido observar que a magnitude da mortalidade materna apresentou uma expectativa de aumento considerável nos anos de 2020 e 2021 imposta com o cenário mundial da infecção pelo novo coronavírus, com destaque para a macrorregião centro-oeste com 40 (26,3%) óbitos maternos em 2021. Gestantes e puérperas integraram o grupo de risco, devido a maior chance de evoluir para formas mais graves com necessidade de cuidados intensivos, ventilação invasiva e evolução para óbito devido a Covid-19². É notório observar também que em 2022, houve diminuição das taxas de mortalidade materna em todas as macrorregiões de saúde do Estado de Goiás. A vacinação contra covid-19 no período gravídico puerperal é uma ferramenta que corrobora para diminuição da mortalidade². Quanto ao perfil sociodemográfico percebe-se que raça/cor preta/parda foi predominante em todas as macrorregiões do Estado de Goiás, ressaltando a centro-oeste com 88(57,9%). A vulnerabilidade dessa população faz parte do processo histórico de disparidades étnico-raciais, violação de direitos, iniquidades de acesso aos serviços além de fator de risco para patologias como hipertensão arterial e diabetes são mais frequentes nessa população⁶. A macrorregião nordeste revelou que 56 (51,9%) óbitos maternos ocorreram em mulheres solteiras. A ausência de um companheiro contribui para a vulnerabilidade da mulher no que tange o aspecto financeiro, emocional, afetando sua rede de apoio, podendo ser um impasse para gestação saudável e com menor exposição a riscos⁷. Quanto à escolaridade o nível educacional se enquadrou entre 8 a 11 anos de estudos em todas as 5 macrorregiões do estado. O crescimento do nível educacional das mulheres é um fator favorável e protetivo para a mortalidade materna, visto que quanto maior o nível de escolaridade melhores são os comportamentos direcionados aos cuidados de saúde^{6,7}.

Tabela 2. Características das mortes maternas, segundo raça, estado civil e escolaridade em Goiás nos anos de 2016 a 2022.

Sociodemográfico	Centro Oeste N (%)	Centro Sudeste N (%)	Sudoeste N (%)	Centro Norte N (%)	Nordeste N(%)
Raça					
Branca	61 (40,1%)	29 (26,1%)	15 (31,3%)	36 (40,0%)	19 (17,6%)
Preta/Pardas	88 (57,9%)	77 (69,4%)	31 (64,9%)	53 (58,9%)	87 (80,6%)
Ignorado	3 (2,0%)	5 (4,5%)	2 (4,2%)	1 (1,1%)	2 (1,9%)
Estado civil					
Solteiro	45 (29,6%)	42 (37,8%)	13 (27,1%)	28 (31,1%)	56 (51,9%)
Casado	66 (43,4%)	38 (34,2%)	18 (37,5%)	39 (43,3%)	30 (27,8%)
Viúvo	-	-	-	-	2 (1,9%)
Separado judicialmente	3 (2,0%)	1 (0,9%)	2 (4,2%)	4 (4,4%)	-
União consensual	21 (13,8%)	15 (13,5%)	12 (25,0%)	12 (13,3%)	13 (12,0%)
Ignorado	17 (11,2%)	15 (13,5%)	3 (6,3%)	7 (7,7%)	7 (6,5%)
Escolaridade					
Nenhuma	-	1 (0,9)	1 (2,1%)	-	2 (1,8)
1 a 3 anos	4 (2,6%)	2 (1,8%)	1 (2,1%)	5 (5,6%)	7 (6,6%)
4 a 7 anos	20 (13,2%)	13 (11,7%)	3 (6,3%)	13 (14,4%)	27 (25,0%)
8 a 11 anos	69 (45,4%)	54 (48,6%)	25 (52,1%)	41 (45,6%)	44 (40,7%)
12 anos mais	40 (26,3%)	14 (12,6%)	14 (29,2%)	18 (20,0%)	16 (14,8%)
Ignorado	19 (12,5%)	27 (24,3%)	4 (8,4%)	13 (14,5%)	12 (11,2%)

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade 2016 A 2022;

Em todas as macrorregiões mais de 90% dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar. Com relação ao momento do óbito, destacou-se o puerpério (até 42 dias) com 295 (57,95%) óbitos. O puerpério requer atenção qualificada para diagnóstico, tratamento e intervenções oportunas relacionadas a complicações do parto⁸. Com relação às causas de óbitos maternos as doenças infecciosas e parasitárias maternas representaram 21,61% (n=110) evidenciado pelo cenário pandêmico. Na macrorregião centro-oeste, 32 óbitos (21,1%) se deu por complicações da gravidez, parto e puerpério codificados pelo CID-10 (099) e a hipertensão arterial foi responsável por 28 (18,5%) dos óbitos maternos consultados na macrorregião centro-oeste. A morte materna obstétrica direta é responsável pela manutenção de níveis elevados de mortalidade materna, óbitos estes, que poderiam ser evitados destacando-se: as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto, no Brasil¹. Por sua vez, as mortes maternas por causas obstétricas indiretas, ou seja, decorrente de doenças pré-existente são causadas por doenças do aparelho circulatório, infecções

respiratórias, doenças hepáticas e parasitárias⁸. **Considerações finais:** Diante do contexto foi notório observar que o perfil dos óbitos maternos no estado de Goiás é semelhante aos dados nacionais. A pesquisa retratou a situação da mortalidade materna em Goiás. A maioria das mortes ocorreu no puerpério, em mulheres pretas/pardas, com grau de escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo e em relação às causas (CID-10) se destacou as doenças infecciosas e parasitárias maternas. Conclui-se que a morte materna ainda é um grande desafio a ser superado no estado de Goiás, necessitando do desenvolvimento de ações e políticas que garantam o direito a passar pelo período reprodutivo de modo seguro, enfrentamento à pobreza e as disparidades sociais existentes para redução de óbitos maternos por causas evitáveis.

Palavras-chave: Perfil Sociodemográfico; Causas de Óbito; Vigilância em Saúde; Epidemiologia.

Referências

1. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Alves RP, Souza VR de, Costa AJ da, Cardoso TC dos SF, Freitas VL, Nascimento DRM do. Mortalidade materna em tempos de pandemia de COVID-19: Uma revisão integrativa. Research, Society and Development
3. Carvalho BA da S, Andrade AGBF, Dantas AS, Figueiredo IM de, Silva JA da, Rosendo TS, et al.. Temporal trends of maternal near miss in Brazil between 2000 and 2012. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2019Jan;19(1):115–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100007>
4. Machado DB, Pescarini JM, Ramos D, Teixeira R, Lozano R, Pereira VO de M, et al. Monitoring the progress of health-related sustainable development goals (SDGs) in Brazilian states using the Global Burden of Disease indicators. Population Health Metrics. 2020 Sep;18(S1).
5. Situação de Saúde de Goiás: Cartilha de Indicadores de Saúde Georreferencial. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – Goiânia: SESCO. 2017. Acesso em: 03 de mar. 2022. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/IV%20-%202018%20e%20anos%20anteriores/2017%20-%20Cartilha%20Indicadores%20de%20Saúde.pdf>.
6. Carvalho Patrícia Ismael de, Frias Paulo Germano de, Lemos Marcelle Luana Carneiro, Frutuoso Luciana Alves Lima de Melo, Figueirôa Barbara de Queiroz, Pereira Cândida Correia

de Barros et al . Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020

7. Franco AMSL, Rabelo AF de A. Perfil epidemiológico dos casos de morte materna no estado de Sergipe entre 1996 e 2020. Research, Society and Development [Internet]. 2022 Apr 20;11(6): e7011628676–e7011628676. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28676>
8. Lima MRG de, Coelho ASF, Salge AKM, Guimarães JV, Costa PS, Sousa TCC de, et al.. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. Cad saúde colet [Internet]. 2017Jul;25(3):324–31. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030057>

A GESTÃO DA SAÚDE BUCAL NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS NO QUADRIÊNIO 2018-2021: UMA PERSPECTIVA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

COSTA, H.J.F.¹
MARTORELL, L.B.²
AZEVEDO, M.N.³

1 - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG, Goiânia, GO, Brasil. hellenjhuly@hotmail.com

2 - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG, Goiânia, GO, Brasil.

3 - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG, Goiânia, GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: O planejamento em Saúde é o instrumento que permite a consolidação dos princípios que regem o SUS e está voltado para a promoção de melhorias das condições de saúde e vida da população (SÁ et al., 2015). Os instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde desempenham um papel central na organização, orientação estratégica e garantia da qualidade e eficácia dos serviços de saúde no Brasil, inclusive de Atenção à Saúde Bucal. Os Planos Municipais de Saúde (PMS), por exemplo, permitem que o sistema de saúde atenda às necessidades da população de forma eficiente, transparente e equitativa, contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população como um todo. Ajuda a garantir que os serviços odontológicos atendam às necessidades da população de forma eficaz e coordenada. No entanto, em algumas regiões, o acesso aos serviços de saúde bucal pode ser desigual devido à falta de inclusão de estratégias de equidade nos instrumentos de planejamento. A saúde bucal pode não ser adequadamente priorizada nesses instrumentos, resultando em recursos insuficientes alocados para essa área. **Objetivos:** Analisar os instrumentos de planejamento do SUS dos municípios goianos em relação à Atenção à Saúde Bucal. Levantar quais municípios possuem o indicador 19 da pactuação interfederativa de indicadores para os anos de 2017-2021 (Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica). Investigar se as metas em saúde bucal propostas no PMS são cumpridas e descritas no RAG. **Metodologia:** Pesquisa exploratória, com a análise documental de Planos Municipais de Saúde (PMS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) dos municípios de Goiás no período de 2018 a 2021. O critério para inclusão no estudo foi que o PMS fosse encontrado de forma online, se além do PMS

foram encontrados os 4 RAG (2018, 2019, 2020, 2021) esses documentos foram analisados. Se não foi encontrado o conjunto completo dos RAG somente o PMS foi analisado. Para analisar quais indicadores foram mais frequentes eles foram agrupados nas seguintes categorias: “Cobertura de saúde bucal”, “Ações preventivas,” “Número de procedimentos,” “Implantação de serviços,” “Manutenção de serviços,” “Proporção de 1ª Consulta,” “Capacitação de profissionais,” “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos,” e “Gestante,”. Também foram levantados quais municípios conseguiram cumprir as metas propostas. E quanto a presença de justificativa para o não cumprimento da meta, foi feita a análise direta do conteúdo apresentado pelos municípios. Por se tratarem de documentos oficiais e públicos e sem informações de seres humanos não foi preciso submeter a pesquisa a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e Discussão: De um total de 246 municípios em Goiás, somente 185 PMS referentes ao período de 2018-2021 estavam acessíveis para análise. Entre esses, 18 documentos foram excluídos devido à falta de abordagem da saúde bucal, resultando em um total de 167 PMS (67,9%) disponíveis para revisão em todo o estado. No que diz respeito aos indicadores de saúde bucal abordados nos documentos analisados, destaca-se que o indicador mais comum foi aquele relacionado à cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica, mencionado 84 vezes em 58 municípios (figura 1). A falta de indicadores e de dados compromete o ciclo de gestão do sistema de saúde (MILANI et al., 2020). Quanto às metas estabelecidas para a saúde bucal, dos 46 municípios que tiveram seus PMS e RAG analisados, apenas 29 conseguiram efetivamente alcançar as metas propostas (figura 2). Esse não cumprimento de metas pode ser devido a redução do financiamento em saúde (VIEIRA, 2020) ou simplesmente pelo mal planejamento da gestão, que recebe os recursos e acaba não utilizando, ou pela fragmentação do planejamento na própria secretaria de saúde em que cada componente ou área é responsável por suas metas e, ao final, fica difícil de concretizar as metas anuais (REUTER et al, 2016). Não foi possível realizar uma análise aprofundada das razões que levaram ao não cumprimento das metas na maioria dos casos. Exceções foram encontradas em Goiânia e Ceres, onde justificativas foram fornecidas, apontando questões como a escassez de profissionais devido a aposentadorias, afastamentos para atividades administrativas, impactos da pandemia e limitações de recursos para implementação de serviços. O fato de apenas 2 municípios apresentarem justificativas para o não alcance das metas em seus PMS pode denotar o uso desse instrumento de gestão de forma limitada, somente como acesso

aos recursos financeiros, sem o compromisso de compreender a realidade do processo saúde-doença da população (EGRY, 2017). **Considerações finais:** O estudo aponta para a necessidade de uma maior padronização e clareza na elaboração dos Planos Municipais de Saúde, especialmente no que diz respeito à saúde bucal. Além disso, destaca a importância de monitorar o cumprimento das metas estabelecidas e de fornecer justificativas transparentes em casos de não cumprimento. Isso pode contribuir para uma gestão mais eficaz dos serviços de saúde bucal nos municípios de Goiás e, possivelmente, em outras regiões do país.

Palavras-chave: SUS, saúde bucal, planejamento, gestão, plano de saúde.

Referências

1. EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S.; CAMPOS, M. A. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias de gênero e geração na episteme da práxis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, p. 119-133, set. 2013.
2. MILANI, M. L., ALMEIDA, H. A. DE, PEDRASSANI, D., & MARCHESAN, J. A Gestão e o Plano Municipal de Saúde do Município de Caçador, Santa Catarina. **Desenvolvimento Em Questão**, v. 18 n. 53, p. 266–287, 2020.
3. REUTER C.L.O; SANTOS V.C.F; BOTTEGA C.G.; ROESE A. Práticas de monitoramento na gestão municipal em saúde e sua interface com a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37(esp), 2016.
4. SÁ, C. R.; KUHNEN, M.; SANTOS, I. F.; ARRUDA, M. P.; TOASSI, R. F. C. Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. **Rev APS**, v. 18, n. 1, p. 92-101, 2015.
5. VIEIRA S. F. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Rev Saude Publica.** v. 54 n.127, 2020.

PERFIL CLÍNICO E FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO DOS PACIENTES COM HIV INTERNADOS NA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DE GOIÁS

GONÇALVES, João Marcus da Silva¹

REIS, Kamilla Falcão Barros¹

OLIVEIRA, Maysa Aparecida²

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

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

RESUMO

Introdução: A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) caracteriza-se como uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A AIDS surgiu como uma epidemia no final da década de 1970, tornando-se um dos mais graves problemas da saúde pública no mundo, com os primeiros casos detectados nos Estados Unidos, Haiti e África Central.^{1,2} No Brasil, os primeiros casos da doença surgiram no início da década de 1980 em São Paulo.² A infecção pelo HIV é o resultado de um amplo espectro de apresentações clínicas, que vai desde a fase aguda até a fase mais avançada da doença. A AIDS é definida mediante o aparecimento de infecções oportunistas (IO) e neoplasias.³ **Objetivos:** Descrever o perfil clínico e os fatores associados ao óbito dos pacientes com HIV internados na UTI Adulto de um Hospital de Referência em Infectologia de Goiás, no período 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2022. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal realizado a partir de dados secundários obtidos no Hospital de Referência em Infectologia e no Laboratório de Referência em Saúde Pública localizados em Goiás. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (CAAE: 67516423.3.0000.0034). Associações estatísticas foram verificadas pelo teste exato de Fisher ($\alpha=5\%$; $p<0,05$). Razão de prevalência, com intervalo de confiança (IC) de 95%, foi utilizada para avaliar a magnitude das associações entre o desfecho e as variáveis analisadas. **Resultados e discussão:** Nesse estudo, a maioria dos pacientes (54,4%) possuía diagnóstico recente de HIV (< 1 ano) e alguns com essa descoberta durante a internação. Similarmente, o estudo de Damasceno et al.⁴ demonstrou que 62,8% dos pacientes tiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV durante a internação. O tempo de

internação está diretamente relacionado ao maior risco de óbito, entretanto, de acordo com esse estudo, a prevalência de óbito foi 4 vezes maior ($IC_{95\%}$ 0,733 - 21,838) entre os pacientes que permaneceram internados na UTI entre 1-10 dias, porém menor entre os que permaneceram internados por mais de 50 dias (Tabela 2), observando-se associação significativa entre tempo de internação e óbito ($p=0,001$). Matias et al.⁵ descreveram taxa de mortalidade de 15,9% e prevalência de óbito de 56,3% em até 2 semanas de internação. Já Santos et al.⁶ observaram que 26,1% dos pacientes evoluíram para óbito em um período menor ou igual a 7 dias de internação. Esse estudo evidenciou que 76,5% dos pacientes apresentaram contagem LT-CD4+ ≤ 350 células/mm³, parâmetro este nacional de AIDS, sugestivo de diagnóstico tardio da infecção, tendo em vista que o curso médio para desenvolvimento da AIDS é de 8 anos a partir da infecção pelo HIV³. Ademais, 41,2% dos pacientes apresentaram carga viral (CV) >100 mil cópias/ml. Por consequência, os resultados mostraram que valores baixos de LT-CD4+ e altos de CV associaram-se significativamente ao óbito ($p<0,05$). Alguns estudos relataram perfil semelhante ao encontrado neste estudo. Matias et al.⁵, em estudo realizado em um hospital em Brasília, demonstraram que 37,2% dos pacientes apresentaram contagem de LT-CD4+ < 50 células/mm³, 38,2% entre 50 e 200 células/mm³ e 24,6% >200 células/mm³. Esses autores também observaram que 28,1% dos pacientes apresentavam CV <1.000 cópias/ml, 32,1% entre 1.000 e 100.000 cópias/ml, 29,6% entre 100.000 e 1.000.000 cópias/ml e 8,2% $> 1.000.000$ cópias/ml. Já Lustosa et al.⁷, em pesquisa realizada no Pará, com dados obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade e dos prontuários médicos dos Serviços de Assistência Especializada, observaram que em 30,2 % dos casos, a contagem de LT-CD4+ era < 200 células/mm³, enquanto em 44,2% dos casos, a CV era >50 cópias/ml. A introdução da terapia antirretroviral (TARV) associada ao uso de profilaxias das IO resultou em importante redução da morbimortalidade da AIDS, alterando seu status de doença infecciosa fatal para o de doença crônica e controlável. Fatores como a melhora clínica e imunológica, assim como a supressão viral são esperados nos indivíduos aderentes a esse tratamento.³ Grande parte dos pacientes desse estudo não era usuária de TARV (51,5%), sendo a prevalência de óbito significativamente maior nesse grupo. Sagrilo et al.⁸ evidenciaram que apenas 8,1 % dos pacientes com diagnóstico recente de HIV (<1 ano) eram usuários de TARV. **Conclusão:** O estudo demonstrou que a maioria dos pacientes possuía diagnóstico recente da infecção pelo HIV, sem a oportunidade de tratamento, contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm³

e carga viral > 100.000 cópias/ml. Observou-se letalidade de 85,3%, apesar da disponibilidade da TARV, capaz de promover a redução da incidência de infecções oportunistas, diminuir a necessidade e a complexidade das internações hospitalares, estabilizar a epidemia e aumentar a expectativa de vida. Entretanto, o processo de adesão é um elemento determinante para a efetividade clínica da TARV. **Palavras-chave:** AIDS; Diagnóstico Tardio; HIV; Medicamentos Antirretrovirais; Óbito.

Tabela 1. Perfil clínico dos pacientes com HIV (n=68) internados na UTI Adulto de um Hospital de Referência em Infectologia de Goiás, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2022.

Variáveis	Total (n =68)		Óbito (n = 58)		Não Óbito (n = 10)		RP (IC _{95%}) ³	p-valor ⁴
	n	%	n	%	n	%		
Tempo diagnóstico								0,618
< 1 ano	37	54,4	33	89,2	4	10,8	1,189 (0,668-2,117)	
Entre 1 e 5 anos	7	10,3	6	85,7	1	14,3	1,143 (0,602-2,171)	
Entre 6 e 10 anos	8	11,8	7	87,5	1	12,5	1,167 (0,625-2,176)	
Acima de 10 anos	4	5,9	3	75,0	1	25,0	1 (Referência)	
Sem informação	12	17,6	9	75,0	3	25,0	1,00 (0,520-1,922)	
Tempo de internação								0,001
1-10 dias	24	35,3	24	100,0	0	0,0	4,000 (0,733 - 21,838)	
11-20 dias	14	20,6	12	85,7	2	14,3	3,429 (0,620 - 18,972)	
21-30 dias	8	11,8	7	87,5	1	12,5	3,500 (0,628 - 19,469)	
31-40 dias	9	13,2	8	88,9	1	11,1	3,556 (0,641 - 19,718)	
41-50 dias	6	8,8	5	83,3	1	16,7	3,333 (0,588 - 18,891)	
51-60 dias	3	4,4	1	33,3	2	66,7	1,333 (0,129 - 13,743)	
>70 dias	4	5,9	1	25,0	3	75,0	1 (Referência)	
Contagem de LT-CD4+								0,007
<200 céls/mm ³	49	72,1	43	87,8	6	12,2	3,510 (0,641-19,226)	
Entre 200 e 350 céls/mm ³	3	4,4	2	66,7	1	33,3	2,667 (0,408-17,415)	
>350 céls/mm ³	4	5,9	1	25,0	3	75,0	1 (Referência)	
Sem informações	12	17,6	12	100,0	0	0,0	4,000 (0,733-21,838)	
Carga Viral								0,043
até 50 cópias/mL	13	19,1	8	61,5	5	38,5	1 (Referência)	
de 50 a 100 mil cópias/mL	15	22,1	14	93,3	1	6,7	1,517 (0,967-2,380)	
> 100 mil cópias	28	41,2	24	85,7	4	14,3	1,393 (0,883-2,197)	
Sem informações	12	17,6	12	100,0	0	0,0	1,625 (1,057-2,497)	

Continua na próxima página...

Tabela 1. Continuação...

Uso TARV¹								<0,050
Não	35	51,5	35	100,0	0	0,0	1,435 (1,146-1,797)	
Sim	33	48,5	23	69,7	10	30,3	1 (Referência)	
Esquema TARV								0,444
(TDF/3TC + DTG) ²	23	69,7	17	73,9	6	26,1	1,232 (0,703-2,159)	
Outros esquemas	10	30,3	6	60,0	4	40,0	1 (Referência)	

¹TARV: Terapia Antirretroviral. ²TDF: Tenofovir; 3TC: Lamivudina; DTG: Dolutegravir. ³Razão de prevalência. ⁴teste exato de Fisher.

Referências

1. Dartora WJ, Ânfior ÉP, Silveira LRP. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. Rev Cuid. [Internet]. 2017 [citado em 12 ago. 2023];8(3):1919-1928. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/462/863>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle do HIV/Aids: a Experiência Brasileira 1994 -1998 [Internet]. [citado em 12 ago. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hiv_aids_exp_bras.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [citado em 15 set. 2023] 412p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view
4. Damasceno LS, Pessoa GMF, Maia ACC, Gondim RAM. Evolução clínica de pacientes HIV positivos em uma unidade de terapia intensiva, no Nordeste do Brasil. Braz. J. Infect. Dis. [Internet]. 2022 [citado em 12 ago. 2023];26:102128. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-pdf-S1413867021005973>
5. Matias RN, Vale EFN. Perfil clínico/epidemiológico dos pacientes com infecção pelo HIV internados em enfermaria de infectologia de um hospital terciário do Distrito Federal no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2020. Braz. J. Infect. Dis. [Internet]. 2022 [citado em 12 ago. 2023];26:102140. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-pdf-S1413867021006097>
6. Santos JL, Coser J, Schneider FRL, Mugnol T, Moreira PR. Perfil clínico e epidemiológico de homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV/AIDS. Saúde Pesqui. [Internet] 2022 [citado em 15 set. 2023];15(1):1-13. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7688/6960>
7. Lustosa FDD, Souza Minuzzo EA, Pinto ARH, Martins ACR, Ferreira KG, Santos LC. Epidemiologia dos óbitos em pacientes vivendo com HIV/Aids em redenção, Pará. Braz. J.

Infect. Dis. [Internet]. 2022 [citado em 12 ago 2023];26:101838. Disponível em:
<https://www.bjid.org.br/en-pdf-S141386702100307X>

8. Sagrilo KK, Margatho AS, Furuya RK, da Silva DC, de Souza ABF, Cavéquia RS, Pieri FM. Uso de terapia antirretroviral por pacientes com HIV/Aids: associações com variáveis demográficas e clínicas. REAS [Internet]. 2020 [citado em 15 set. 2023];12(12):e5729-e5729. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5729/3380>

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO PROCESSO EM UM MUNICÍPIO

FERREIRA, Cristiana Terezinha Alexandre¹

PEREIRA, Edsaura Maria²

CAMPOS, Cláudio Silva³

1- Egressa do PPGSC- IPTSP-UFG; contato: ctapreta03@gmail.com

2- Universidade Federal de Goiás

3- Doutorando do Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública IPTSP/ UFG

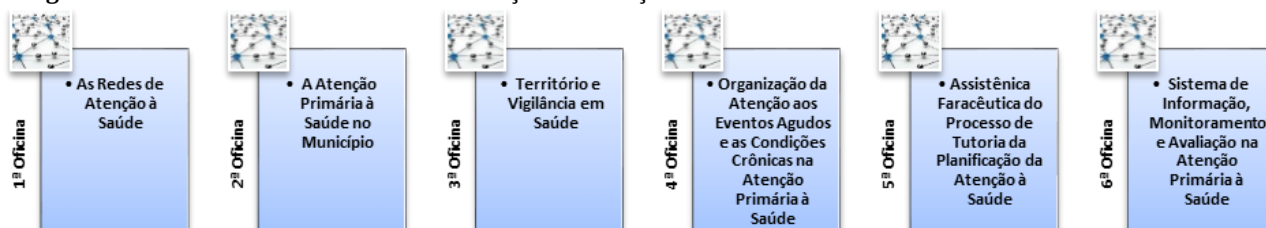
RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é internacionalmente considerada um modelo de atenção da assistência básica de saúde de um país, que se organiza por meio da descentralização do sistema, ordenação da rede de atenção e coordenação do cuidado. Esse modelo de atenção no Sistema Único de Saúde, SUS, tem o objetivo de possibilitar o acesso à saúde para a população de maneira contínua e integral, individual e coletiva, buscando responder às necessidades dos indivíduos desde a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde¹. A proposta da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), surge na perspectiva de uma APS resolutiva, ordenadora e responsável pela saúde da população, buscando reduzir indicadores relacionados as internações por causas sensíveis a Atenção Primária². Dessa forma, esse estudo tem como foco a Planificação da Atenção Primária à Saúde, com a proposta de organização, reformulação e implementação dos processos desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família, numa Unidade Laboratório (unidade escolhida para a implantação das mudanças estruturais e processuais, da planificação). Em Goiás, a planificação se deu por meio de oficinas temáticas (Figura 1), realizadas pelos preceptores da SES e das Regionais de Saúde e de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, capacitando preceptores municipais (tutores) que posteriormente realizaram as dispersões das propostas com os profissionais atuantes nas ESF dos municípios que aderiram ao projeto³. A implantação das mudanças nos macroprocessos se deu por meio da atividade de tutoria, como estratégia educacional, que favoreceu o aprimoramento das competências profissionais, em que o tutor, por meio da interação com os trabalhadores, construíram juntos as mudanças no processo de trabalho nas Unidades Laboratório³ (Quadro 1). **Objetivo:** A pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais da

Atenção Primária à Saúde quanto aos processos de trabalho da Unidade Laboratório. **Metodologia:** O estudo envolveu o levantamento teórico sobre a temática, dados secundários e dados primários realizados por meio de pesquisa de campo. Como técnica de pesquisa foi utilizada a entrevista semiestruturada com os profissionais da unidade e a análise dos dados aconteceu por meio da técnica de Análise de Conteúdo, adotando os pressupostos teóricos de Bardin⁵. **Resultados e Discussão:** Os resultados apontaram o reconhecimento entre os profissionais sobre o papel da Atenção Primária no sistema de saúde, a importância do planejamento e da organização dos serviços e atendimentos, destacando a percepção dos trabalhadores quanto o seu papel na construção coletiva dos processos de trabalho na Unidade Laboratório. Como potencialidade, identificou-se o impacto dos efeitos positivos causados no contexto laboral de cada profissional e do processo organizativo proposto pelas mudanças dos Macros e Microprocessos implantados na unidade. As fragilidades percebidas foram a dificuldade no planejamento, trabalho em equipe e a rotatividade profissional. **Considerações Finais:** Destaca-se que a Planificação da Atenção Primária à Saúde desenvolvida em uma Unidade Laboratório de um município goiano contribuiu para a melhoria da assistência a saúde da comunidade local. O estudo sugere que para o fortalecimento efetivo das ações na APS deve ser levado em conta o trabalho continuado, a integralidade das ações, e o alcance dos objetivos dos atributos essenciais em Atenção Primária⁶, pois acredita-se que as respostas positivas são reflexos do planejamento quanto ao trabalho nas unidades de saúde, e na conformação das Redes de Atenção à Saúde, RAS⁷. Por outro lado, foi identificada a escassez de estudos direcionados a temática da PAPS, o que dificulta a sistematização de experiências quanto a reorganização da Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora do sistema, destacando a necessidade de mais investigações sobre o tema.

Palavras chaves: Planejamento em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Tutoria.

Figura 1. Conteúdo das Oficinas da Planificação da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Própria autora, 2022.

Quadro 1. Distribuição dos momentos de tutoria

PLANIFICAÇÃO DA APS – TUTORIAS	
TUTORIA 1	Pactuação da equipe e organização da tutoria.
TUTORIA 2	Organização do acesso • Microprocessos Básicos: ○ Recepção ○ Fluxos internos ○ Prontuários da família
TUTORIA 3	• Macroprocessos Básicos: ○ Territorialização ○ Cadastro familiar ○ Classificação de risco familiar ○ Subpopulação alvo • Microprocessos Básicos: ○ Sala de vacina
TUTORIA 4	Atenção as condições crônicas na APS: ○ Estratificação por risco ○ Programação da agenda • Microprocessos Básicos: ○ Agendamento por blocos de hora
TUTORIA 5	Gestão da condição de saúde para as condições prioritárias (linhas de cuidados) • Microprocessos Básicos: ○ Esterilização ○ Higiene e limpeza ○ Programa de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde – PGRSS
TUTORIA 6	Atenção aos eventos agudos • Microprocesso Básico: ○ Curativo ○ Processos terapêuticos
TUTORIA 7	Sistema de gerenciamento: painel de bordo

Fonte: adaptado, MATOS E BARRA, 2017⁸

Referências

1. Matta, G. C.; Morosini, M. V. G. Atenção Primária a Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [on line]. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 02 abr. 2019.
2. CONASS, 2018; Planificação da Atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília, DF: CONASS, 2018.
3. Goiás. (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Projeto Planifica Goiás: guia consultores e tutores: A Planificação da Atenção à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiânia: SES-GO, 2021b, p.32.
4. Brasil, Ministério da Saúde. PLANIFICASUS: Guia para oficina tutorial. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo, SP: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020, v. 1.
5. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 3ª reimp. Da 1ª edição.2016.
6. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2002.
7. Mendes, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
8. Matos, M.A.B; Barra, R.P. Guia para tutoria da Planificação da Atenção Básica. Planificação da Atenção à Saúde. Guia para a formação dos tutores. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2017.

DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO ESTADO DE GOIÁS NO PERÍODO DE 2011 A 2021

CARDOSO, Janaina Pinheiro¹
OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes²
VILLELA, Edlaine Faria de Moura³

1 - Janaina Pinheiro Cardoso Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil; janainapinheiro@discente.ufg.br

2 - Ellen Synthia Fernandes de Oliveira Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil

3 - Edlaine Faria de Moura Villela Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasil

RESUMO

As doenças negligenciadas constituem um grupo de doenças associadas à pobreza, para as quais se confere baixo grau de prioridade, tanto nas agendas nacionais quanto na internacional, com baixo investimento em novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Algumas são consideradas emergentes ou reemergentes no país (dengue, leishmanioses), outras estão em estágio avançado de controle (doença de Chagas, filariose linfática, oncocercose, raiva), uma tem apresentado tendência decrescente (esquistossomose) e outras permanecem em relativa estabilidade (hanseníase, tracoma, cisticercose, hidatidose e geo-helminthíases). As doenças negligenciadas são um conjunto de doenças infecciosas que acometem principalmente populações mais pobres e vulneráveis, concentradas particularmente nos países em desenvolvimento. Estas têm merecido atenção de organismos internacionais – a exemplo da OMS – e de formuladores de políticas públicas, visto que têm forte impacto em mortalidade, morbidade e carga da doença, causando milhões de mortes e de anos de vida ajustados por incapacidade a cada ano. Descrever o panorama das políticas públicas para doenças negligenciadas no estado de Goiás nos anos de 2011 a 2021 e seu impacto nas ações de vigilância e promoção da saúde. Caracterizar a situação epidemiológica das doenças negligenciadas com maior ocorrência no estado de Goiás, apresentando as diretrizes existentes para as doenças negligenciadas mais prevalentes nos municípios do estado de Goiás; Identificar os desafios encontrados pelos profissionais de saúde durante a condução dos processos de vigilância e promoção da saúde no contexto das doenças negligenciadas. Descrever o papel das políticas nacionais de vigilância em saúde e de promoção da saúde na gestão das principais doenças negligenciadas apresentadas pelos profissionais de saúde; Propor recomendações para aprimorar as ações de vigilância em saúde e

otimizar os recursos disponível para as doenças negligenciadas apresentadas. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, BVS, Capes e Ministério da Saúde, além de documentação técnica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás no período do ano de 2011 a 2021. O método adotado para a realização foi o grupo focal constituído por servidores da saúde abordando suas vivências com as doenças negligenciadas, apresentando as dificuldades e os avanços conforme o agravo com o qual trabalham realizado no mês de março e de outubro de 2023. Foram encontradas as categorias a seguir: deficiência de investimento em programas direcionados as doenças negligenciadas, essas não são vistas como prioridade no programa de governo municipal. Sensação errônea de que doenças negligenciadas já estão erradicadas. Políticas públicas únicas para municípios com grande heterogenia, e com rodízio constante de profissionais que dificulta a continuidade do trabalho, demandando capacitação recorrente nos municípios. Profissionais dos municípios são responsabilizados por inúmeros agravos o que dificulta a priorização de ações específicas, devido à sobrecarga de trabalho. E a categoria que merece destaque é a categoria com relação a necessidade do amparo das políticas públicas no trabalho prestado ao usuário. A partir dos resultados, esta pesquisa permitiu a caracterização das doenças negligenciadas no estado de Goiás e importante discussão sobre a formulação de políticas públicas direcionadas a essa temática, reduzindo assim os impactos de morbimortalidade e incapacidades dessas doenças.

Palavras-chave: Doenças Negligenciadas; Políticas públicas; Pesquisa qualitativa.

Referências

1. BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. Decisions and nondecisions: an analytical framework. **The American Political Science Review**, Cambridge, v. 57, n. 3, p. 632-642, 1963.
2. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde Número Especial | Mar. 2021. ISSN 352-7864. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em 23 de Fevereiro 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde**. Rev. Saúde Pública 2010; 44(1): 200-202.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose :Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**: estratégias para 2021-2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 588, de 12 de Julho de 2018**. Brasília, 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
9. CAMARGO, E. P. **Doenças tropicais**. Estudos Avançados [online]. 2008, v. 22, n. 64, pp. 95-110. Epub 16 Nov 2009. ISSN 1806-9592. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300007>. Acesso em 1 Março 2022.
10. CAMPOS G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
11. CRUZ, A.E. da. **Doenças negligenciadas no Brasil**: responsabilidades pela persistência da negligência. 2010. 69 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.
12. DIAS, C. A. **Grupo focal**: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Informação e Sociedade, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2000.
13. DINIZ, D.S; TEIXEIRA, E.S; ALMEIDA, W.G.R de; SOUZA, M.S.M Covid-19 e Doenças Negligenciadas ante as desigualdades no Brasil: uma questão de desenvolvimento sustentável. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, V. 45, n. Especial 2, p. 43-55, dez 2021.
14. DYE, T. R. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972.
15. ESTADO DE GOIÁS. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. 1ª edição. Goiás: Governo do Estado de Goiás, 2020.
16. FARIA, C. A. P. A. Política da avaliação das políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, 2005.
17. FRANCO TB, MERTH EE. **Programa de Saúde da Família (PSF)**: contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial.. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.

18. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. 22ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
19. GORDIS, L. **Case-Control and Other Study Designs**. Epidemiology. 5. ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2013. cap. 10, p. 189-214.
20. HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying public policy: policy cycles and policy subsystems**. 2. ed. Toronto: Oxford University Press, 2003.
21. KIND, L. **Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais**. Psicologia em revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.
22. MAZUCATO, T. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Penápolis: FUNEPE, 2018. 96p.
23. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
24. MOREL, C. M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1522, ago. 2006.
25. NUNES, M.R.V; LIMA, B.S.S. Perfil Epidemiológico dos Casos de Hanseníase no Nordeste Brasileiro no Período de 2010-2017: Doença Negligenciada. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.13, N. 48p. 622-638, Dezembro/2019.
26. OLIVEIRA, M. C.; ASSIS, A.; TRAVAIN, S. Doenças Negligenciadas: proposta de uma sequência didática pautada no enfoque CTS. **Revista Insignare Scientia - RIS**, v. 2, n. 4, p. 332-348, 19 dez. 2019.
27. OLIVEIRA, R. G. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n., p. 2291-2302, 2018.
28. OLIVEIRA, V.E. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.880-894, 2016.
29. OLIVEIRA, M.; NEVES, MV., OLIVEIRA DC, & STRELOW, L. **Série temporal de doenças negligenciadas no Brasil: uma série histórica dos últimos 10 anos**.
30. PAIM JS. **Políticas de saúde no Brasil**. Epidemiologia e saúde. 6a. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-603.
31. PEGAIANI, K.N.A; PINTOA, N.S; BATISTON, A.P; SANTOS, M.L.M; CABRAL, K.V; BELLOCC, M.M. **Conferências de saúde e a hanseníase: ditos e silenciamentos sobre a doença negligenciada e seus estigmas**. Saúde Soc. São Paulo, v.32, n.3, e210889pt, 2023.
32. PORTA, M.A. **dictionary of epidemiology**. 6. Ed. New York: Oxford University Press, 2014.
33. RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enf.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

34. RODRIGUES, J. S. **Infusões à base de folhas de passifloras do cerrado:** compostos fenólicos, atividade antioxidante in vitro e perfil sensorial. 2012. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
35. RODRIGUES-Júnior, A. L. Inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2012, v. 17, n. 3 , p. 797-805. Epub 20 Nov 2012. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300027>. Acessado 23 Fevereiro 2022.
36. SANTOS, C.S; GOMES, A.M.T; SOUZA, F.S; PINHEIRO, G.M.L; RODRIGUES, Vanda Palmarella et al. Dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas. **Cogit. Enferm.** 2021, v26:e76116.
37. SILVA, J.A; SILVA, B.A; BATISTA, D.R. **Males da exclusão: o SANAR e o combate a doenças negligenciadas em Pernambuco.** Meta: Avaliação. Rio de Janeiro, v. 14, n. 45, p. 846-875, out./dez. 2022.
38. SILVA, A. CASTRO-SILVA, C. R., MOURA, L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e Sociedade [online]**. 2018, v. 27, n. 2, p. 632-645. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018172700>. Acessado 17 Março 2022.
39. SOUZA, M. K. B. et al. **Condições Sanitárias das Unidades de Saúde da Família:** desafios para o processo de trabalho, a saúde da população e a gestão em saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2015. No prelo.
40. SOUZA, W. **Doenças Negligenciadas.** 1ª edição. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.
41. THOFEHRN, M. B. et al. **Grupo focal:** uma técnica de recogida de datos em investigaciones cualitativas. Index de enfermeira, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1-2, p. 75-78, jun. 2013.
42. TRAD, L. A. B. **Grupos focais:** conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 777-796, 2009.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases.** Third WHO report on neglected diseases. Geneva: WHO; 2015.
44. XAVIER, C.A; BARBOSA, G.C.B. Doenças negligenciadas em Minas Gerais e determinantes sociais. **Revista Atenas Higeia**, 1(1), 1-6, 2019. Recuperado de <http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/6>
45. ZAIDAN R. **A química e as doenças negligenciadas:** busca por remédios mais eficazes e seguros. Com Ciência. 2011.

PROJETOS DE INTERVENÇÃO

SUMÁRIO

ESTRUTURAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANO DE ALTA HOSPITALAR POR INTERMÉDIO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIAS	163
NÍVEL DE CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 ACOMPANHADOS EM CENTRO ESPECIALIZADO DE GOIÁS	167
<i>CHECKLIST</i> PARA AUXÍLIO NA INVESTIGAÇÃO FÚNGICA LABORATORIAL: PROPOSTA DE INOVAÇÃO.....	170
TRATAMENTO MULTIMODAL PARA ÚLCERA DIABÉTICA CRÔNICA EM PACIENTE ACOMPANHADO EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	173
RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMORBIDADES SECUNDÁRIAS EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	178
ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS CASOS DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NO MUNICÍPIO DE SENADOR CANEDO, GOIÁS, BRASIL, 2023.....	183
REAL SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA DENGUE E CHIKUNGUNYA APÓS UMA BREVE BUSCA RETROSPECTIVA DE CASOS, CATALÃO, GOIÁS, ABRIL DE 2023.....	187

ESTRUTURAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PLANO DE ALTA HOSPITALAR POR INTERMÉDIO DO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIAS

MATA, Daianna Lima¹
PEREIRA, Juscelino Alves²
TRONCHA, Rafaela Camargo³

1 – Mestre em Nutrição e Saúde, tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Endocrinologia SES/GO; e-mail para contato: daiannadamata@gmail.com
2 – Mestre em Assistência e Avaliação em Saúde, Tutor de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma SES/GO.
3 – Advogada, Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão SES/GO.

RESUMO

Introdução: O Hospital de Urgências de Goiás - HUGO é uma unidade pública estadual voltada para assistência à saúde, ensino, pesquisa e extensão universitária que tem como prioridade o atendimento ao trauma, destinado a pacientes de qualquer faixa etária. Atua como uma unidade especializada em média e alta complexidade em urgência/emergência, porta aberta e referenciada. Contudo, nos últimos anos, o HUGO sofreu o impacto de várias transições de organizações sociais gestoras, em um curto espaço de tempo, que culminou na interrupção relevante e abrupta dos processos de trabalho, além de importante descontinuidade de diretrizes, protocolos e instrumentos de referências para os serviços, o que tem gerado resultados insatisfatórios diretamente para a assistência. Esse projeto de intervenção se perfez partir da percepção da fragmentação do cuidado, especialmente, em razão da ausência de instrumentos voltados para o planejamento de alta que permitam orientar e conduzir o percurso terapêutico de forma responsável e segura, concomitante à dificuldade de comunicação entre os profissionais e notáveis readmissões por causas evitáveis. **Objetivos:** Estruturar e institucionalizar o plano de alta hospitalar por intermédio do Plano Terapêutico Singular (PTS) no HUGO; institucionalizar o PTS como instrumento para planejamento de alta na unidade; qualificar a equipe assistencial para o preenchimento efetivo do PTS e viabilizar o planejamento de alta; estimular a comunicação efetiva e o alinhamento dos processos entre os profissionais da equipe multidisciplinar para preservar a efetividade na desospitalização; assegurar o preenchimento do PTS junto ao *software* de gestão hospitalar; melhorar a satisfação do usuário com a hospitalização; contribuir para redução

do tempo médio de permanência do grupo selecionado e levantar possível redução de custos com a adoção do PTS e plano de alta. **Descrição da Experiência:** Inicialmente fora utilizada a ferramenta 5W2H para planejamento e alinhamento efetivo das ações. Em todas as etapas de implantação e institucionalização do plano de alta foram aplicados ciclos PDSA para a melhoria contínua dos processos. Também foram utilizados indicadores para mensurar a eficiência dos resultados e para identificação de pontos de melhoria durante a execução do projeto. As etapas de execução da intervenção contemplaram: a)- estruturação do PTS na unidade como instrumento para o planejamento de alta; b)- desenvolvimento do Procedimento Operacional Padrão (POP) para detalhamento do preenchimento do PTS via software de gestão hospitalar; c)- elaboração de vídeo para otimizar a realização e o preenchimento do PTS; d)- qualificação de multiplicadores estratégicos para aplicação do PTS e preenchimento adequado no software de gestão; e)- coleta de dados para a construção dos indicadores – aplicação dos questionários; f)- execução do piloto com os pacientes da neuroclínica; g)- ajustes e qualificação após a estruturação do piloto; h)- análise dos indicadores e i)- pequenos ciclos de melhoria para alinhamentos e manutenção da proposta. Os nossos resultados demonstram uma transformação expressiva da realidade após a institucionalização do PTS para o planejamento da alta hospitalar aos usuários do HUGO. Verificou-se ao avaliar a satisfação quanto a presença da equipe médica e equipe multidisciplinar para esclarecer dúvidas, para planejamento de alta antes e após a aplicação do PTS, uma melhora expressiva da satisfação relatadas pelos usuários (0% vs 88,95 e 67% vs 88,9%), respectivamente. Ao analisar a satisfação dos participantes quanto a atenção que receberam nos momentos de angústia vivenciados durante a internação, notamos uma expressiva melhora após a aplicação do PTS e o planejamento de alta (53,3% vs 88,95%), em relação à satisfação com a comunicação da equipe médica sobre a previsão de alta (26,7% vs 55,7%) também foi observada a uma melhora expressiva da satisfação entre os amostrados e quando avaliado os prazos para cumprimentos de exames, procedimentos e administração de fármacos vislumbrou-se a elevação da percepção da satisfação (40,0% vs 77,6%), antes e após a aplicação do PTS. Ainda, quando avaliada a satisfação quanto ao tratamento recebido na unidade notamos um salto (73,3% vs 100%) que, para este item, a satisfação integral entre os usuários foi alcançada. Outro aspecto importante foi a notória melhora da percepção da experiência pelos usuários durante a jornada

hospitalar (53,3% vs 88,9%). Nossos resultados expressam que a percepção da participação e dos esclarecimentos por parte da equipe médica foram positivos e conferiu a redução da insatisfação, melhora da satisfação com esse grupo clínico e da experiência hospitalar. Ao ponderar os resultados expressivos visualizados na avaliação do tratamento, que atingiu o percentual máximo de satisfação após o PTS, assim como, o respeito ao cumprimento de prazos estabelecidos para realização de exames, procedimentos, administração de medicamentos e para a própria previsão de alta, podemos inferir o quanto o planejamento da alta hospitalar se perfaz como uma estratégia eficaz para customização do cuidado, melhora da comunicação entre a equipe de saúde e os usuários e melhora da satisfação durante a jornada hospitalar. Um ponto a ser evidenciado foi o resultado obtido quanto à experiência do paciente com sua internação e cuidado no HUGO que refletiu a responsabilidade com que as equipes vêm conduzindo seus processos de trabalho e, ainda, o sentimento de pertencimento para a qualidade da assistência. **Considerações finais:** É possível inferir que o PTS se perfaz como uma estratégia efetiva para o planejamento de alta em unidades prestadoras de serviço em saúde. E que, nessa perspectiva, abrem-se espaços dialógicos entre a equipe de saúde viabilizando a aplicação da clínica ampliada e customização do cuidado em saúde. Em que pese a relevância de centrar o cuidado na pessoa, a estruturação do PTS se solidifica como uma excelente estratégia, para mais, atua como um sustentáculo para a comunicação eficiente entre a equipe e para a resolubilidade de intercorrências relacionadas à jornada do usuário. Verifica-se que essas ações impactam expressivamente a redução do custo com a internação.

Palavras-chave: Alta do Paciente; Assistência Integral à Saúde; Assistência Centrada na Pessoa.

Referências

1. Weber LAF, Lima MAD da S, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2017 Jul28;22(3):476–87. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/792b/2be624d046b424d249fd0ad6cb691f02825d.pdf>
2. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care Transitions. *Journal of Nursing CareQuality*. 2015;30(3):233–9.
3. Ribas E do N, Bernardino E, Larocca LM, Neto PP, Aued GK, da Silva CPC. Nurseliasion: a

strategy for counter-referral. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 23];71(1). Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0546.pdf

4. Fialho FH, Lacerda LHR, Borborema TRF, Pereira FR. Planejamento de Alta Hospitalar de Enfermagem e Transição Hospital/Domicílio do Paciente: Uma Revisão Sistemática [Internet]. docplayer.com.br. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, MG; 2019[cited 2023 May 16]. Available from: <https://docplayer.com.br/226782818-Planejamento-de-alta-hospitalar-de-enfermagem-e-transicao-hospital-domicilio-do-paciente-uma-revisao-sistemica-resumo.html>.
5. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 Jan27;1(1):1–10.
6. Colli M, Zani AV. Validation of a nursing discharge plan for pregnant and high-risk puerperal women. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*. 2016;20(7):1–7.
7. Wachholz LF, Knih S da S, Martins SR, Magalhães ALP, Brehmer LC de F, Martins M da S. Alta hospitalar do paciente transplantado hepático: revisão integrativa. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020;24(4):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0346>
8. Souza NF de, Vilhena AO de, Santos MN de A, Monteiro NJ. Planejamento da alta hospitalar para pacientes submetidos a revascularização do miocárdio: desafios à atuação do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. 2020 Nov 6;25(2176-9133).
9. Lima CVC, Moura M dos SR, Cavalcante MV da S. Projeto Terapêutico Singular como Abordagem Multiprofissional no Hospital. *Revista Portal: Saúde e Sociedade* [Internet]. 2017 Oct 15 [cited 2023 May 16];2(2):472–82. Available from: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3018>.
10. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Rev Texto Contexto Enferm*. 20(3): 493-502, 2011.

NÍVEL DE CONHECIMENTO E AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 ACOMPANHADOS EM CENTRO ESPECIALIZADO DE GOIÁS

LIMA, Ana Caroline de Oliveira¹

CUNHA, Isabela Alves²

OLIVEIRA, Jordana Campos Martins³

PACHECO, Geovana Cristina Batista⁴

1 - Fisioterapeuta pela Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, Distrito Federal; Residente em endocrinologia pela Escola de Saúde de Goiás no Hospital Estadual Dr Alberto Rassi, Goiânia, Goiás. Contato do autor principal: anacarolinefisio@gmail.com

2 - Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Goiânia, Goiás; Residente em endocrinologia pela Escola de Saúde de Goiás no Hospital Estadual Dr Alberto Rassi, Goiânia, Goiás.

3 - Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás (UEG); Mestre em ciências da saúde pela Universidade Federal de Goiás; Tutora da Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Estadual Dr Alberto Rassi; Professora do Centro Universitário Araguaia, Goiânia, Goiás;

4 - Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás; Especialista em Endocrinologia pela Residência Multiprofissional da Secretaria Estadual de Saúde do Goiás; Pós graduada em Fisioterapia Hospitalar com foco em Terapia Intensiva; Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Endocrinologia no Hospital Estadual Dr Alberto Rassi.

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica e complexa que afeta 10,5% da população adulta, entre 20-79 anos, com projeções de aumento de 46% para 2025, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública mundial¹. O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desenvolve-se de forma gradual, e é evidenciada pela resistência do organismo à insulina e uma deficiência parcial na produção de insulina pelas células β pancreáticas, somado às irregularidades na liberação de incretinas². O DM2 possui etiologia multifatorial e está associado aos maus hábitos de vida, como inatividade física, obesidade e sedentarismo, além disso, o histórico familiar, como dislipidemia e síndrome metabólica, e o processo de envelhecimento pode influenciar no seu acometimento³. O gerenciamento adequado é crucial para manter a doença sob controle, e o indivíduo com DM2 tem o papel central em executar, todos os dias, cuidados vinculados ao seu tratamento⁴. **Objetivo:** Avaliar o nível de autocuidado em pacientes com DM2 acompanhados em um Centro Estadual de Atenção ao diabetes. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Dr Alberto Rassi (HGG), realizado com indivíduos de idade superior a 40 anos, com diagnóstico clínico de DM2, de ambos os sexos, com autorrelato de

sedentarismo ou nível de atividade física inferior a 150 minutos por semana, e que tenham concordado e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Em primeiro momento, foi realizada a aplicação de um questionário sociodemográfico com perguntas relacionadas a presença de complicações como: neuropatia, nefropatia e retinopatia diabética, assim como o tempo de diagnóstico da doença. Em seguida foi realizada a aplicação do Questionário de Autocuidado com o Diabetes (QAD), ao qual contempla sete dimensões de autocuidado: alimentação geral e específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, administração de medicamentos e consumo de tabaco. Sendo analisado a frequência semanal de adesão a essas práticas, com pontuações variando de 0 a 7 pontos, apresentando um score máximo de 105 pontos, onde scores mais elevados indicam uma melhor adesão ao autocuidado com o Diabetes. **Resultados:** Analisamos uma amostra composta por 100 indivíduos, com o objetivo de compreender melhor as características e complicações associadas à doença em questão. Na amostra estudada, há uma predominância do gênero feminino (72,7%) e uma alta prevalência de diagnósticos com duração acima de 10 anos (63,9%). Este dado é preocupante, dado os altos índices de complicações associadas que foram identificados, como a nefropatia, presente em 13,2% dos indivíduos, retinopatia em 28,6% e um percentual alarmante de quase 90% dos participantes acometidos pela neuropatia diabética. Ao avaliar o QAD, os resultados indicaram uma pontuação média de 53 ± 16 pontos. Esta pontuação sinaliza um baixo nível de adesão ao autocuidado entre os indivíduos, uma preocupação significativa para a gestão eficaz da doença. Especificamente, chamou a atenção a identificação de pontuações particularmente baixas em itens cruciais. Por exemplo, apenas 29% dos respondentes relataram ter seguido uma alimentação saudável nos últimos 7 dias. Alarmantemente, 64% não realizou nenhum tipo de exercício físico no mesmo período, 37% não monitorou sua glicemia e 47% não possui o hábito de examinar regularmente os pés. **Discussão:** Pacientes com um diagnóstico a longo prazo possuem uma maior predisposição a acomodação a rotinas de hábitos de vida inadequados, o que pode justificar o menor engajamento em práticas de autocuidado. Esse prolongado período desde o diagnóstico também pode ser um indicativo da presença de complicações adicionais relacionadas à doença. Assim, é crucial entender que o déficit no autocuidado, observado especialmente entre aqueles com mais de uma década de diagnóstico, pode estar intrinsecamente ligado a uma série de

fatores, incluindo a duração da doença e a presença de complicações. A equipe multiprofissional tem desempenhado um papel fundamental na orientação de pacientes com DM2, abordando diferentes facetas do autocuidado associado à doença, enfatizando a necessidade da prática regular de exercícios físicos, manutenção de uma dieta equilibrada, monitorização da glicemia e os cuidados com os pés. No entanto, apesar dos esforços contínuos da equipe, ainda se observa um déficit de conhecimento acerca dessas práticas na população atendida. **Conclusão:** Dessa forma, reforça-se a necessidade de novas estratégias de educação em DM, uma doença complexa e crescente que representa um desafio de saúde pública global, direcionadas a essa população, buscando influenciar positivamente no controle metabólico da doença, favorecer o autogerenciamento dos cuidados e auxiliando na redução de complicações crônicas, ressaltando a responsabilidade coletiva, tanto dos profissionais da saúde, quanto dos pacientes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Equipe multiprofissional; Prevenção primária.

Referências

1. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10. ed. Brussels, Belgium, 2021.
2. RODACKI, Melanie; MONTENEGRO, Renan; BERTOLUCI, Marcello. **Classificação do diabetes**. 2023. ed. Online: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022.
3. FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz et al. **Chronic complications arising from Diabetes mellitus: a narrative literature review**. 4. ed. Online: Research, Society and Development, 2021. v. 10.
4. SILVA, Roberta De Oliveira et al. **Application of the Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (SDSCA) during the COVID-19 pandemic**. 15. ed. Society and Development Research: Online, 2022. v. 11.

CHECKLIST PARA AUXILIO NA INVESTIGAÇÃO FÚNGICA LABORATORIAL: PROPOSTA DE INOVAÇÃO

SILVA, Kelly Oliveira Galvão da¹
OLIVEIRA, Gabriela Cavalcante²
SOARES, Ailton Jose³
FURTADO, Andrea Candida da Silva⁴
DIAS, Disley Xavier Rodrigues⁵
MANRIQUE, Edna Joana Cláudio⁶

- 1 - Laboratório de Saúde Pública do Estado de Goiás, LACEN- GO, Goiânia- GO, Brasil; Universidade Federal de Goiás - UFG, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública - IPTSP, Laboratório de Micologia, Goiânia, GO, Brasil, kelly.silva@goias.gov.br
2 - Laboratório de Saúde Pública do Estado de Goiás, LACEN- GO, Goiânia- GO, Brasil.
3- Laboratório de Saúde Pública do Estado de Goiás, LACEN- GO, Goiânia- GO, Brasil.
4- Laboratório de Saúde Pública do Estado de Goiás, LACEN- GO, Goiânia- GO, Brasil.
5- Laboratório de Saúde Pública do Estado de Goiás, LACEN- GO, Goiânia- GO, Brasil.
6- Laboratório de Saúde Pública do Estado de Goiás, LACEN- GO, Goiânia- GO, Brasil e Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO, Goiânia, GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: O avanço científico-tecnológico no âmbito laboratorial no que se refere aos microrganismos causadores de doenças fúngicas proporcionou o reconhecimento de novos agentes e a reclassificação desses. Atualmente, a micologia médica ganhou destaque no cenário das doenças infecciosas, principalmente devido a dispersão em diversos ambientes, ao potencial patogênico oportunístico e ao considerável número de espécies fúngicas relacionado como patógeno primário de infecção. O diagnóstico de muitas micoses é realizado pelas características macro e micromorfológicas das colônias isoladas de materiais clínicos e de estruturas patognomônicas do fungo diretamente nos tecidos. Em alguns casos, devido à grande variedade de agentes fúngicos, o diagnóstico torna-se difícil. Informações na fase pré-analítica sobre epidemiologia e os aspectos clínicos das lesões auxiliam a fase analítica. Assim, a hipótese diagnóstica e a descrição da história clínica são as bases para conduzir o fluxo laboratorial. Diante disso, o desenvolvimento do estudo foi elaborar um instrumento com foco para o laboratório de micologia, com a finalidade de sanar a problemática da falta de informações no pedido médico. **Descrição da experiência:** Inicialmente, foram realizados momentos de discussões entre os profissionais da equipe de micologia, na tentativa

de verificar o motivo deste problema. Pensou-se, como estratégia, a elaboração de um instrumento complementar a solicitação médica. Nesse sentido, produziu-se um *checklist* com informações complementares ao pedido médico, o qual ficará disponível no formato QR Code e/ou impresso nas Unidades de Saúde para preenchimento e envio junto ao material clínico destinado à cultura de fungos, visto que o propósito é auxiliar o médico na anamnese e o micologista no diagnóstico laboratorial das micoses. Dessa forma, foram agrupados dados referentes a: Identificação pessoal, história clínica resumida / comorbidade, característica / aspecto da lesão, localização da lesão, contato com animais e material para o exame, conforme figura abaixo;

Figura 1. QR Code do Formulário modelo *Checklist* para solicitação de cultura de fungos.



Fonte: próprio autor

Considerações finais: Assim, a lacuna da fase pré-analítica será assistida pelo preenchimento do instrumento, que funcionará como uma forma de comunicação, entre o médico e a equipe do laboratório de micologia. A título de implementação sugere-se que seja apresentado aos serviços de saúde para que haja melhor adesão dos profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Anamnese; Cultura; Fungos; Lista de Checagem; Fase Pré-analítica.

Referências

1. Borman AM, Johnson EM. Name Changes for Fungi of Medical Importance, 2020 to 2021. *J Clin Microbiol.* 2023 Jun 20;61(6):e0033022. doi: 10.1128/jcm.00330-22. Epub 2023 Mar 28. PMID: 36975779; PMCID: PMC10281194.
2. Zaitz C. *Compêndio de Micologia Médica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010;
3. Mezzari A, Fuentefria A. *Micologia no Laboratório Clínico*. 1ª ed. São Paulo: Manole Ltda; 2012.
4. Lopes-Bezerra LM, Mora-Montes HM, Zhang Y, Nino-Vega G, Rodrigues AM, de Camargo ZP, de Hoog S. Sporotrichosis between 1898 and 2017: The evolution of knowledge on a changeable disease and on emerging etiological agents. *Med Mycol.* 2018 Apr 1;56(suppl_1):126-143. doi: 10.1093/mmy/myx103. PMID: 29538731.
5. Reis CMS, Reis-Filho EGM. Mycetomas: an epidemiological, etiological, clinical, laboratory and therapeutic review. *An Bras Dermatol.* 2018 Jan-Feb;93(1):8-18. doi: 10.1590/abd1806-4841.20187075. PMID: 29641691; PMCID: PMC5871356.
6. Maleszka R, Adamski Z. Clinical and diagnostic aspects of dermatophyte onychomycosis. *Mycoses.* 1998 Jan-Feb;41(1-2):67-72. doi: 10.1111/j.1439-0507.1998.tb00380.x. PMID: 9610138.
7. Sylla K, Tine RCK, Sow D, Lelo S, Dia M, Traoré S, Faye B, Dieng T. Epidemiological and Mycological Aspects of Onychomycosis in Dakar (Senegal). *J Fungi (Basel).* 2019 Apr 29;5(2):35. doi: 10.3390/jof5020035. PMID: 31035727; PMCID: PMC6617230.

TRATAMENTO MULTIMODAL PARA ÚLCERA DIABÉTICA CRÔNICA EM PACIENTE ACOMPANHADO EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LIMA, Ana Caroline de Oliveira¹

CUNHA, Isabela Alves²

OLIVEIRA, Jordana Campos Martins³

PACHECO, Geovana Cristina Batista⁴

1- Fisioterapeuta pela Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, Distrito Federal; Residente em endocrinologia pela Escola de Saúde de Goiás no Hospital Estadual Dr Alberto Rassi, Goiânia, Goiás. Contato do autor principal: anacarolinefisio@gmail.com

2- Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Goiânia, Goiás; Residente em endocrinologia pela Escola de Saúde de Goiás no Hospital Estadual Dr Alberto Rassi, Goiânia, Goiás.

3- Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás (UEG); Mestre em ciências da saúde pela Universidade Federal de Goiás; Tutora da Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Estadual Dr Alberto Rassi; Professora do Centro Universitário Araguaia, Goiânia, Goiás.

4- Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás; Especialista em Endocrinologia pela Residência Multiprofissional da Secretaria Estadual de Saúde do Goiás; Pós graduada em Fisioterapia Hospitalar com foco em Terapia Intensiva; Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Endocrinologia no Hospital Estadual Dr Alberto Rassi.

RESUMO

Introdução: A úlcera diabética é uma das complicações mais sérias associadas ao diabetes mellitus (DM). Ao longo da vida, um paciente diabético tem uma probabilidade alarmante de até 25% de desenvolver essa condição. A existência de úlceras crônicas que não se curam é um sinal avançado da doença, podendo indicar infecções graves e até mesmo levar a amputações. A presença de úlceras afeta a qualidade de vida desta população, apresentando limitações nas atividades de vida diárias e uma preocupação constante com a saúde dos pés¹. Apesar da adoção de uma abordagem interdisciplinar, que engloba o monitoramento da glicose, atenção cotidiana à região afetada, proteção dos pés, uso de antibióticos e intervenções cirúrgicas para revascularização, as úlceras crônicas demandam um período considerável para se regenerarem completamente². A recuperação eficaz das feridas envolve um complexo processo que reúne eventos biológicos e moleculares, desde a movimentação das células, passando por sua multiplicação, até a formação da matriz extracelular³. A laserterapia de baixa frequência é uma técnica utilizada para auxiliar na recuperação de lesões, induzindo respostas bioquímicas, bioelétricas e bioenergéticas no organismo. Seu propósito principal

é potencializar e acelerar o processo de regeneração tecidual⁴. **Objetivo:** relatar a experiência da equipe multiprofissional no tratamento de úlcera diabética crônica de difícil cicatrização de um paciente acompanhado no ambulatório de tratamento e prevenção do pé diabético em um centro estadual de atenção ao diabético. **Descrição da experiência:** trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, da assistência prestada a um paciente do sexo masculino com úlcera diabética neuro isquêmica na fáscia plantar do pé esquerdo há aproximadamente 4 anos. Esta úlcera foi ocasionada pela ruptura do tecido por uma calosidade, evoluindo para desbridamento da lesão em centro cirúrgico devido à infecção e lesão necrótica da área, seguida de amputação do hálux, observada na figura 1. O paciente, tabagista, apresentava na admissão descontrole glicêmico, internações recorrentes, autocuidado prejudicado, negação da doença e negligência medicamentosa. Este paciente foi classificado como risco 03, baseado na classificação e estratificação de risco de perda da sensibilidade protetora e na presença de doença arterial periférica, caracterizando-se como polineuropatia com risco de ulceração. Outra característica importante, é o índice tornozelo-braquial (ITB) ao qual refere-se à proporção da pressão arterial sistólica das artérias do tornozelo (tibial anterior ou posterior) em relação à artéria braquial. Em condições padrão, o ITB tem valores de referência que variam entre 0,9 e 1,30. No paciente em questão, o ITB do membro inferior esquerdo (MIE) foi de 0,72, enquanto no membro inferior direito (MID) foi de 1,0. Quando esse índice ultrapassa 1,3, geralmente indica artérias incompressíveis nas pernas, condição frequentemente associada ao endurecimento vascular relacionado à idade ou à calcificação da camada média em indivíduos com diabetes. Por outro lado, um ITB abaixo de 0,9, como observado no MIE do paciente, sugere uma possível insuficiência na circulação arterial das pernas, já que a pressão do sangue chegando nessa região é inferior à dos braços. O valor de 1,0 no MID encontra-se dentro da faixa normal, mas é importante considerar o valor reduzido no membro esquerdo ao avaliar a saúde vascular global do paciente. Ele iniciou o tratamento com a equipe de fisioterapia e enfermagem no ambulatório de pé diabético, onde recebeu atendimento semanal, devido à sua dificuldade financeira e de locomoção até a unidade. Para o tratamento deste paciente foi traçado o plano que incluiu fotobiomodulação com aplicação de laserterapia de baixa potência usando a caneta 660NM, 7 joules, no modo contínuo. Esta terapia foi associada a curativos, ambos realizados uma vez por semana. Além disso, como parte integral do

tratamento, atividades de educação em saúde foram realizadas em todos os atendimentos com orientações sobre a importância e atitudes para atingir o controle glicêmico, bem como exercícios para melhora da circulação e órteses para redução da descarga de peso no membro inferior afetado. Visto que ele tinha uma úlcera diabética de difícil cicatrização por quase quatro anos, essa condição não só representava uma ameaça direta à sua saúde, mas também foi a causa de várias reinternações hospitalares devido a infecções recorrentes. Um dos principais desafios no tratamento desta úlcera eram as constantes infecções, baixa adesão do paciente às orientações, autocuidado prejudicado e a disfunção arterial associada. Entretanto, o plano de tratamento proposto com a associação de fotobiomodulação, curativo e educação em saúde mostraram-se extremamente eficaz para este paciente, resultando na cicatrização total da lesão após 57 sessões de tratamento, ao qual podemos observar essa evolução nas figuras 2, 3 e 4. Em 1 ano e 3 meses de acompanhamento, o paciente não necessitou de antimicrobiano, não houve necessidade de novas internações, e houve evidente melhora do autocuidado e controle glicêmico. **Conclusão:** após a cicatrização da úlcera, a equipe multiprofissional pôde observar de maneira clara os benefícios do trabalho interdisciplinar em pacientes com dm, com a associação da fotobiomodulação, curativo e educação em saúde. Este método se mostrou extremamente eficaz no auxílio à cicatrização de uma úlcera crônica independente do tempo e das comorbidades associadas. O relato deste caso ressaltou a importância da implementação de novas técnicas e tratamentos aos ambulatórios de pé diabético que abordam feridas de difícil cicatrização, no intuito de reduzir número de internações, risco de infecções, piora clínica pelo descontrole glicêmico, prevenir amputações, diminuição da capacidade funcional, com consequente diminuição nos gastos públicos. **Palavras-chave:** Diabetes Mellitus; Fisioterapia; Laserterapia; Úlcera diabética; Equipe multidisciplinar;

Figura 1. Início do tratamento



Figura 2. Após 5 meses



Figura 3. Após 11 meses



Figura 4. Final do tratamento



Referências

1. HUANG, Jing *et al.* **O efeito da terapia com laser de baixa intensidade nas úlceras do pé diabético: Uma meta-análise de ensaios clínicos randomizado.** International Wound Journal published by Medicalhelplines.com Inc (3M) and John Wiley & Sons Ltd., 2021.
2. MING, Lim Jonathan Zhang; LYNN, Ng Natasha Su; CECIL, Thomas. **Prevention and treatment of diabetic foot ulcers.** *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2017 Jan 24; 110(3):104-109. DOI 10.1177/0141076816688346.

3. AHMAD, Kaviani *et al.* **A randomized clinical trial on the effect of low-level laser therapy on chronic diabetic foot wound healing: a preliminary report.** *Photomedicine and Laser Surgery*. 2011;29(2):109-14. DOI 10.1089/pho.2009.2680.
4. LIMA, Santos Taiane *et al.* **Importância da laserterapia no tratamento de feridas.** *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*. 2021; 15 DOI <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9078.2021>.

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMORBIDADES SECUNDÁRIAS EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

CUNHA, Isabela Alves¹

LIMA, Ana Caroline de Oliveira²

OLIVEIRA, Jordana Campos Martins³

PACHECO, Geovana Cristina Batista⁴

1 - Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Goiânia, Goiás; Residente em endocrinologia pela Escola de Saúde de Goiás, Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi, Goiânia, Goiás;

2 - Fisioterapeuta pela Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, Distrito Federal. Residente em endocrinologia pela Escola de Saúde de Goiás no Hospital Estadual Dr Alberto Rassi, Goiânia, Goiás;

3 - Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Mestre em ciências da saúde pela Universidade Federal de Goiás; Tutora da Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Estadual Dr Alberto Rassi; Professora do Centro Universitário Araguaia, Goiânia, Goiás;

4 - Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Goiás, Especialista em Endocrinologia pela Residência Multiprofissional da Secretaria Estadual de Saúde, Pós graduada em Fisioterapia Hospitalar com foco em Terapia Intensiva , Preceptora da fisioterapia no Programa de Residência Multiprofissional em Endocrinologia.

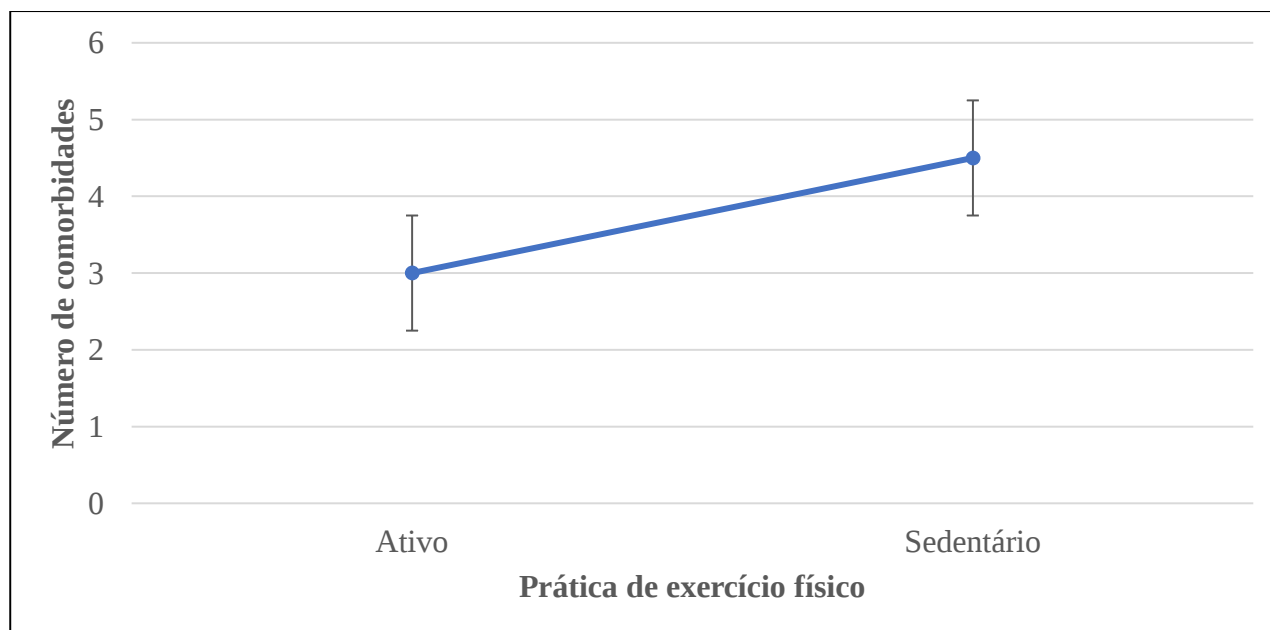
RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma patologia metabólica crônica marcada por aumento persistente dos níveis de glicose no sangue, influenciado por fatores externos e agravado por condições clínicas agudas¹. A origem do DM2 é multifatorial, composta por elementos de risco imutáveis, como idade, gênero e predisposição genética, além de fatores mutáveis, como o estilo de vida². A incidência do DM2 aumenta com o envelhecimento, sendo mais comum aos 55 anos de idade³. Fatores de risco como hipertensão arterial, desequilíbrios nos níveis lipídicos, excesso de peso ou obesidade, frequentemente agravados por hábitos alimentares inadequados e inatividade física, provocam complicações na saúde dos indivíduos portadores de DM2⁴. Devido à sua condição sistêmica, o DM2 provoca complicações como a retinopatia diabética, a neuropatia diabética, a doença renal diabética, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral^{5,6}. Essas condições complementares resultam em desequilíbrios globais para o indivíduo, prejudicam seu estado clínico e colaboram para a perda de capacidade funcional e déficits motores⁷. A relação entre o sedentarismo e fatores socioeconômicos é um agravante significativo no desenvolvimento do DM2⁸. A prática de exercício físico desempenha um papel importante no controle metabólico de indivíduos com DM2 e contribui para intervenções não

medicamentosas⁹. Isso resulta em efeitos fisiológicos benéficos, como a redução do peso corporal, o aprimoramento do tônus muscular, a otimização da frequência cardíaca e da função respiratória, a melhora do funcionamento das vias metabólicas responsáveis pela síntese de glicose e o aumento da atividade glicogênica no músculo esquelético⁹. É recomendada pela Organização Mundial da Saúde a prática de exercício físico por pelo menos 150 minutos semanais para que o indivíduo seja considerado ativo¹⁰. Além disso, diretrizes afirmam que os efeitos fisiológicos e os benefícios sistêmicos do treinamento físico são favoráveis para a melhora do bem-estar e da saúde de indivíduos com DM2¹¹. Porém, indivíduos portadores de DM2, em sua maioria, adotam um estilo de vida menos saudável e têm menor aderência a tratamentos não farmacológicos, como a prática de exercício físico¹². **Objetivo:** Mensurar e correlacionar o nível de atividade física e o número de comorbidades secundárias em indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Metodologia:** Estudo do tipo observacional transversal, realizado com indivíduos de ambos os sexos, portadores de DM2, com idade superior a 40 anos. Foram excluídos indivíduos que apresentaram instabilidade clínica, portadores de doenças osteomioarticulares e/ou neurológicas e feridas que limitavam o movimento, que utilizavam próteses de membros inferiores e que apresentavam amputação acima do nível de Lisfranc. No âmbito dos aspectos éticos, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Alberto Rassi (HGG) sob número de parecer: 5.971.473 e os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para caracterização da amostra foi aplicado um questionário sociodemográfico construído pela equipe pesquisadora e composto por dados como idade, sexo, peso, altura, número de comorbidades ou doenças além do DM2, tratamento farmacológico utilizado, renda mensal familiar e histórico sobre a prática de exercício físico. A análise estatística foi realizada por meio do programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 23.0, com resultados expressos em frequência e porcentagem, média e desvio padrão, teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação da normalidade de distribuição das variáveis e Teste de Correlação de Spearman para variáveis não paramétricas. **Resultados e discussão:** A amostra foi composta por 99 indivíduos sendo 72,7% mulheres e 27,3% homens, com predominância de idade entre 60 e 69 anos (40,4%) e renda mensal familiar prevalente entre 1 e 2 salários mínimos (66,7%). A altura média da amostra foi de 1,60±0,1 m, o peso médio correspondeu

a $75,04 \pm 13,68$ Kg e o IMC a $29,5 \pm 6,76$ Kg/m². Dessa maneira, evidencia-se sobrepeso nível 2, que está relacionado a maior risco de desenvolvimento de outras patologias como as doenças cardiovasculares, comumente associadas a condições metabólicas como a DM2¹³. Em relação ao sedentarismo 22,2% dos indivíduos relataram praticar mais de 150 minutos semanais de exercício físico, sendo ressaltada prevalência de indivíduos sedentários (77,8%). O sedentarismo contribui para a resistência a insulina e para o aumento dos níveis lipídicos na circulação sanguínea¹⁴. Assim, um estilo de vida ativo promove aumento da capacidade física e pode atenuar o risco de morbidade e mortalidade nos indivíduos¹⁴. Ainda, o estilo de vida sedentário tem sido reconhecido como um fator de risco independente para doenças cardiovasculares¹⁵. O incremento da atividade física, que envolve modalidades ocupacionais, domésticas e de lazer, se relaciona com ganho de saúde, maior qualidade e expectativa de vida¹⁵. Em relação ao tratamento farmacológico, 54,6% dos indivíduos relataram utilizar mais de sete medicamentos diferentes e sobre a quantidade de comorbidades, todos relataram ter pelo menos uma condição além do DM2 (5,1%) e o número de patologias associadas chegou a nove (2%). Sobre a presença de patologias, 22 indivíduos relataram três condições secundárias ao DM2, 18 indivíduos com duas e 15 relataram ter seis condições secundárias ao DM2. Foram encontradas correlações significativas entre a prática de exercício físico e a quantidade de comorbidades apresentadas, em que quanto menor o nível de atividade física maior o número de patologias associadas ao DM2. Isto torna-se perceptível quando comparados indivíduos sedentários com indivíduos ativos (Gráfico 1). A melhora da capacidade física e da qualidade de vida seriam razões suficientes para a adesão ao exercício físico, porém, vários outros efeitos benéficos são relacionados à prática física¹⁶. Contribui no controle do peso, melhora o perfil lipídico, reduz a pressão arterial, ajuda no tratamento e prevenção da diabetes mellitus, reduz a inflamação (expressa pela proteína C-reativa)¹⁶. O exercício influencia também o estilo de vida, diminuindo a possibilidade de fumar, reduzindo o estresse e o apetite¹⁶. **Considerações finais:** Com a realização do presente estudo foi possível concluir que existe correlação forte entre o baixo nível de atividade física com o aparecimento de complicações e comorbidades associadas ao DM2. **Palavras-chave:** Exercício Físico; Diabético; Comorbidade Associada; Inatividade Física.

Gráfico 1. Correlação entre a prática de exercício físico e o número de comorbidades associadas ao DM2 (n: 99).



Dados expressos em tendência linear. Correlação de Spearman (Prática de exercício físico e número de comorbidades): 0,313**; ** $p > 0,05$. Fonte: próprio autor.

Referências

1. GALICIA-GARCIA, U.; VICENTE, A. B.; JEBARI, S.; SEBAL, A. L.; SIDDIQI, H.; URIBE, K. B.; OSTOLAZA, H.; MARTIN, C. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020;21(17):62-75.
2. LANDGRAF, R.; ABERLE, J.; BIRKENFELD, A. L.; GALLWITZ, B.; KELLERER, M.; KLEIN, H.; WIELAND, D. M.; NAUCK, M. A.; REUTER, H. M.; SIEGEL, E. Therapy of Type 2 Diabetes. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 2019;127(1):73–92.
3. KHAN, M. A. B.; HASHIM, M. J.; KING, J. K.; GOVENDER, R. D.; MUSTAFA, H.; KAABI, L. A. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2020;10(1):107-111.
4. CERIELLO, A.; PRATTICHIZZO, F. Variability of risk factors and diabetes complication. *Cardiovascular Diabetology*. 2021;20(101):1-11.
5. COLE, J. B.; FLOREZ, J. C. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Natura Reviews Nephrology*. 2020;16(7):377-390.

6. HUANG, D.; REFAAT, M.; MOHAMMEDI, K.; JAYYOUSI, A.; SUWAIDI, J. A.; KHALIL, C. A. Macrovascular Complications in Patients with Diabetes and Prediabetes. *BioMed Research International*. 2017;ID7839101:1-9.
7. FATMA, S.; NOOHU, M. M.; Classification of functionality of people with diabetic peripheral neuropathy based on international classification of functioning, disability and health Core set (ICF-CS) of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2020;19(1):213-221.
8. MALIK, V. S.; WILLET, W. C.; HU, F. B. Nearly a decade on — trends, risk factors and policy implications in global obesity. *Nature Reviews Endocrinology*. 2020;16(11):615-616.
9. SANTOS, G. O.; SANTOS, L. L.; SILVA, D. N.; SILVA, S. L.; Physical exercises and diabetes mellitus: Review. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):8837-8847.
10. CARVALHO, T.; MILANI, M.; FERRAZ, A. S.; SILVEIRA, A. D.; HERDY, A. H.; HOSSRI, C. A. C. et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2020;114(5):943-987.
11. GENTIL, P.; SILVA, L. R. B.; ANTUNES, D. E.; CARNEIRO, L. B.; LIRA, C. A. B.; BATISTA, G.; OLIVEIRA, J. C. M.; CARDOSO, J. S.; SOUZA, D. C.; REBELO, A. C. S. The effects of three different low-volume aerobic training protocols on cardiometabolic parameters of type 2 diabetes patients: A randomized clinical trial. *Frontiers in Endocrinology*. 2023;14:985404, 1-9.
12. AUNE, D.; SEM, A.; NORAT, T.; JANSZKY, I.; ROMUNDSTAD, P.; TONSTAD, S.; VATTEN, L. J. Body Mass Index, Abdominal Fatness, and Heart Failure Incidence and Mortality: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Circulation*. 2016;133(7):639-649.
13. REDDIGAN, J.I.; ARDERN, C. I.; RIDDELL, M. C.; KUK, J. L. Relation of physical activity to cardiovascular disease mortality and the influence of cardiometabolic risk factors. *Am J Cardiol*. 2011;108(10):1426-1431.
14. CARLUCCI, E. M. S. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. *Com. Ciências Saúde*. 2013;24(4):375-384.
15. CUNHA, C. L. P. Influence of Physical Activity on Arterial Hypertension in Workers. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(5):762-763.
16. CUNHA, C. L. P. A influência da obesidade e da atividade física no risco cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol*. 2022;119(2):244-245.

ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS CASOS DE DENGUE E CHIKUNGUNYA NO MUNICÍPIO DE SENADOR CANEDO, GOIÁS, BRASIL, 2023

ROSA, Fabiano M¹
SILVA, Elaine L A M²
CHAVES, Yulla F P³
PAVANELLI, Aline T C S⁴
MEDEIROS, Isabel Cristina L J⁵
MIRANDA, Flávia R R⁶
LOPES, Letícia⁶
BONIFÁCIO, Renata R⁶
GUEDES, Joedna D S⁶
SANTOS, Crislany G⁶
SILVA, Márcia L⁶
HIRLE, Catherine A⁶
SOARES, Johny C R⁶
EUGÊNIO, Renata F⁶
QUEIROZ, Patrícia Cristina D⁶
BARBOSA, Laila L G⁶
RODRIGUES, Viviany⁶
MADEIRA, Leandro M⁶
LEÃO, Vanessa L S⁶
BARBOSA, Paloma S⁶
CUNHA, Celso D⁶
FERREIRA, Divina N⁶
REPEZZA, Giselle C N⁶
ALBUQUERQUE, M S⁶
SILVA, Simone D⁶
JESUS, Divina N⁶

1- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde (GESP), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil; fabiano.marques@goias.gov.br

2- Coordenação Estadual de de dengue, zika e chikungunya Gerencia de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

3- Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

4- Apoiadora Vigiar-SUS, Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

5- Regional de Saúde Oeste II, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

6- Secretaria Municipal de Saúde Senador Canedo, Goiás, Brasil.

RESUMO

Introdução: Anualmente, 700 mil pessoas vão à óbito ao redor do mundo acometidas por doenças vetoriais, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) um percentual dessas enfermidades é representado por infecções pelos vírus da dengue e da chikungunya. O mosquito transmissor dessas arboviroses é o *Aedes aegypti*, que tem encontrado o cenário adequado na região das Américas para sua proliferação. Neste mesmo continente, os casos notificados de dengue passam dos 18 milhões acumulados nos últimos dez anos, desta mesma forma, a chikungunya vem apresentando um aumento significativo de casos, inclusive muitos chegaram a óbito em diversos países das Américas. No meado dos anos 90 foram registrados os primeiros casos de dengue no Estado de Goiás, ao longo do tempo o número de casos notificados foram aumentando gradativamente e em 2022 houve o maior número de registrados na história do Estado, mais de 270 mil casos foram reportados e 182 óbitos confirmados. Neste mesmo período, foram notificados 6.300 mil casos de chikungunya no Estado de Goiás, representando o maior número de notificações desde o ano de 2015, quando foi registrado o primeiro caso da doença. Paralelamente, o município de Senador Canedo registrou um aumento de 105% de casos notificados para dengue, em relação ao ano de 2021 e aumento de 238% para chikungunya, comparado ao ano anterior quando foram registrados apenas 13 casos. Diante desse cenário, associado a falta de medicamentos específicos e vacinas preventivas, a organização dos serviços de saúde é fundamental. Assim, os estudos epidemiológicos que incluem a identificação do perfil de pessoas acometidas pelas patologias, caracterizando as acusas dessas doenças e locais de ocorrência, orientando as medidas preventivas a serem desenvolvidas no combate aos vetores e na contenção dos estados da doença. **Objetivos:** Verificar a sensibilidade dos profissionais de saúde em identificar e notificar os casos suspeitos de dengue e chikungunya do município de Senador Canedo, no mês de maio de 2023. **Metodologia:** Busca retrospectiva de casos suspeitos de dengue e chikungunya em 18 unidades públicas de saúde do município de Senador Canedo no período de 07 a 14 de maio de 2023, utilizando as definições de caso da ficha de notificação conjunta das doenças em estudo e as amostras analisadas pelo Laboratório de Saúde Pública Estadual (LACEN/GO) para detecção de anticorpos IgM para dengue e chikungunya e/ou exames de PCR. **Resultados e discussão:** Durante o período avaliado, 6.961 prontuários médicos foram revisados, 200 (2,9%)

referiam-se a casos suspeitos das arboviroses dengue ou chikungunya, porém, nenhum estava notificado no SINAN. Devido ao mau preenchimento das fichas de notificações, apenas 38 pacientes foram possíveis de serem contactados, destes coletou-se amostras laboratoriais de três pacientes, que tiveram resultados negativos para dengue e chikungunya. Os outros 194 casos suspeitos de dengue e os 3 de chikungunya foram encerrados como confirmados pelo critério clínico-epidemiológico por atenderem as definições de casos suspeitos, visto que, o município possui confirmação laboratorial da circulação de ambos os vírus. Os 194 casos confirmados de dengue estavam distribuídos nas seguintes faixas etárias: 30,9% na faixa etária de 31 a 40 anos, 21,6% dos casos de 21 a 30 anos, 20,1% de 11 a 20 anos, 11,3% de 0 a 10 anos, 10,3% de 41 a 50 anos, 4,6% de 51 a 60 anos e 1% de casos entre 61 e 70 anos. Já para chikungunya, 66,7% dos casos foram na faixa etária de 21 a 30 anos e 33,3% na faixa etária entre 51 e 60 anos. Quanto ao sexo, 52,6% dos casos de dengue acometeram o sexo masculino e 100% dos casos de chikungunya ocorreram no sexo feminino. Nos casos de dengue os pacientes declararam as seguintes escolaridades: 1 (0,5%) caso com superior incompleto, 1 (0,5%) caso com fundamental completo, 2 (1,0%) casos com 2ª a 4ª séries completas, 4 (2,1%) casos analfabetos, 5 (2,6%) casos com 1ª a 4ª séries completas, 7 (3,6%) casos com ensino médio incompleto, 22 (11,3%) casos com 5ª a 8ª séries completas, 29 (14,9%) casos com ensino médio completo e 123 (63,4%) com escolaridade ignorada e nos casos de chikungunya, 66,7% constava escolaridade ignorada e 33,3% declarou possuir o ensino médio completo. Nos casos de dengue e chikungunya a raça/cor mais referida foi a parda representada 44,8% e 66,7%, respectivamente. Em relação ao período de início de sinais e sintomas e a realização da notificação, observou-se uma quantidade maior de fichas notificadas entre 13 e 19 dias. **Considerações finais:** Nenhum caso encontrado em busca retrospectiva estava notificado no SINAN, refletindo uma falha do sistema de vigilância local. O quantitativo de amostras laboratoriais abaixo do preconizado levando ao grande número de casos encerrados pelo critério clínico-epidemiológico, além de impossibilitar a identificação dos sorogrupos circulantes. O mal preenchimento das fichas impossibilitando a localização dos pacientes, coleta de amostras, encerramento adequado os casos e a realização de bloqueio vetorial oportuno. Sabidamente, as arboviroses dengue e chikungunya circulam na região estudada, necessitando de estratégias para minimizar os casos dessas doenças. Além disso,

incrementos visando melhorias no sistema de vigilância local precisam ser realizados para estabelecer com precisão o perfil dos casos notificados, propiciando medidas de prevenção e controle, bem como evitar a crescente de casos e consequentemente de casos graves e óbitos. **Palavras-chave:** Busca Retrospectivas; Dengue; Chikungunya; Doenças vetoriais.

REAL SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA DENGUE E CHIKUNGUNYA APÓS UMA BREVE BUSCA RETROSPECTIVA DE CASOS, CATALÃO, GOIÁS, ABRIL DE 2023

ROSA, Fabiano M¹
SILVA, Elaine L A M²
PEREIRA, Fernanda Silva³
COSTA, Ariana M⁶
PIRES, Aureliana G²
PEREIRA, Douglas A⁴
CHAVES, Yulla F P⁵
FERREIRA, Vanusa R N⁶
PRADO, Mariana A S⁶
CRUZ, Maryana F R⁶
AQUINO, Cristiane M⁶
ROSA, Priscila E⁶
SILVA, Fernanda D⁶
OLIVEIRA, Viviane A C⁶
MARTINS, Raquel B F R⁶
NUNES, Marcelo E V⁶
SILVESTRE, Aloysio H L⁶
BARBOSA, Viviane G⁶
ALMEIDA, Fabiana R⁶
FERNANDES, Keteriny D B⁶
PAULA, Érica C M⁶
DELFINA, Lorena⁶

1 – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde (GESp), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil; fabiano.marques@goias.gov.br

2 – Coordenação Estadual de dengue, zika e Chikungunya, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

3 - Regional de Saúde Estrada de Ferro, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

4- Doutorado do Programa de Pós-graduação em Imunologia e Parasitologia Aplicadas (PPIPA) do Instituto de Ciências Biomédicas (ICBIM) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU);

5- Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN), Superintendência de Vigilância em Saúde (SUvisa), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiás, Brasil;

6- Secretaria Municipal de Saúde de Catalão, Goiás, Brasil;

RESUMO

Introdução: As doenças transmitidas por vetores representam cerca de 17% das doenças infecciosas que acometem a população mundial, dentre essas doenças vetoriais se destacam as arboviroses dengue e chikungunya. Os artrópodes *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, são vetores dessas doenças,

que fazem parte da lista de infecções virais predominantes nas regiões tropicais. De acordo com o relatório publicado pela OPAS, no ano de 2022 houve um aumento expressivo do número de notificações e óbitos por dengue na região das Américas. O cenário epidemiológico atual das Américas corrobora com o ocorrido no estado de Goiás, quando foram reportados mais de 6.000 casos de chikungunya e 10 óbitos confirmados no ano de 2022. No mesmo ano, o município de Catalão registrou o maior número de casos para ambas as doenças. O estudo dos fatores que determinam a ocorrência e a distribuição das várias doenças que acometem os homens é um dos focos da epidemiologia com a finalidade de traçar estratégias para diminuir os riscos de fatores que afetam a saúde da população, fornecendo elementos para realizar a prevenção e controle de determinadas doenças. **Objetivos:** Verificar a sensibilidade dos profissionais de saúde em identificar e notificar os casos suspeitos de dengue e chikungunya do município de Catalão, no mês de abril de 2023. **Metodologia:** Busca retrospectiva de casos suspeitos de dengue e chikungunya em 15 unidades públicas de saúde do município de Catalão, utilizando as definições da ficha de notificação conjunta das doenças em estudo, sendo as amostras testadas pelo LACEN/GO. **Descrição de experiência:** Foi realizada uma busca retrospectiva de casos que atendiam a definição de suspeitos para dengue e chikungunya de residentes no município de Catalão no período de 10 a 14 de abril de 2023. Durante o período avaliado, 4.229 prontuários médicos foram revisados em 15 unidades de saúde municipais. Do total de prontuários revisados, 141 (3,33%) referiam-se a casos suspeitos das arboviroses dengue ou chikungunya. Destes, 89 eram suspeitos de dengue e 52 suspeitos de chikungunya, porém, somente 2 estavam notificados no SINAN. Sendo possível a coleta apenas de 36 amostras laboratoriais, já que, muitos endereços e contatos telefônicos estavam incorretos ou eram inexistentes, alguns pacientes haviam mudado de município ou recusaram realizar a coleta, assim os casos foram encerrados da seguinte forma: 23 casos descartados para dengue e chikungunya pelo critério laboratorial, 4 casos de chikungunya foram encerrados pelo critério laboratorial e 29 pelo critério clínico-epidemiológico, nos casos de dengue 7 foram encerrados pelo critério laboratorial e 78 pelo critério clínico-epidemiológico. **Considerações finais:** Durante a busca retrospectiva foram encontrados casos que atendiam a definição de caso suspeito de dengue ou chikungunya e não estavam notificados no SINAN, refletindo uma falha do sistema de vigilância local, impedindo o conhecimento real da

situação epidemiológica municipal, bem como as ações de controle vetorial em tempo oportuno, aumentando o risco de adoecimento e óbitos por estas doenças. O número de coletas de amostras laboratoriais abaixo do preconizado leva ao grande número de casos encerrados pelo critério clínico ou clínico-epidemiológico, além de mascarar os possíveis sorogrupos circulantes, aumenta a possibilidade de reação cruzada adicionando uma maior dificuldade na interpretação dos resultados, pois no cenário há circulação de dengue, chikungunya e Zika na mesma região. Fichas de notificações mal preenchidas ou com dados insuficientes dificultam ou impedem a localização do paciente, a coleta de amostras, o bloqueio vetorial e o encerramento adequado dos casos. É notório que as arboviroses dengue e chikungunya circulam na região estudada, assim estratégias para minimizar os casos dessas doenças devem ser realizadas. Além do mais, o sistema de vigilância local precisa executar melhorias para se estabelecer com precisão a realidade dos casos notificados.

Palavras-chave: Busca Retrospectivas; Dengue; Chikungunya; Epidemiologia; Saúde Pública.