

INTERFACES DO SUS

**TECNOLOGIA, VULNERABILIDADE E
INCLUSÃO NAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA
SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**



ORGANIZADORAS

Gleidilene Freitas da Silva

Francisca Andréia da Silva

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Carla Araújo Bastos Teixeira



INOVAR

**INTERFACES DO SUS: TECNOLOGIA, VULNERABILIDADE E
INCLUSÃO NAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA SAÚDE PÚBLICA
BRASILEIRA**



Organizadoras

Gleidilene Freitas da Silva
Francisca Andréia da Silva
Renilma da Silva Coelho
Glenda Ramá Oliveira da Luz
Carla Araújo Bastos Teixeira

INTERFACES DO SUS: TECNOLOGIA, VULNERABILIDADE E INCLUSÃO NAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2026

Copyright © dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons



Editora-chefe: Liliane Pereira de Souza

Diagramação: Editora Inovar

Capa: Juliana Pinheiro de Souza

Revisão de texto: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alexsande de Oliveira Franco
Prof. Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
Prof. Dr. Arlindo Costa
Prof. Dra. Care Cristiane Hammes
Prof. Dra. Carla Araújo Bastos Teixeira
Prof. Dr. Carlos Eduardo Oliveira Dias
Prof. Dr. Claudio Neves Lopes
Prof. Dra. Dayse Marinho Martins
Prof. Dra. Débora Luana Ribeiro Pessoa
Prof. Dra. Elane da Silva Barbosa
Prof. Dr. Francisco das Chagas de Loiola Sousa
Prof. Dr. Gabriel Mauriz de Moura Rocha
Prof. Dra. Geyanna Dolores Lopes Nunes
Prof. Dr. Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

Prof. Dra. Ivonalda Brito de Almeida Moraes
Prof. Dra. Janine Silva Ribeiro Godoy
Prof. Dr. João Vitor Teodoro
Prof. Dra. Juliani Borchardt da Silva
Prof. Dr. Leonardo Jensen Ribeiro
Prof. Dra. Lina Raquel Santos Araujo
Prof. Dr. Márcio Mota Pereira
Prof. Dr. Marcos Pereira dos Santos
Prof. Dr. Marcus Vinicius Peralva Santos
Prof. Dra. Nayára Bezerra Carvalho
Prof. Dra. Roberta Oliveira Lima
Prof. Dra. Rúbia Kátia Azevedo Montenegro
Prof. Dra. Susana Copertari
Prof. Dra. Susana Schneid Scherer
Prof. Dr. Sílvio César Lopes da Silva

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas ad hoc.

I61

1.ed. Interfaces do SUS: tecnologia, vulnerabilidade e inclusão nas múltiplas dimensões da saúde pública brasileira [livro eletrônico] / organizadoras Gleidilene Freitas da Silva, Francisca Andréia da Silva, Renilma da Silva Coelho, et al. – Campo Grande/MS: Inovar, 2026. 109p. PDF

Outras organizadoras: Glenda Ramá Oliveira da Luz, Carla Araújo Bastos Teixeira.

Vários autores.

ISBN 978-65-5388-370-3

DOI 10.36926/editorainovar-978-65-5388-370-3

1. Saúde pública - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política de saúde - Brasil. I. Silva, Gleidilene Freitas da (Organizadora). II. Silva, Francisca Andréia da (Organizadora). III. Coelho, Renilma da Silva (Organizadora). IV. Título.

CDD 362.10981

Índice para catálogo sistemático:

I. Saúde pública - Brasil

Janaina Ramos – Bibliotecária - CRB-8/916

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra assumem publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo, garantindo que o mesmo é de autoria própria, original e livre de plágio acadêmico. Os autores declaram, ainda, que o conteúdo não infringe nenhum direito de propriedade intelectual de terceiros e que não há nenhuma irregularidade que comprometa a integridade da obra. Os autores assumem integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão do conteúdo desta obra. Esta declaração tem por objetivo garantir a transparência e a ética na produção e divulgação do livro. Cumpre esclarecer que o conteúdo é de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, necessariamente, a opinião da editora, organizadores da obra ou do conselho editorial.

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) transcende a mera estrutura operacional, ele se estabelece como um dos mais notáveis e complexos empreendimentos de política social e saúde pública em escala global. Sua gênese e manutenção representam um imperativo ético e um compromisso inalienável com a equidade e a universalidade do acesso à saúde para a população brasileira.

É sob a égide deste paradigma de complexidade e relevância que se apresenta o e-book "Interfaces do SUS: Tecnologia, Vulnerabilidade e Inclusão nas múltiplas dimensões da Saúde Pública Brasileira". Esta compilação de estudos configura-se como um instrumento analítico fundamental para a compreensão das dinâmicas contemporâneas que redefinem o panorama da saúde no país.

A robustez desta obra reside em sua origem acadêmica e em sua aderência ao contexto regional. Cada capítulo é fruto de um rigoroso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Pós-Graduação em Gestão e Ensino em Saúde no Contexto Regional do INSTITUTO FEDERAL DE RORAIMA (IFRR). Esta proveniência assegura que as análises aqui contidas não são meras abstrações teóricas, mas sim investigações científicas metodologicamente sólidas, ancoradas nas realidades e desafios específicos de nossa região, conferindo-lhes um valor heurístico inestimável.

A seção dedicada à Tecnologia, exemplificada pela análise da Telemedicina, demonstra como a inovação se manifesta como um catalisador de transformações. A experiência da crise sanitária recente validou a Telemedicina como uma ferramenta de resiliência e expansão da capacidade assistencial. Contudo, o cerne desta obra reside em sua capacidade de ir além da celebração tecnológica.

O foco nas dimensões de Vulnerabilidade e Inclusão impõe uma reflexão crítica sobre a implementação dessas inovações. Os estudos aqui reunidos questionam a fragmentação dos sistemas de informação e a exclusão digital, alertando para o risco de que a tecnologia, se não gerida com a devida cautela e política pública, possa inadvertidamente exacerbar as iniquidades preexistentes no acesso ao cuidado.

Este e-book se posiciona, portanto, como uma contribuição científica de alto calibre para o debate nacional. Em um momento de intensa discussão sobre a sustentabilidade e a modernização do SUS, esta obra oferece subsídios empíricos e teóricos para a formulação de políticas públicas que harmonizem o avanço tecnológico com a justiça social, garantindo que o progresso seja sinônimo de maior equidade.

Convidamos o leitor, seja ele gestor, pesquisador, docente ou profissional de saúde, a um engajamento profundo com o conteúdo aqui apresentado. A leitura destas páginas não é apenas um ato de aquisição de conhecimento, mas um exercício de responsabilidade intelectual e profissional para com o futuro do SUS. Que esta obra inspire novas pesquisas e ações concretas que fortaleçam o sistema que é o maior patrimônio social da nação.

Ma. Renilma da Silva Coelho

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 **11** **INTEGRAÇÃO DA TELEMEDICINA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA FOMENTAR A SAÚDE PÚBLICA EM UM CENÁRIO PÓS PANDEMIA DA COVID-19**

Erica Pereira Gall

Isabel Erondina Guerra Corado

Jandervania Vinhorte Alves

Cristiane da Rocha Oliveira Medeiros

Francisca Andréia da Silva

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-370-3_001

CAPÍTULO 2 **21** **AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: UM PROBLEMA EMERGENTE DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Roseane Silva de Souza

Zuilane Silva de Oliveira

Marcela Lima Leite

Gleidilene Freitas da Silva

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Carla Araújo Bastos Teixeira

Francisca Andréia da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-370-3_002

CAPÍTULO 3 **29** **QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR FRENTE A IMIGRAÇÃO VENEZUELANA NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RORAIMA**

Ana Beatriz Barroso Carneiro

Kássia Helen de Jesus de Souza

Vitória Esterfannya Cavalcante Gurgel

Gilmara Jane Amorim de Moraes

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Francisca Andréia da Silva

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-370-3_003

CAPÍTULO 4

41

SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO ESTADO DE RORAIMA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Thalyta Ketlen de Melo Oliveira

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

Carla Araújo Bastos Teixeira

Francisca Andréia da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-370-3_004

CAPÍTULO 5

54

MÉTODO ABA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Jhonatan Calel de Moura

Thais Pereira da Silva

Marcela Lima Leite

Renilma da Silva Coelho

Francisca Andréia da Silva

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-370-3_005

CAPÍTULO 6

67

ESTUDO DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES ENTRE 20 À 59 ANOS NO NORTE DO BRASIL

Glenda Ramá de Oliveira Luz

Jany Kessi de Oliveira Bandeira

Leticia da Silva Azevedo

Renilma da Silva Coelho

Francisca Andréia da Silva

Gleidilene Freitas da Silva

Carla Araújo Bastos Teixeira

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-370-3_006

SOBRE AS ORGANIZADORAS 104

Gleidilene Freitas da Silva

Francisca Andréia da Silva

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Carla Araújo Bastos Teixeira

ÍNDICE REMISSIVO..... 109

CAPÍTULO 1

INTEGRAÇÃO DA TELEMEDICINA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA FOMENTAR A SAÚDE PÚBLICA EM UM CENÁRIO PÓS PANDEMIA DA COVID-19

Erica Pereira Gall

Isabel Erondina Guerra Corado

Jandervania Vinhorte Alves

Cristiane da Rocha Oliveira Medeiros

Francisca Andréia da Silva

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

A Telemedicina no Brasil é um recurso tecnológico utilizado há várias décadas, tanto no setor privado como no Sistema Único de Saúde (SUS), mas restringe as modalidades que abrangem laudos à distância, debates clínicos entre profissionais da medicina (Teleconsultorias), práticas educacionais e de pesquisa.

O primeiro dispositivo legal que estabelece as diretrizes para a provisão de serviços via Telemedicina no território nacional ocorreu no ano de 2002 com a Resolução n.º 1.643 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Essa Resolução regulamenta a emissão de diagnósticos remotos e o suporte para análises médicas à distância, porém necessita da presença de outro profissional de saúde junto ao paciente. Assim, o exercício da Teleconsulta, aborda a relação médico-paciente mediada pela Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) para fins de análise e prescrições de tratamentos (Ferreira; Lima, 2020).

Este cenário prevaleceu até março do ano de 2020, quando a declaração da pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desencadeou uma responsabilidade global de fornecer assistência enquanto aquela época eram marcada por desafios sem precedentes. Nesse período tornou-se necessário o distanciamento social para conter a disseminação do vírus e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde públicos e privados (BBC NEWS BRASIL, 2020).

Diante disso, surgiram vários regulamentos legais visando assegurar a realização da Teleconsulta e eliminar preocupações sobre questões operacionais e de pagamento.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) foi o precursor desse marco regulatório que para esse fim emitiu a Portaria n.º 467 de 20 de março de 2020, que estabeleceu as diretrizes para a utilização temporária e excepcional da Telemedicina como parte das medidas de combate à pandemia de Covid-19. Esta Portaria também abordava a emissão de receitas e atestados médicos à distância, com assinaturas eletrônicas através de certificados e estabelecendo diretrizes para a utilização de chaves emitidas pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil).

Posteriormente, em 15 de abril de 2020, a Lei n.º 13.989 foi sancionada pela Presidência da República, autorizando a utilização da Telemedicina enquanto durasse a crise do Coronavírus. Baseado nesse marco e na carência de uma orientação do CFM, diversos Conselhos Regionais de Medicina publicaram orientações, mas, não houve concentração de entendimento em determinados Estados, a orientação era que a Teleconsulta fosse usada exclusivamente para pacientes que já haviam realizado uma consulta presencial anteriormente agendada. Diante disso, o CFM divulgou em abril do ano de 2022 a Resolução n.º 2.314, reduzindo as divergências de entendimento e estabelecendo a consulta remota, essa resolução trouxe ampliação das modalidades de Telemedicina permitidas, englobando Teleconsulta, Teleinterconsultoria, Teleconsultoria, Telemonitoramento, Telediagnóstico, Teletriagem e Telecirurgia. Além disso, destacou os princípios éticos da beneficência, confidencialidade, privacidade e autonomia, como também reforçou a indispensabilidade

de manter o padrão de segurança para os sistemas eletrônicos, e reforçou a importância do consentimento livre e esclarecido.

Em 28 de dezembro de 2022, a Presidência da República sancionou a Lei n.º 14.510, decretando o emprego da Telemedicina sem as limitações previamente estabelecidas em situações emergencial da crise de Covid-19. Assim, a pandemia foi um fator preponderante ao gerar transformações normativas que levaram à autorização das Teleconsultas no Brasil.

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou realizar uma revisão narrativa da literatura acerca do uso da Telemedicina no Sistema Único de Saúde como estratégia de promoção do cuidado no pós pandemia pela Covid-19.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a integração da telemedicina nos serviços de saúde para fomentar a saúde pública em um cenário pós pandemia da covid-19. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro et al., 2007).

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: “Quais as evidências científicas acerca da integração da telemedicina nos serviços de saúde no cenário pós pandemia da covid-19?”

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: “Telemedicina”, “Teleconsulta”, “Coronavírus”.

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2023, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No ano de 2020 a infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) trouxe uma pandemia gerando enormes impactos na saúde pública brasileira. O primeiro caso comprovado no país foi catalogado em 26 de fevereiro de 2020, enquanto as medidas de distanciamento social no Brasil se iniciaram ao longo do mês de março de 2020, por diversos estados e municípios. (Costa; Fagundes, 2020).

Neste sentido, o combate ao Coronavírus tornou-se prioridade pelas autoridades de saúde, não obstante o medo da contaminação fizesse com que as pessoas evitassem buscar os serviços de saúde, com exceção dos sintomas respiratórios (Ferreira; Lima, 2020).

Diante desse cenário mundial foi necessário dispor recursos tecnológicos avançados para enfrentar um desafio sanitário pela proporção da Covid 19. Embora o vírus fosse altamente contagioso, somadas a carência de tratamentos comprovados e vacinas no início da pandemia, a ciência humana conseguiu proporcionar soluções técnicas de grande relevância indispensáveis para amenizar as consequências que o vírus causou (Ferreira; Lima, 2020).

Um desses avanços foi a institucionalização da Telemedicina, advinda com a publicação da Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020, que normatizava a utilização da Telemedicina durante a crise provocada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), como forma de combate à pandemia.

No Brasil, o Ministério da Saúde, investiu na Telemedicina, especialmente para o enfrentamento da Covid-19. Dentre essas

inovações tecnológicas, ofereceram-se consultas telefônicas por chats e pelo aplicativo WhatsApp, além de serviços de acompanhamento e monitoramento remoto das situações suspeitas de infecção pelo novo vírus (Calvo, 2022).

Ruas e Silva (2023, p. 04) mencionam que a Telemedicina poderia ser um componente decisivo para aumentar a capacidade de enfrentar o Coronavírus, assim como para a manutenção do funcionamento adequado dos serviços de saúde. Para as autoras, o emprego imediato e eficiente da Telemedicina naquela época poderiam ser de grande relevância para aumentar a aceitação política desses instrumentos, expandindo-as para outras áreas da saúde no futuro.

A implantação dessas tecnologias oferecem maior qualidade ao cuidado prestado pelos profissionais da saúde tornando assim um elemento cada vez mais relevante e almejado (Martins; Pinto, 2023). Portanto, a necessidade por serviços de saúde deriva de vários elementos. esses incluem a observância de uma demanda, tendências culturais e demográficas, segurança social e psicológica, além de outros fatores ligados à rede social. em contrapartida, a oferta é mais acessível de se manipular graças ao desenvolvimento técnico da medicina e ao crescimento dos centros de saúde (Stoumpos; Kitsios, 2023).

Nos tempos atuais, todo o setor da saúde está passando por mudanças na prestação de cuidados, na produção de pesquisas, na formação de recursos humanos e na atenção à ação humanitária. Vale ressaltar que o uso e disponibilização das tecnologias de informação e comunicação trouxeram consigo novas formas e procedimentos, direcionando a indústria a novos paradigmas. Como, por exemplo, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), são plataformas informatizadas de recursos computacionais destinados ao armazenamento, processamento e comunicação de dados. (Martins; Pinto, 2023).

Respalado no uso da internet, o objetivo da tecnologia não está mais apenas em funções operacionais. Atualmente é empregado para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde dos indivíduos e suas famílias. Para Martins e Pinto (2023), através da integração e bom uso

dos dados, o foco é tornar a despesa dos sistemas de saúde mais sustentável, além de tornar os medicamentos cada vez mais precisos e personalizados. Nessa ótica, vários desafios permanecem para o uso nacional e implantação da Telemedicina na resposta de saúde pública contra a Covid-19 e futuros surtos. (Martins; Pinto, 2023).

A literatura traz que há desafios quando o tema é linha de atendimento remoto, onde existem dificuldades por parte dos usuários, especialmente para pessoas idosas pela falta de habilidades para utilizar a tecnologia, além da falta de acesso a internet por pessoas de baixa renda (Ruas; Silva, 2023).

Outra discussão e desafio dos espaços que utilizam o Teleatendimento como estratégia no enfrentamento do Coronavírus, é a segurança dos dados, isto é, o trânsito das informações na rede, e também os sistemas fragmentados, por exemplo, o prontuário eletrônico da Unidade Básica de Saúde (UBS) que não é o mesmo sistema do hospital; os laudos de exames laboratoriais e de imagem ficam restritos somente aos sistemas locais, ou seja, os dados não chegarão ao profissional do Pronto Socorro. Esse novo modelo tecnológico poderia ser inserido em larga escala para melhorar a resposta nacional de saúde pública. No entanto, a maioria dos Estados e Municípios, carecem de uma estrutura regulatória para autorizar, integrar e reembolsar os serviços de Telemedicina, inclusive em emergências e surtos (Calvo, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Telemedicina é um instrumento eficaz para promoção e prestação de cuidados, pois reduz custos e é válida como mais uma técnica de compartilhamento célere da tecnologia para a sociedade com intervenções potenciais na área da saúde durante o processo de modernização.

Neste contexto, a Telemedicina atendeu de forma satisfatória às demandas dos sistemas de saúde e às políticas de saúde durante a crise da COVID-19, evidenciando que tem potencial para utilização além do quadro de isolamento. Sua adaptação aos serviços de saúde

pode gerar transformações substanciais nos métodos de trabalho e nas atividades do cuidado. Assim, faz-se imprescindível conduzir essa modificação na ótica de se fixar modelos de qualidade e de garantir que este novo procedimento de atendimento seja proporcionado de forma adicional, do contrário poderá agravar as desigualdades de acesso.

Outrossim, a necessidade de permanência do distanciamento social e a manutenção das condições de saúde dos médicos diretamente vinculados com tratamento da covid-19 aceleraram o desenvolvimento dos serviços de Telemedicina, promovendo resultados positivos na identificação primária dos sintomas que especificam um diagnóstico inaugural da doença sem que haja contato direto entre médico e paciente.

Desta forma, as sociedades científicas e o poder público devem injetar esforços para estabelecer normas e protocolos mais acessíveis, incluindo os requisitos de qualificação e os padrões mínimos imprescindíveis, as orientações clínicas de atendimento nesse formato, os modelos de segurança e de confiabilidade dos produtos e serviços tecnológicos, a admissibilidade da transição do atendimento virtual para o atendimento presencial sempre que necessário, o ensino e a capacitação de profissionais e pacientes de modo permanente. Além de investimentos em infraestrutura e melhorias adicionais devem ser adotados no setor público para assegurar o princípio da equidade.

Por sua vez, é imprescindível a continuidade de novas pesquisas acadêmicas no campo da saúde e tecnologia para o aperfeiçoamento educacional e de ensino brasileiro, capacitando novos profissionais para o trabalho com a população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020.** Dispõe sobre o uso da telemedicina a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm>. Acesso em: 11 Set. 2023.

BRASIL **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Autoriza e disciplina a prática de Telesaúde em todo o território nacional. Diário Oficial

da União 2020; 16 abr. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm>. Acesso em: 19 Set. 2023.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.643/2002**. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Diário Oficial da União 2002; 26 ago. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>>. Acesso em: 20 Set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 mar. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%2046720-ms.htm. Acesso em: 12 Set. 2023.

BRASIL. **Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Diário Oficial da União 2022. Publicado em: 05/05/2022. Disponível em: <<https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFM-2314-2021-04-20.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2023.

CALVO MCM. **Contexto macro institucional brasileiro para implantação da Teleconsulta médica**. Brazilian Journal of Health Review. 2022; v.5, n.1, p. 27-46. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/42254>. Acesso em: 16 Set. 2023.

CASTRO, Marcele; SABINO, Célia. **Telesaúde Núcleo De Roraima. Secretaria de Estado de Saúde – SESAU**. Coordenadoria Geral de Atenção Básica – CGAB. Implantação do Telediagnóstico e capacitação da equipe, foi realizado a implantação de atendimento via telediagnóstico no Centro de Saúde Prisional de Roraima, conforme registrado no SEI 20101.053557/2022.36. Acesso em: 04 Out. 2023.

CORONAVÍRUS: OMS declara pandemia. **BBC News Brasil**. mar. 2020a. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-51842518>. Acesso em: 28 set. 2023.

FERREIRA, Clécia da Silva; LIMA, Tarciana Maria Pereira. Atendimento de enfermagem aos pacientes com covid-19 submetidos a

procedimentos hemodinâmicos de emergência. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**. v. 6, n. 1, p. 2, set. 2020. Disponível em: <https://reer.em-nuvens.com.br/reer/article/view/421>. Acesso em: 19 Set. 2023.

GOVERNO DE RORAIMA. Mais Saúde. Serviços de telediagnóstico em Roraima atendeu mais de 8 mil pessoas em 2022. Portal. Disponível em: <https://www.rr.gov.br/noticias/item/7219-mais-saude-servico-de-tele-diagnosticoemroraima-atendeu-mais-de-8-mil-pessoas-em-2022>>. Acesso em: 20 Set. 2023.

MARTINS, Caroline Pereira; PINTO, Cláudia Du Bocage. **O uso da telemedicina na atenção primária pós-pandemia da covid-19: revisão de literatura**. PECIBES. UFMS. Disponível em: <<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:2c2d5b03eb9042d8-ac10-de24f0e0d95a>>. Acesso em: 10 Set. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, 2015.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

Rodrigues, Maria Auxiliadora et al. **Teleconsulta no serviço de atenção domiciliar na pandemia da COVID-19: estudo transversal**. *Online Braz. j. nurs. (Online)*, p. e20216462-e20216462, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1292444>>. Acesso em: 19 Set. 2023

RUAS, Sandra Silva Mitraud; SILVA, Viviane Lino da. Sustentabilidade das Teleconsultas no cenário brasileiro pós pandemia de covid-19. **Revista FOCO**, Curitiba, 2023. Disponível em: <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:ca4ba593-261e-4ba2a66516d97586741b>>. Acesso em: 20. Set 2023.

SANTOS, William Pereira; FERLA, Alcindo Antônio. O trabalho em saúde e em áreas essenciais no enfrentamento à covid-19: a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras na agenda do SUS. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 1, n. 3, p. 42-42. 2020. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/386>. Acesso em: 22 set. 2023.

SAFANELLI, Juliana; COSTA, Nayara Raphaela Souza; FAGUNDES, Rogerio Vitalino. **Acolhimento Virtual uma estratégia de acesso à saúde em Joinville-SC durante e pós pandemia**. POLÍTICAS E SOLUÇÕES MUNICIPAIS/LOCAIS. SÃO PAULO, 2020. Disponível

em:<<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:7614ef10-ef1a-479c86c50b73792e9d4c>>. Acesso em: 15 Set. 2023.

CAPÍTULO 2

AUTOMEDICAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: UM PROBLEMA EMERGENTE DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Roseane Silva de Souza

Zuilane Silva de Oliveira

Marcela Lima Leite

Gleidilene Freitas da Silva

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Renilma da Silva Coelho

Carla Araújo Bastos Teixeira

Francisca Andréia da Silva

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo marcado por mudanças biológicas, mentais, sociais e econômicas que podem fragilizar os indivíduos e aumentar a morbimortalidade. Nesse contexto, a população idosa é afetada por doenças crônicas e agudas, o que frequentemente exige o uso contínuo de diversos medicamentos. Entretanto, o uso concomitante e de diferentes terapias nem sempre ocorre sob recomendação ou acompanhamento médico, e sim por indicações de terceiros. Essa prática torna-se um grande fator de risco, pois pode agravar problemas à saúde já existentes ou desencadear novos agravos, especialmente pelas alterações fisiológicas do envelhecimento (Polidoro; Filho, 2022).

A automedicação é definida como ato de utilização indiscriminada de medicamentos sem orientação de profissionais da saúde e/ou uso de receitas médicas. Em suma, o indivíduo faz uso de fármacos por conta própria. Em outras palavras trata-se da utilização de fármacos por conta própria. Essa prática pode levar a um consumo inadequado e excessiva de medicamentos, sendo um comportamento

bastante comum e frequente na população brasileira (Nascimento; Nunes; Leão, 2016).

O uso abusivo de medicamentos sem prescrição médica pode piorar a doença, provocar reações adversas e até mesmo intoxicação. Entre os idosos, esse cenário torna-se mais perigoso e preocupante pelo número elevado de fármacos utilizados simultaneamente (Galdino Júnior et al., 2016).

De acordo com Buoze et al., (2023), os medicamentos mais utilizados por idosos que recorrem à automedicação envolvem os analgésicos e relaxantes musculares. A busca por esse tipo de prática pode está associada entre outros fatores, ao grau de escolaridade, pois quanto menor o grau de estudos, maior a realização dessa prática.

Essa prática existe há muito tempo e continua relevante na atualidade. A automedicação irresponsável está relacionado a facilidade de obtenção de determinados medicamentos, como os de venda livre que acaba chegando até aos idosos. Além disso, trata-se de um comportamento enraizado: muitas pessoas compram remédios por conta própria antes de buscar atendimento médico. Esse cenário também evidencia a falta de acesso aos serviços públicos de saúde, uma realidade ainda comum no país (Rezende; Oliveria; Malaquias; Costa, 2023).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou realizar uma revisão narrativa da literatura acerca da prática da automedicação por idosos, bem como identificar possíveis riscos associados a essa prática e suas implicações para a saúde dessa população.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre automedicação na terceira idade, abordando os principais riscos, fatores associados e implicações para a saúde do idoso. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo

frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro et al., 2007).

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "Quais os riscos e principais impactos da automedicação na saúde da população idosa no âmbito da saúde pública?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: "Saúde do Idoso", "Automedicação", "Efeitos Colaterais", "Riscos".

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No Brasil a automedicação é um problema de saúde pública e tem se tornado uma prática bastante comum, motivada pela busca rápida de alívio para dores e desconfortos. No entanto, o uso de medicamentos sem prescrição médica pode gerar consequências ao próprio corpo, que variam de efeitos leves, moderados e até mesmo graves (Rezende; Oliveria; Malaquias; Costa, 2023).

O tema é um fenômeno bastante discutido na cultura médico-farmacêutica. Trata-se de uma prática comum, presente em diferentes civilizações ao longo da história, com características peculiares a cada época e a cada região. A automedicação ocorre como consequência de diversos fatores, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde,

a crença nos benefícios do tratamento ou prevenção de doenças e a necessidade de aliviar os sintomas de forma imediata (Domingues, 2015).

Em idosos, a automedicação torna-se ainda mais perigosa, devido à fragilidade dos órgãos e tecidos, bem como as alterações funcionais decorrentes do envelhecimento. Esse processo está intimamente ligado as mudanças no perfil epidemiológico das doenças e ao aumento das patologias crônico-degenerativas. Assim, com o crescimento das doenças crônicas, é frequente o uso contínuo de diversos medicamentos, o que intensifica os riscos e a redução de sua eficácia terapêutica (Chaves et al., 2020).

De acordo com Pereira et al., (2017), à medida que o indivíduo envelhece o uso de medicamentos costuma triplicar, pois os sintomas agudos como a dor, tornam-se mais frequentes e intensos nessa fase. Sendo assim, a média do uso diário de medicamentos pelos idosos é de dois a cinco por dia. Desta forma, torna-se necessário alertar a população sobre os riscos da automedicação, pois sua prática pode provocar resultados inesperados como o mascaramento ou agravamento de doenças, reações adversas e interações medicamentosas (Lima; Alvim, 2019).

O envelhecimento exige uma atenção especial da sociedade, tendo em vista a fragilidade da saúde nessa etapa da vida, onde o idoso necessita de uma assistência contínua. Nesse sentido, o aumento da população idosa no Brasil trouxe desafios cada vez maiores aos serviços de saúde e à equipe multidisciplinar, pois à medida que se envelhece surgem alterações crônicas típicas do envelhecimento (Buozzi et al., 2023).

Há ainda evidências de que a necessidade de automedicação é mais frequente entre mulheres, o que pode ser consequência da normalização dos homens em não procurarem serviços médicos. Os pontos negativos estão associados ao uso contínuo ou simultâneo de outras drogas, podendo até levar à morte dependendo do grau de abuso da automedicação. Antes de decidir pelo autotratamento, é necessário avaliar não só a gravidade dos sintomas, mas também os aspectos negativos e positivos da decisão. Portanto, o uso de

medicação não receitada por um profissional de saúde pode mascarar doenças, dificultar e atrasar o diagnóstico adequado, causando problemas à saúde da população idosa (Silva; Fontoura, 2014).

Sendo assim, a atuação de profissionais de saúde torna-se imprescindível, uma vez que a orientação adequada do uso dos medicamentos pode reduzir os riscos enfrentados pelos idosos, prevenindo o uso inadequado de anti-inflamatórios, analgésicos e outros farmacos com potencial de causar danos quando utilizados sem acompanhamento (Rezende; Oliveria; Malaquias; Costa, 2023).

Reis (2007), aponta as desvantagens da automedicação entre os idosos, considerando as alterações metabólicas decorrentes da idade. Esse efeito surge pela reação orgânica e a resposta dos principais órgãos. Entre os efeitos adversos estão o comprometimento da função renal para depuração de fármacos que são primariamente excretados pelos rins, redução do fluxo sanguíneo e do processo de biotransformação hepática, deficiência cognitiva, entre outros.

Segundo Lopes (2001), qualquer prática de automedicação, assim como qualquer outra prática relacionada à saúde, tem resultados incertos. Considerar a questão nestes termos significa compreender as racionalidades que sustentam essas práticas, evitando interpretações mais simplistas que consideram a automedicação como irracionalidade e ignorância a ser combatida, por meio da informação educação em saúde.

Portanto, identificar as características e os fatores associados ao consumo de medicamentos pelos idosos pode auxiliar no planejamento de ações para promoção do uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, favorecer uma melhor qualidade de vida para esse grupo etário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área da saúde, os aspectos relativos à farmacoterapia, ou seja, o tratamento por meio dos medicamentos são de grande relevância, especialmente porque os idosos constituem um grupo que utiliza o maior número de medicamentos. Essa preocupação se torna

mais acentuada devido às debilidades patológicas e fisiológicas que começam a aparecer com o avanço da idade. Nesse contexto, a automedicação é entendida como prática perigosa para a saúde e representa uma ameaça à saúde pública, devido aos gastos decorrentes por atendimentos, internações e óbitos, resultantes do uso incorreto e irracional de medicamentos.

Além disso, a automedicação é uma prática que envolve questões mais abrangentes como o acesso à informação e questões culturais. Assim, o consumo de medicamentos sem orientação do médico é uma realidade que deve ser estudada e analisada socialmente a fim de que se entenda melhor o porquê dos brasileiros, principalmente os idosos recorrem a essa prática.

Sendo assim, destaca-se a importância da educação em saúde por partes dos profissionais acerca da orientação correta do uso de medicamentos abordando sobre os principais riscos da automedicação. Bem como no acompanhamento clínico contínuo e na promoção do uso racional de fármacos, garantindo que o idoso compreenda indicações, doses, horários, possíveis interações e efeitos adversos. O apoio desses profissionais contribui para reduzir complicações, prevenir intoxicações e promover maior segurança terapêutica.

REFERÊNCIAS

BUOZI, C. I.; SILVA, C. C. V.; BERTASSO, B. R.; CARVALHO, O. R.; RIBEIRO, F. L.; SANTANA, P. O. C.; LINHARES, S. O. E. Riscos da automedicação em idosos. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.9, n.6, p. 19315-19326, jun., 2023.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de Utilização de Medicamentos**: noções básicas, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CHAVES, M. R. R.; RODRIGUES, M. H. A.; SALES, S. B. S.; PEREIRA, A. B. S.; SEGATI, K. D.; PINTO, E. M. H. Farmacovigilância em idosos: observações acerca da prática de polifarmácia. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 11, p. 87568-87578, nov. 2020.

DOMINGUES, P. H. F. et al. **Prevalência de automedicação na população adulta do Brasil: uma revisão sistemática.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 49, n. 36, 2015.

GALDINO JÚNIOR, L.; COELHO, M. T. B.; RODRIGUES, S. Q. M.; BATISTA, E. M. B.; LIMA, L. R. Estudo de caso sobre a automedicação de uma paciente idosa com vertigem. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 3, n. 1, 2016.

LOPES, N. M. **Automedicação:** algumas reflexões sociológicas. São Paulo: Art. Médicas, 2001.

MARINHO, A. R.; CARDOSO, P. G.; FERREIRA, A. W. VANTAGENS E DESVANTAGENS DA AUTOMEDICAÇÃO: PRINCÍPIO GERAIS. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Vol.23, n.2, pp.105-110 (Jun - Ago 2018).

NASCIMENTO, E. F. A.; NUNES, N. A. H.; LEÃO, M. A. B. G. **Automedicação em um grupo de idosos saudáveis.** Revista Uningá, v.48, n. 1, 2016.

PINHEIRO, B. A. **Automedicação: uso indiscriminado de medicamentos traz risco à saúde.** Entre os riscos mais frequentes, a intoxicação e resistência aos remédios. Câmara Municipal de Fortaleza, 2023.

REIS, Adriano Max Moreira. Automedicação por idosos. In: NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi. **Assistência Farmacêutica ao Idoso.** Brasília: Thesaurus, 2007.

SANTOS, T. R. A.; LIMA, D. M.; NAKATANI, A. Y. K.; PEREIRA, L. V.; LEAL, G. S.; REZENDE, G. de O.; OLIVERIA, A. C.; MALAQUIAS, J. B.; COSTA, O. dos S. riscos da automedicação em idosos: fatores de riscos e prevenção do uso de anti-inflamatório e analgésicos. **REVISTA FOCO**, [S. l.], v. 16, n. 11, p. e3270, 2023. DOI: 10.54751/revista-foco.v16n11-011. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3270>.

AMARAL, R. G. **Consumo de medicamentos por idosos**, Goiânia, Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 47, p.94-103, 2013.

SECOLI, S. R. **Interações Medicamentosas:** fundamentos para a prática clínica da enfermagem. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, mar. 2001.

SILVA, Y. de A.; FONTOURA, R. Principais consequências da automedicação em idosos. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 3, n. 1, p. 69-75, 2014.

SOARES, M. A. **Automedicação versus indicação farmacêutica**. *Rev. Mundo Farmacêutico*. n. 18, p. 08-11, set./out. 2005.

VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, 2003.

CAPÍTULO 3

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE GESTÃO PÚBLICA HOSPITALAR FRENTE A IMIGRAÇÃO VENEZUELANA NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RORAIMA

Ana Beatriz Barroso Carneiro

Kássia Helen de Jesus de Souza

Vitória Esterfannya Cavalcante Gurgel

Gilmara Jane Amorim de Moraes

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Francisca Andréia da Silva

Renilma da Silva Coelho

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país formado por diferentes correntes migratórias. Desde o período da colonização, os imigrantes se fixaram aqui em busca de melhores condições de vida, fugindo dos conflitos dos seus países de origem. Entre esses grupos, destacam-se os provenientes da Venezuela, que chegam ao Brasil em busca pela necessidade de sobrevivência e oportunidades mais dignas (Molinari, Turatti, Carreno, 2021).

O atual cenário migratório da Venezuela para o Brasil é resultado de um processo de crise econômica e política que se intensificou nos últimos anos que impactou profundamente seu sistema de saúde. Tornando a oferta de serviços de saúde limitada devido a escassez significativa de medicamentos, suprimentos médicos e instalações de saúde funcionais. Quando a população busca atendimento, essas unidades não possuem estruturas suficientes para atender a demanda de usuários venezuelanos, isto é, não tem insumos, médicos suficientes

e muitos menos estrutura para atender a demanda crescente (Nethis, 2019).

Diante dessa realidade, muitos venezuelanos acabam buscando ajuda em outros países, como o Brasil. A maioria desses imigrantes chegam desnutridos, mulheres grávidas sem pré-natal em dias e quantidade considerável desse público nunca foram imunizados (Chaves, 2018).

Roraima, devido a sua localização geográfica, tornou-se um dos estados que mais recebeu esses imigrantes venezuelanos. Essa imigração tem gerado um grande impacto na região. A cidade enfrenta desafios significativos para atender às crescentes demandas nos serviços de saúde, segurança, educação e muito mais. A situação precária que muitos migrantes enfrentam, aliada à falta de recursos públicos para satisfazer esta necessidade, torna ainda mais difícil lidar com a situação (Oliveira, 2021).

No entanto, as unidades de saúde de Boa Vista também enfrentam desafios, como a carência de profissionais capacitados para atender adequadamente a população venezuelana e dificuldades na comunicação, o que impede a oferta de informações claras sobre os serviços disponíveis. Apesar de existirem políticas públicas que assegurem o direito a uma saúde de qualidade e acessível, existem, unicamente, barreiras entre os profissionais de saúde com o público venezuelano dificultando o acesso a um atendimento eficiente (Molinari; Turatti; Carreno, 2021).

Nesse contexto, a gestão pública hospitalar tem um papel fundamental na oferta de serviços de saúde de qualidade aos imigrantes que necessitam de atendimento médico.

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou realizar uma revisão narrativa da literatura acerca da importância da gestão hospitalar pública na melhoria dos serviços prestados à população venezuelana, centrando-se na análise das razões pelas quais os migrantes procuram assistência no nosso país, identificando medidas para ajudar os gestores a responder adequadamente às necessidades sazonais.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a qualidade dos serviços de gestão pública hospitalar frente a imigração venezuelana no município de Boa Vista-Roraima. A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro et al., 2007).

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "Quais impactos a imigração venezuelana tem provocado na qualidade dos serviços hospitalares públicos em Boa Vista–Roraima?”.

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: “Imigração”, “Política Pública”, “Qualidade dos Serviços”.

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No Brasil, a oferta de serviços de saúde é diversificada, abrangendo desde unidades de atenção primária até hospitais públicos e privados. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a espinha dorsal do sistema de saúde brasileiro, garantindo acesso universal, integral e igualitário as ações e serviços de saúde, conforme estabelece o artigo 196 da constituição federal de 1988. A saúde é direito de todos e dever do estado, devendo ser assegurada mediante políticas sociais e econômicas, reduzindo riscos e promovendo cuidados adequados.

Embora seja considerados um dos sistemas mais completo do mundo, o SUS ainda enfrenta desafios históricos relacionado à infraestrutura, financiamento insuficiente e escassez de profissionais em diversas regiões do país (Brasil, 2021).

Apesar disso, no Brasil a oferta e demanda dos serviços de saúde, tanto para brasileiros quanto para venezuelanos, configuram um aspecto central na atenção a saúde de populações diversas. No caso da população imigrante de venezuelanos que migram para o Brasil, em sua maioria chegam em condições precárias de saúde devido à situação de instabilidade em seu país de origem. Essa realidade sobrecarrega os serviços de saúde brasileiro, uma vez que muitos imigrantes necessitam de atendimento imediato e especializados, ampliando os desafios já existentes (Brasil, 2021).

A partir de 2015, com a intensificação do fluxo migratório de venezuelanos em direção ao Brasil, especialmente por meio da fronteira com Pacaraima no estado de Roraima, esses desafios tornaram-se mais evidentes (NETHIS, 2019). Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2021), os municípios de Pacaraima e Boa Vista passaram a concentrar grande parte dessa população que chegavam em condições precárias de saúde em virtude da crise econômica, política e humanitária vivenciada na Venezuela.

O aumento dos pedidos de reconhecimento da condição de refugiado reforça esse cenário: em 2022, 67% das solicitações recebidas no país foram feitas por venezuelanos. Isso afeta diretamente a gestão pública hospitalar, especialmente em Boa Vista, que enfrenta

problemas como escassez de recursos, falta de profissionais capacitados e atrasos no abastecimento de materiais médicos (Junger da Silva et al., 2023).

Segundo relatório da Human Rights Watch (HRW) (2017), o sistema público de saúde de Roraima passaram a enfrentar superlotação, pois antes da imigração o sistema apresentava dificuldade para atender a população roraimense, e com a vinda dos venezuelanos a demanda cresceu no estado. Nas unidades básicas de saúde (UBS) o número de fichas de atendimento precisou ser ampliado, mas ainda assim permanecia insuficiente para a demanda apresentada.

Sendo assim, além da sobrecarga estrutural, fatores como a barreira linguísticas e culturais dificultam o acolhimento adequado, comprometendo o vínculo e a continuidade do cuidado oferecido pelos profissionais de saúde (Molinari; Turatti; Carreno, 2021).

Segundo Tedesco e Jundes (2013), durante o acolhimento dos usuários pelos profissionais da saúde, é necessário que se estabeleça uma forma de comunicação que possibilite o entendimento. Entretanto, como destaca Machado (2017), a falta de capacitação dos profissionais de saúde é capaz de ocasionar danos severo aos usuários que são atendidos, pois a forma que são tratados pode gerar constrangimento, e isso ocasiona a não procura por atendimentos nas Unidades de Saúde.

Assim, os gestores de saúde devem capacitar seus profissionais, principalmente nesses cenários de superlotação com os brasileiros e estrangeiros, conscientizar sobre a importância da multiculturalidade dentro do ambiente hospitalar (Silva, 2017). Além disso, a intensa chegada de migrantes altera profundamente as rotinas de trabalho dos profissionais e exige novas formas de organização para evitar impactos negativos no acesso dos brasileiros (Barbosa; Sales; Souza, 2020).

Os resultados da pesquisa apontam para a existência de uma série de desafios na gestão pública hospitalar em Boa Vista - RR, tais como a falta de recursos financeiros, falta de profissionais capacitados para lidar com as necessidades da população migrante, além de

atrasos e falta de material médico são alguns dos problemas enfrentados pelos hospitais públicos da região.

Sendo assim, a gestão pública hospitalar tem um papel fundamental na garantia do direito à saúde de qualidade para a população migrante em situação vulnerável. Uma gestão eficiente dos recursos pode ser capaz de atender às necessidades da população residente e migrante. Além disso, políticas públicas específicas são fundamentais para melhorar o acesso aos serviços de atendimento nas áreas de saúde, segurança e assistência social e os gestores precisam realizar diagnósticos situacionais, elaborar estratégias e aprimorar políticas de cuidado considerando o cenário migratório (Silva; Arruda-Barbosa, 2020).

No contexto brasileiro, onde a saúde pública é um serviço fundamental que deve ser acessível a todos os cidadãos, a eficiência da gestão desempenha um papel de destaque. Para isso, deve garantir que os serviços prestados nos hospitais públicos atendam a todos os usuários e às demandas da população, alocando de maneira eficaz recursos humanos, financeiros e materiais, além de implementar políticas públicas que se adaptem às necessidades características da comunidade atendida, sabendo que o papel dos gestores hospitalares é garantir que o hospital funcione, preservando a eficiência operacional e a qualidade do cuidado oferecido ao paciente, além de atender às exigências regulatórias. Isso inclui garantir que todos os recursos sejam utilizados de forma adequada, que todos os pacientes sejam atendidos com excelência e que o hospital seja financeiramente viável (Hoerlle, 2020).

Paiva et al., (2018), destacam que a administração hospitalar começa na entrada da instituição, envolvendo o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, das instalações do prédio, o ambiente pronto para receber o paciente. Por isso, é imprescindível uma gestão eficiente capaz de ofertar serviços médicos de qualidade aos cidadãos.

Entretanto, a gestão hospitalar enfrenta vários desafios como a falta de recursos e materiais necessários pra realizar atendimentos e cuidados necessários ao usuários dos serviços de saúde (Rodrigues, 2022). Nesse contexto, a gestão assume a responsabilidade de alocar

recursos assegurando que os serviços prestados sejam efetivos para todos os pacientes. Partindo dessa análise, para que uma instituição de saúde seja bem-sucedida, os gestores devem elaborar planos estratégicos e motivar suas equipes de trabalho. Bem como identificar os pontos fortes e fracos da organização que são pontos essenciais para atender às necessidades dos pacientes que buscam cuidados de saúde. A boa gestão da saúde pública é importante e necessária para a prestação de serviços de alta qualidade para a prevenção de doenças e agravos ao longo da vida (Fayet, 2022).

Em síntese, a gestão pública hospitalar desempenha um papel crucial na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Ao alocar recursos de forma eficiente, desenvolver políticas públicas adequadas e motivar equipes de trabalho, contribuindo significativamente para o bem-estar da sociedade e para a eficácia dos hospitais públicos no Brasil (Backes et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada indica que é necessário ter um planejamento estruturado na gestão pública hospitalar em Boa Vista-RR. A gestão é essencial e imprescindível para o bom funcionamento e gerenciamento das instituições de saúde, e por isso, por é importante a capacitação desses profissionais.

Com a chegada dos imigrantes houve uma superlotação e sobrecarga nos serviços de saúde em Roraima. No entanto, ela não se deu apenas pelo aumento populacional, mas sim pela falta de planejamento para atender as pessoas e acolher essa demanda. Como o SUS é universal, torna-se indispensável garantir que a população tenha acesso à serviços de saúde de qualidade, bem como políticas públicas adequadas que possam atender às necessidades específicas dos imigrantes.

A população venezuelana que chegam no Brasil, em sua maioria encontram-se fragilizados, cansados, famintos e doentes. A crise prolongada na Venezuela fez com que a população fosse em busca de

melhores condições de vida, e o Sus por ser universal facilita o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde ao buscar atendimentos.

Com isso, doenças antes erradicadas e controladas como sarampo, poliomielite e difteria voltaram a emergir, o que exige preparo por parte dos gestores e treinamento contínuo das equipes de saúde. Esse treinamento tem que começar desde a entrada das instituições de saúde, com o objetivo de garantir um acolhimento e escuta adequada.

Outro ponto que fora observado na pesquisa foi a barreira comunicacional, os profissionais da saúde não conseguem transmitir informações de forma fidedigna e por sua vez, os imigrantes também apresentam dificuldades para se comunicar e compreender orientações dadas pelos profissionais.

Considerando o que foi abordado, a gestão pública desempenha um papel crucial e decisivo para que haja um funcionamento de qualidade dos serviços oferecidos pela população através da elaboração de estratégias eficazes e planejamento de ações a curto e longo prazo. Além de investir em capacitação profissional e comunicação para enfrentar barreiras estruturais apresentados. Assim, uma gestão pública preparada promove um sistema capaz de atender as necessidades e demandas crescentes no Estado.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. M. Migração venezuelana – uma análise do seu impacto em Roraima. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 24, n. 1, 2020, p. 181–196.

ARRUDA-BARBOSA L, SALES A.F.G, SOUZA I.L.L. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde Soc.** 2020;29(2):e190730. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1101921>. Acesso em: 12 out. 2023.

ARRUDA-BARBOSA L, SALES A. F. G, TORRES M. E. M. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, **Brasil. Interface (Botucatu)**. 2020;24:e190807. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190807>. Acesso em: 13 out. 2023.

BACKES, D. S. et al. **O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da enfermagem. (2014).** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rmDRPC5KL9npdRRvDGdcHTh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional. Imigração venezuela-ro- raima: Evolução, impactos e perspectivas. 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10418/1/Imigracao_Venezuela_Roraima.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

BIAZUSSI, H. M. et al. **Venezuelanos no Brasil: direitos dos imigrantes e a saúde pública local. Interfaces Científicas**, Aracaju • V.7, N.2, p. 73 - 82 • setembro, 2023

BIAZUSSI, H. M. et al. Venezuelanos no Brasil: direitos dos imigrantes e a saúde pública local. **Interfaces Científicas**, Aracaju • V.7, N.2, p. 73 - 82 • Abril/Maio/Junho 2019.

BRASIL. **Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 4 set. 2023.

CARDENAS, M. I. C.; MARQUES, V. J. P. Saúde e migração: reflexão sobre o contexto da imigração venezuelana em Boa Vista, Roraima. **Saúde & Transformação Social**, v.

CHAVES, A. **Venezuelanos viajam até 11 horas para receberem atendimento médico** na fronteira de RR, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/venezuelanos-viajam-ate-11-horas-para-receberem-atendimento-medico-na-fronteira-de-rr.ghhtml>. Acesso em: 28 out. 2023.

CICV (Comitê Internacional da Cruz Vermelha). **Venezuela: priorizar o acesso da população à saúde, 12 set. 2019.** Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/venezuela-priorizar-o-acesso-da-populacao-saude>. Acesso em: 26 out. 2023.

COSTA FILHO, W. M. **O direito à saúde dos vulneráveis. Revista do 7º Congresso Brasileiro de Gestão do Conselho Nacional do Ministério Público.** Brasília: Ministério Público; 2016.

FAYET, E. **A importância da gestão pública na saúde.** Medicina S/A, 21 de janeiro 2022. Disponível em: <https://medicinasasa.com.br/gestao-publica-saude/>. Acesso em: 23 out. 2023.

HOERLLE, N. **Gestão hospitalar: o que é, papel e desafios**. 31 jan. 2023 Disponível em: <https://upflux.net/pt/blog/gestao-hospitalar/> Acesso em: 26 out. 2023.

HUMAN RIGHTS WATCH (HRW). Venezuela: **La crisis humanitaria se extiende a Brasil**. Abril 2017. Disponível em: <https://www.hrw.org/es/news/2017/04/18/venezuela-la-crisis-humanitaria-se-extiende-brasil>. Acesso em: 24 out. 2023.

JUNGER DA SILVA, G; CAVALCANTI, L; LEMOS SILVA, S; TONHATI, T; LIMA COSTA, L. F. **Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Departamento das Migrações**. Brasília, DF: OBMigra, 2023. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/refugio-em-numeros>. Acesso em: 17 out. 2023.

LOURENÇO, A. K. S., SEQUEIRA, B. J., ALHO, R. C. R. M., & GOMES, D. A. B. L. (2020). Percepção dos refugiados venezuelanos a respeito do sistema único de saúde no extremo norte do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 12(12), e5269. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5269.2020>. Acesso em: 15 out. 2023.

LATTA, C. D; CARAGNATTO, R. B; ZAMBAM; N. J. **O direito a saúde para os imigrantes e a pandemia do Covid-19 no brasil**. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/article>. Acesso em: 28/10/2013.

MAIA, Mateus. **Roraima vai pedir ao STF que união feche provisoriamente fronteira com Venezuela até haver controle melhor**. 2018. Disponível em: <https://br.reuters.com/article/topNews/idBRKBN1HK2IY-OB RTP>. Acesso em: 17 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2011. 36 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 26 nov. 2023.

MOLINARI, D. D. R., TURATTI, L., & CARRENO, I. (2021). A política pública de saúde e os migrantes: desafios da educação em saúde. **Reflexão E Ação**, 29(2), 207-228. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rea.v29i2.14807>. Acesso em: 16 out. 2023.

NETHIS (**Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde**). Sistema de Saúde da Venezuela, 2019. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/sistemadesaude-da-venezuela/>. Acesso em: 26 out. 2023.

OLIVEIRA, M. N. **Confluências entre saúde e migrações venezuelanas em Roraima**. Universidade Federal de Roraima, 2021. Disponível em: <http://repositorio.ufr.br:8080/jspui/handle/prefix/808>. Acesso em: 16 out. 2023.

PAIVA, R. A.; RANDOW, R.; DINIZ, L. P.; GUERRA, V. A. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Med. Minas Gerais**, 2018, 28 (supl 5). Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/52932>. Acesso em: 20 out. 2023,

PEREIRA, G. S.; PEREIRA, S. S. A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar. **Revista Atualiza Saúde**. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/article/v-1-n1-a-importancia-da-qualidade-do-servico-na-gestao-hospitalar/>. Acesso em: 23 out. 2023.

PUPO, A; MOURA, R. M; NAKAGAWA, F. **Roraima quer que união feche fronteira entre Brasil e Venezuela**. 2018. Disponível em: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,roraima-entra-com-acao-no-stf-para-que-uniao-feche-fronteira-entre-brasil-e-venezuela,70002267272>. Acesso em: 27 set. 2023.

RODRIGUEZ, D. D.; VALENTE, L. C. O atendimento à saúde dos imigrantes venezuelanos no contexto de crise: uma questão de cidadania. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 2018, p. 127-132.

RODRIGUES, A. V. A. Saúde pública: o papel do gestor de pessoas. 2022. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração Pública) – Unidade Acadêmica de Educação a Distância e Tecnologia, **Universidade Federal Rural de Pernambuco**, Recife, 2022. Disponível em: <https://repository.ufrpe.br/handle/123456789/3676>. Acesso em: 20 out. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MG. SUS (Sistema Único de Saúde), 19 jan. 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SILVA, A.G.J. Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador [dissertação]. Rio de Janeiro: **Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**; 2017. Disponível em: <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/handle/unirio/10913>. Acesso em: 20 out. 2023.

SILVA, P.S.; ARRUDA-BARBOSA L. Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde. **Enferm Foco** [Internet]. 2020 [cited 2021 June 21];11(2):37-43. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3091>. Acesso em: 20 out. 2023. SOARES, P. S.; CHEVITARESE, L. SUS: da teoria à prática. (2017). Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4645/2445>. Acesso em: 25 nov. 2023.

TEDESCO, J. R; JUNGES, J. R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, vol.29, n.8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000800021&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 03 nov. 2023.

ZENALLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de pesquisa, 2. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC**, 2011. Disponível em: http://arquivos.ea-dadm.ufsc.br/EaDADM/UAB3_20132/Modulo_1/Metodologia_Pesquisa/material_didatico/Livro-texto%20metodologia.PDF. Acesso em: 21 nov. 2023.

CAPÍTULO 4

SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO ESTADO DE RORAIMA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Thalyta Ketlen de Melo Oliveira

Renilma da Silva Coelho

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

Carla Araújo Bastos Teixeira

Francisca Andréia da Silva

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde infantil vem recebendo grande atenção nas últimas décadas, com projetos cada vez mais elaborados e direcionados a essa classe da população. Assim, foram criadas Políticas de Saúde que visam prevenir agravos à saúde infantil e reduzir os determinantes (Justino et al., 2020).

Nessa perspectiva, foi criada a rede cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, que trata-se de rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, ou seja, que se configura como um tipo de estratégia que visa a redução da taxa da mortalidade materna e infantil, por meio de uma rede de cuidado voltado para o planejamento da gestação, o parto e nascimento seguro (Brasil, 2011).

A relevância do tema consiste em discutir a Rede Cegonha (atual Rede Alyne), como pacote de ações que se voltam para a garantia de um atendimento humanizado que tem como base a qualidade, a segurança de todas as mulheres, inclusive a proposta é prestar assistência desde o planejamento familiar, passando então pelo processo de confirmação da gravidez, todo o pré-natal, o parto, os vinte e oito dias de pós-parto até os dois primeiros anos de vida das crianças,

todos contemplados pelo Sistema Único de Saúde (Gonçalves et al., 2019).

Dessa forma, a análise epidemiológica do perfil da Rede Alyne, relacionada às complicações na gravidez, no parto ou puerpério, assim como o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, foi motivada pela necessidade de um comparativo com as demais regiões do país de forma a oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações que fortaleçam o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos identificando situações de risco.

A qualidade da assistência materno-infantil está diretamente relacionada com os índices de mortalidade materna e infantil de crianças de até 1 ano de idade, pois a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador importante para apontamento da qualidade de vida da população, pois grande parte das mortes são precoces e evitáveis, atingindo, geralmente, a população com baixo nível socioeconômico, uma vez que reflete a desorganização, a desarticulação, a desigualdade de gênero e baixa qualidade da assistência nos serviços de saúde prestada a esse grupo (Brasil, 2004).

No Brasil, foi observado um aumento expressivo da RMM em 2020, quando comparado ao ano de 2019, em todas as regiões brasileiras, e Roraima apresentou mais de 100 óbitos por 100.000 nascidos vivos no ano de 2020 (Oliveira et al., 2023).

Vale ressaltar, que a mortalidade infantil abrange os óbitos de crianças menores de 1 ano de vida e trata-se de um indicador de saúde complexo, resultante de um processo que se inicia muito antes da gestação, sendo, assim, influenciado por fatores maternos, biológicos, socioeconômicos e ambientais (Silva, 2021).

Ainda nesse prisma, inúmeros são os fatores que influenciam diretamente na taxa de mortalidade infantil. Entre eles, pode-se destacar: questões maternas, como idade, escolaridade, renda e fatores biológicos; questões infantis, como tempo de gestação, peso ao nascer e fatores genéticos; além de questões ambientais, moradia e saneamento básico, e serviço de assistência à saúde adequado (Barbosa, 2019).

Considerando o exposto, este trabalho tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico da morbimortalidade de recém-nascidos no primeiro ano de vida no estado de Roraima, no período de 2018 a 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, quantitativo descritivo, de caráter epidemiológico, tomando como fonte de coleta de dados o sistema de informação de saúde do SUS, envolvendo dados de livre acesso do estado de Roraima e abrangendo a série histórica 2018 a 2022.

Foram analisados dados referentes à incidência de internação hospitalar (morbidade hospitalar) e óbitos da população menor de um ano, quanto a causa e ano de atendimento, pelas variáveis CID10BR e CapCID10. Os dados foram organizados por distribuição percentual e por seus respectivos indicadores ou taxas: morbidade hospitalar por 100.000 e mortalidade por 1.000. A análise dos dados, incluindo sua organização e tratamento foi feita com o auxílio do programa Software Microsoft Excel.

Por tratar-se de dados abertos e de acesso livre, por não representar nenhum risco ou dano à população envolvida, o estudo não necessita de submissão à apreciação e aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

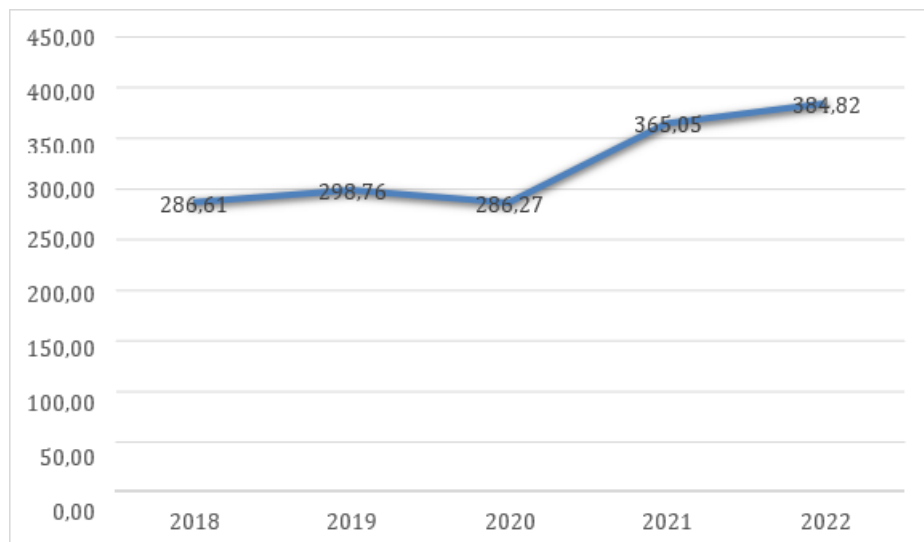
A tabela 1 representa os valores relativos as taxas de incidência de internação hospitalar de menores de 1 ano de idade no período de 2018 a 2022, sendo que a maior taxa ocorreu no ano de 2022, com 384,42 a cada 100.000 nascidos vivos, e o menor valor ocorreu em 2018. Mas apesar da diferença de valores, percebe-se uma tendência linear crescente deste dado, como demonstra o gráfico 1.

Tabela 1 — Taxa de incidência de morbidade hospitalar em menores de 1 ano, no período de 2018 a 2022, no estado de Roraima.

ANO	2018	2019	2020	2021	2022
TAXA	286,61	298,76	286,27	365,05	384,82

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 1 – Representação gráfica da taxa de incidência de morbidade hospitalar em menores de 1 ano, no período de 2018 a 2022, no estado de Roraima.



Fonte: Elaboração própria.

A tabela 2 apresenta os valores relativos da morbidade hospitalar infantil dentre as cinco maiores causas analisadas, sendo as afecções originadas no período perinatal como a principal motivo de internação, representando 48%, seguido das doenças do aparelho respiratório, com 20,90%, no qual a pneumonia é o principal motivo, e somada apenas essas duas causas equivale a mais de 60% das internações em

menores de 1 ano de idade no estado de Roraima nos últimos cinco anos.

Tabela 2 — Cinco principais causas de internação hospitalar em menores de 1 ano, no período de 2018 a 2022, no estado de Roraima.

CAUSAS	ANO						
	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	%
1. Algumas afec origina- das no período perinatal	1537	1786	1864	2324	2467	9978	48,00
1.1 Outras afecções origi- nadas no período perinatal	573	587	695	1170	1349	4374	21,04
1.2 Ret cres fet desn fet tran gest curt baix peso	372	465	473	437	419	2166	10,42
1.3 Outros transt respirató- rios orig per perinatal	340	374	346	364	316	1740	8,37
1.4 Outras infecções espe- cíficas do período perinat	177	223	231	169	166	966	4,65
1.5 Feto e rec-nasc afet fat mat e compl grav parto	11	45	50	84	103	293	1,41
1.6 Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	36	45	32	56	60	229	1,10
1.7 Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	7	23	27	21	23	101	0,49
1.8 Doença hemolítica do feto e do recém-nascido	18	20	8	21	29	96	0,46
1.9 Trauma durante o nas- cimento	3	4	2	2	2	13	0,06
2. Doenças do aparelho respiratório	1048	1074	444	919	859	4344	20,90
2.1 Pneumonia	785	758	311	626	587	3067	14,75
2.2 Bronquite aguda e bronquiolite aguda	236	268	96	223	194	1017	4,89
2.3 Outras infecções agu- das das vias aéreas super	11	11	4	45	38	109	0,52
.. Outras doenças do apa- relho respiratório	5	12	17	10	15	59	0,28
.. Laringite e traqueíte agu- das	2	8	7	10	8	35	0,17
.. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	3	5	1	2	12	23	0,11
.. Asma	5	9	1	2	4	21	0,10
.. Faringite aguda e amig- dalite aguda	1	2	2	1	1	7	0,03
.. Influenza [gripe]	0	0	4	0	0	4	0,02
.. Outras doenças do nariz e dos seios paranasais	0	1	0	0	0	1	0,00

**INTERFACES DO SUS: TECNOLOGIA, VULNERABILIDADE E INCLUSÃO NAS MÚLTIPLAS
DIMENSÕES DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

.. Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	0	0	1	0	0	1	0,00
3. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	439	500	502	617	428	2486	11,96
.. Sífilis congênita	104	155	201	269	185	914	4,40
.. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	193	236	108	170	100	807	3,88
.. Outras doenças virais	5	1	97	86	15	204	0,98
.... Restante de outras doenças virais	5	1	97	84	15	202	0,97
.. Septicemia	17	24	29	35	52	157	0,76
.. Malária	56	32	28	18	18	152	0,73
.... Malária por Plasmodium vivax	47	30	28	16	16	137	0,66
.. Outras doenças bacterianas	11	13	21	25	44	114	0,55
.... Restante de outras doenças bacterianas	11	13	21	25	44	114	0,55
.. Varicela e herpes zoster	5	11	2	0	1	19	0,09
.. Outras doenças infecciosas e parasitárias	2	1	1	10	4	18	0,09
.. Sarampo	17	0	0	0	0	17	0,08
.. Coqueluche	12	3	0	0	0	15	0,07
.. Outras febre p/arbovírus e febr hemorr p/vírus	2	9	2	1	0	14	0,07
.... Dengue [dengue clássico]	2	8	2	1	0	13	0,06
.... Malária por Plasmodium falciparum	8	1	0	1	2	12	0,06
.. Micoses	2	3	4	0	2	11	0,05
.. Leishmaniose	3	1	4	1	1	10	0,05
.... Leishmaniose visceral	2	1	4	1	0	8	0,04
.. Outras doenças infecciosas intestinais	1	2	0	0	4	7	0,03
.. Tuberculose respiratória	5	2	0	0	0	7	0,03
.... Tuberculose pulmonar	5	2	0	0	0	7	0,03
.. Encefalite viral	0	3	2	1	0	6	0,03
.. Outras sífilis	0	1	1	1	0	3	0,01
.. Outras helmintíases	1	0	1	0	1	3	0,01

**INTERFACES DO SUS: TECNOLOGIA, VULNERABILIDADE E INCLUSÃO NAS MÚLTIPLAS
DIMENSÕES DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

.. Infecção meningocócica	0	1	1	0	0	2	0,01
.. Infecções pelo vírus do herpes	1	1	0	0	0	2	0,01
.... Meningite viral	0	0	0	2	0	2	0,01
.... Malária não especificada	1	0	0	1	0	2	0,01
.... Leishmaniose cutânea	1	0	0	0	1	2	0,01
.. Cólera	1	0	0	0	0	1	0,00
.. Outras tuberculoses	1	0	0	0	0	1	0,00
.... Tuberc intest peritônio glândr mesentéricos	1	0	0	0	0	1	0,00
.... Febre hemorrágica devida ao vírus da dengue	0	1	0	0	0	1	0,00
.. Caxumba [parotidite epidêmica]	0	1	0	0	0	1	0,00
.... Outras formas malária conf exames parasitológ	0	1	0	0	0	1	0,00
.. Tripanossomíase	0	0	0	0	1	1	0,00
4. Contatos com serviços de saúde	129	124	156	202	421	1032	4,96
.. Pessoas em contato com serv saúde exame invest	128	123	155	200	419	1025	4,93
.. Anticoncepção	1	0	0	2	2	5	0,02
.. Pessoas contato serv saúde cuidados proc espec	0	1	1	0	0	2	0,01
5. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	166	240	250	166	147	969	4,66
.. Malformações congênitas do aparelho circulat	73	145	151	77	50	496	2,39
.. Outras malformações congênitas do sistema nerv	10	20	23	15	22	90	0,43
.. Outras malformações congênitas aparelho digest	28	19	12	19	10	88	0,42
.. Fenda labial e fenda palatina	20	12	18	13	11	74	0,36
.. Outras malformações congênitas	9	17	7	13	11	57	0,27
.. Anomalias cromossômicas NCOP	5	6	10	11	10	42	0,20
.. Deformidades congênitas dos pés	6	10	7	5	6	34	0,16
.. Outr malform e deform congên aparelho osteomusc	7	5	5	7	9	33	0,16

.. Espinha bífida	4	1	7	4	8	24	0,12
.. Outras malformações do aparelho geniturinário	1	2	5	2	4	14	0,07
.. Testículo não-descido	1	3	2	0	1	7	0,03
.. Ausência atresia e estenose do intestino delgado	2	0	1	0	3	6	0,03
.. Deformidades congênitas do quadril	0	0	2	0	2	4	0,02

Fonte: Tabnet.

No estudo de Moreira et al., (2020), do tipo ecológico com análise temporal de 2013 a 2017, na região do nordeste brasileiro, obteve resultado semelhante quanto à morbidade, onde pode-se observar que os agravos relacionados a afecções do período perinatal (33,8%) e transtornos respiratórios do período perinatal (49,7%) foram aqueles com maior número de casos.

Ao avaliar as maiores causas de mortalidade infantil no estado de Roraima no período de 2018 a 2022, foi constatado que as principais causas foram relacionadas a afecções no período perinatal; malformação congênita, deformidades e anomalias congênitas; causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho respiratório; e algumas doenças e infecções parasitárias, como demonstra a tabela 3. É importante ressaltar que essas 5 causas correspondem a 87% de todas as causas no repositório analisado.

Tabela 3 - Cinco principais causas de óbito em menores de 1 ano, no período de 2018 a 2022, no estado de Roraima.

CAUSAS	ANO						
	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	%
1. Algumas afec originadas no período Perinatal	110	97	136	109	89	541	38,13
1.4 Trans resp e cardiovas espec per Perinatal	58	44	64	54	37	257	18,11
1.5 Rest afec originadas no período Perinatal	27	31	37	28	33	156	10,99
1.1 Feto e recém-nasc afet fat mat e compl Grav	24	17	25	19	12	97	6,84
1.2 Transt relac duração gestação e cresc Fetal	1	5	8	8	7	29	2,04
1.3 Traumatismo de parto	0	0	2	0	0	2	0,14
2. Malf congên, deform e anomal cromossômicas	72	67	42	44	50	275	19,38
2.3 Rest de malf cong, deform e anomal Cromoss	27	27	18	24	21	117	8,25
2.2. Malf congênitas do aparelho Circulatório	30	25	20	15	22	112	7,89
2.1 Malformações congênitas do sistema nervoso	15	15	4	5	7	46	3,24
3. CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	39	41	30	20	18	148	10,43
3.5 Agressões	32	29	24	10	9	104	7,33
3.7 Todas as outras causas externas	4	6	3	6	5	24	1,69
3.6 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	3	2	3	1	2	11	0,78
3.1 Acidentes de transporte	0	2	0	1	1	4	0,28
3.2 Quedas	0	1	0	0	1	2	0,14
3.3 Afogamento e submersões acidentais	0	1	0	1	0	2	0,14
3.4 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	0	0	0	1	0	1	0,07
4. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	18	31	18	39	36	142	10,01
4.2 Pneumonia	12	28	16	34	31	121	8,53
4.5 Restante doenças do aparelho respiratório	4	1	2	2	2	11	0,78
4.3 Out infec agudas das vias aéreas inferiores	0	2	0	3	2	7	0,49
4.1 Influenza (gripe)	2	0	0	0	1	3	0,21
4.4 Bronquiolite	0	0	0	1	2	3	0,21
5. ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	25	36	22	23	22	128	9,02
5.1 Doenças infecciosas intestinais	12	25	6	9	13	65	4,58

5.2 Diarréia e gastroenterite orig infec pres	11	25	6	7	12	61	4,30
5.15 Restante algumas do- enç infec e parasitárias	0	1	12	10	4	27	1,90
5.6 Outras doenças bacteri- anas	7	5	2	3	1	18	1,27
5.8 Septicemia	5	2	2	3	1	13	0,92
5.12 Doenças transmitidas por protozoários	2	4	2	1	4	13	0,92
5.13 Malária	1	3	2	0	4	10	0,70
5.3 Outras doenças infecci- osas intestinais	1	0	0	2	1	4	0,28
5.10 Doenças virais	3	0	0	0	0	3	0,21
5.14 Leishmaniose	1	1	0	1	0	3	0,21
5.4 Tuberculose	1	1	0	0	0	2	0,14
5.5 Tuberculose respiratória	1	1	0	0	0	2	0,14
5.7 Infecção meningocócica	1	1	0	0	0	2	0,14
5.9 Infecções com transmis- são predom sexual	1	1	0	0	0	2	0,14
5.11 Sarampo	2	0	0	0	0	2	0,14

Fonte: Tabnet.

Assim como maior causa de internação, as afecções do período perinatal também correspondem a maior causa de mortalidade infantil no período analisado (38,13%), seguido de malformação congênita (19,39%) e em terceiro lugar causas externas (10,43%), sendo agressão o principal motivo nessa categoria.

As causas perinatais reflete as condições socioeconômicas, os aspectos relacionados a saúde reprodutiva e a qualidade da assistência ao longo do pré-natal, parto e recém-nascido, conforme corrobora o estudo de Rêgo et al., (2018), desenvolvido em Recife, ao analisar óbitos perinatais no período de 2010 a 2014, no qual constatou que maior parte dos óbitos fetais seria evitável. França et al., (2017), demonstra que a maior parte desses óbitos se concentra no primeiro mês de vida e também a elevada participação das causas perinatais, como a prematuridade, evidenciando a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, como passíveis de serem prevenidas por meio de assistência à saúde de qualidade. A tabela 4, apresenta o índice de mortalidade, por ano, demonstrando

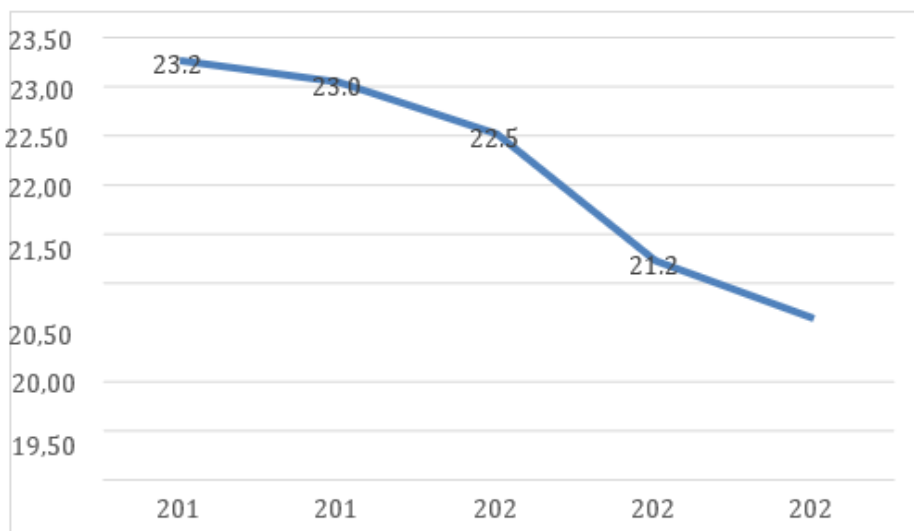
uma relativa diminuição de óbitos a cada ano. No gráfico 2, é notório essa tendência de decrescente, que no ano de 2018 teve maior índice de mortalidade, e ao longo dos anos, esse valor obteve relativa diminuição, o que difere da taxa de morbidade hospitalar, no qual a taxa possui tendência crescente.

Tabela 4 - Taxa de incidência de mortalidade em menores de 1 ano, no período de 2018 a 2022, no estado de Roraima.

ANO	2018	2019	2020	2021	2022
TAXA	23,26	23,04	22,51	21,22	20,63

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2 - Representação gráfica da taxa de mortalidade em menores de 1 ano, no período de 2018 a 2022, no estado de Roraima.



Fonte: Elaboração própria.

A Rede Alyne tem impacto significativo na tendência decrescente dos óbitos infantis, uma vez que amplia o acesso e melhora a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao

puerpério, bem como ofertar assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011). Contudo possui fragilidades de estruturação, assim como dificuldade em manter a longitunilidade do cuidado, tornando a redução da mortalidade infantil um desafio para realidade brasileira (Pinheiro, et al., 2016; Souza, et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra condições sensíveis a causas de morbidade e mortalidade infantil, no qual as causas relacionadas as afecções perinatais apresentam um padrão de correlação de morbidade e mortalidade como principal causa das mesmas, condição essa, que reflete a assistência no pré-natal, parto e pós-parto, e o papel da Atenção Básica nesse cenário, uma vez que há redução da mortalidade infantil, mas a morbidade hospitalar demonstra relativo aumento.

Dessa forma, esta pesquisa revela que, embora existam políticas de saúde voltadas para a atenção à saúde da criança, como a Rede Alyne, com objetivo de reduzir estes indicadores de morbidade e mortalidade, ainda é necessário maior fortalecimento no nível da Atenção Básica para melhoria no longitunilidade da assistência infantil.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. D. F. (2019) Programa Água para todos: Análise dos Efeitos da Qualidade da Água na Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, DF: Dissertação (Mestrado em Economia de Empresas). Escola de Negócios, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Economia, Universidade Católica de Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): **a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto nacional pela**

redução da mortalidade materna e neonatal [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2004.

FRANÇA, E. B., et al., Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de carga global de doença. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, 2017.

GONÇALVES, A.D.S et al., Rede Cegonha e o princípio da integralidade: análise da implementação no estado do Maranhão. **Temas em Saúde** Volume 19, Número 4, João Pessoa, 2019.

JUSTINO, D.C.P., ANDRADE, F.B. Análise espacial das causas de mortalidade infantil no Brasil de 2000 A 2015. **Revista Ciência Plural**, 6(3), 174-193, 2020.

MOREIRA, E. A. F. et al. Morbidade e mortalidade infantil com foco nas causas perinatais no nordeste brasileiro. **Revista Ciência Plural**, v; 6, n. 3, 2020.

PINHEIRO, J. M. F., et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, 2016.

OLIVEIRA, I.V.G; MARANHÃO, T.A; ARAUJO, T.K.A; FROTA, M.M.C; TORRES, S.R.F; ROCHA, M.I.F; XAVIER, M.E.S; SOUSA, G.J.B. Mortalidade materna no brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], 2023.

RÊGO, M. G. S. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017, 2018.

SILVA, H.U.P., Paiva L.D., Cartaxo M., Fleury R.M.G., Barbosa J.S.P. (2021) Fatores de risco e pontos conexos associados à mortalidade neonatal no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev Bras Interdiscip Saúde -ReBIS**

SOUZA, C. D. F., et al. Novo século, velho problema: tendência da mortalidade infantil e seus componentes no Nordeste brasileiro. **Cad. saúde col**

CAPÍTULO 5

MÉTODO ABA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Jhonatan Calel de Moura

Thais Pereira da Silva

Marcela Lima Leite

Renilma da Silva Coelho

Francisca Andréia da Silva

Glenda Ramá Oliveira da Luz

Gleidilene Freitas da Silva

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é categorizado como um transtorno do desenvolvimento que surge na infância, sendo crucial entender que não deve ser percebido como uma deficiência ou doença, mas sim como um distúrbio global que impacta diversos aspectos do desenvolvimento. O autismo infantil é caracterizado como um distúrbio global que afeta não apenas a comunicação e interação social, mas também a linguagem e cognição (Campelo et al., 2009).

No âmbito do TEA, manifestam-se sintomas que podem comprometer a capacidade da criança de processar e sintetizar informações, resultando em desafios significativos no aprendizado de novos conceitos. Esta complexidade pode não apenas dificultar a aquisição de conhecimento, mas também influenciar negativamente a interação da criança com seus pares na escola. Assim, é imperativo reconhecer a abrangência do TEA, indo além das limitações comunicativas e sociais, para considerar seus impactos na aprendizagem e convívio escolar (Silva; Coelho, 2021).

Crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente apresentam desafios na comunicação, caracterizados por habilidades expressivas limitadas. O

desenvolvimento da fala pode ser mais demorado, resultando em dificuldades significativas para se comunicarem efetivamente com os outros. Além disso, a compreensão da linguagem falada pode ser uma barreira adicional, tornando desafiador o estabelecimento de interações verbais significativas. Contudo, é importante reconhecer que, apesar dessas dificuldades, muitas crianças com TEA exibem habilidades notáveis em outras áreas, destacando a importância de abordagens inclusivas e adaptativas para promover um ambiente de aprendizado que valorize suas potencialidades individuais (Soares et al., 2024).

As abordagens de saúde em relação aos cuidados prestados a pessoas com necessidades especiais, principalmente as crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), oferecem amplas possibilidades de tratamento. A busca por estratégias eficazes de intervenção não apenas visa a melhoria do quadro clínico, mas também se concentra no aprimoramento das habilidades comunicativas dessas crianças, permitindo uma interação social mais fluida e enriquecedora. O processo de cuidado abrange uma variedade de técnicas inovadoras, garantindo à criança um ambiente propício para o aprendizado e o desenvolvimento comunicativo. Ao implementar essas estratégias, não apenas se busca atenuar as dificuldades associadas ao autismo, mas também promover uma participação mais ativa e inclusiva na sociedade, estimulando o pleno potencial dessas crianças excepcionais (Angelis; Teixeira, 2022).

Entre as abordagens usadas como método de intervenção comportamental no tratamento dos sintomas do autismo está a Análise Aplicada do Comportamento, mais conhecida no Brasil pela sigla em inglês ABA (Applied Behavioral Analysis). Esse método desempenha um papel crucial na avaliação de crianças autistas, proporcionando uma abordagem analítica para compreender seu comportamento. Ao empregar o ABA, é possível não apenas avaliar, mas também direcionar e adaptar as intervenções educacionais de forma mais eficaz. Essa metodologia não apenas oferece um guia para os professores ao analisar o comportamento da criança, mas também cria uma base sólida para desenvolver estratégias personalizadas,

atendendo às necessidades específicas de cada criança autista (Sousa; Silva; Ramos; Melo, 2020).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou realizar uma revisão narrativa da literatura acerca da importância e da relevância do método Applied Behavior Analysis (ABA) no aprimoramento do processo de aprendizagem de alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa analisar as evidências científicas disponíveis sobre a utilização do método ABA como estratégia de intervenção no processo de ensino-aprendizagem de alunos com transtorno do espectro autista (TEA). A revisão narrativa se caracteriza por apresentar uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (Cordeiro et al., 2007).

O presente estudo surgiu por meio da questão norteadora: "Quais são as evidências científicas sobre a utilização do método ABA como estratégia de intervenção no processo de ensino-aprendizagem de alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA)?"

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sites com acesso público tais como nas bibliotecas virtuais: SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, a qual engloba a base de dados LILACS, Medline, entre outras), Google Acadêmico e Portal de Periódicos da Capes.

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a agosto de 2025. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram:

“Transtorno do Espectro Autista”, “Saúde Pública”, “Estratégias de Saúde”.

Foram incluídos no presente estudo, artigos científicos relacionados à temática, disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2025, no idioma português. Foram excluídos destes narrativos artigos que não estavam relacionados à temática abordada na presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é caracterizado como um distúrbio do neurodesenvolvimento e classificado pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V). sendo definido como um transtorno que se manifesta por desafios persistentes na vida daqueles que possuem esse distúrbio (Pereira et al., 2022).

Campelo et al., (2009) destacam que houve evolução acerca do conceito de autismo, ao enfatizarem que a compreensão das alterações de relacionamento, afetividade ou comportamento está intrinsecamente ligada às diversas formas de pensamento. Assim, o autismo passou a ser conhecido como um espectro que envolve discussões amplas relacionadas às variadas manifestações do pensamento e às nuances das alterações nos aspectos de relacionamento, afetividade e comportamento.

É crucial ressaltar que, embora muitos profissionais e pais ainda utilizem termos como autismo clássico, autismo atípico, Síndrome de Asperger, entre outros, tais definições já não são mais consideradas oficiais. Esses termos foram substituídos pela classificação proposta no DSM V (2013), que divide o transtorno em três níveis: leve, moderado e severo, passando a ser denominado como transtorno do espectro autista. Embora as crianças autistas compartilhem características semelhantes, a variação nos sintomas conforme o grau de gravidade ressalta a importância desse processo de avaliação individualizada (Silva; Coelho, 2021).

Ressalta-se, porém, a importância de especificar algumas das características particulares do TEA, uma vez que cada indivíduo tem

uma particularidade específica. Além disso, é crucial reconhecer que a complexidade do espectro autista demanda uma compreensão abrangente e holística, englobando não apenas os aspectos etiológicos e sintomáticos, mas também as diversas abordagens de intervenção. A identificação precoce do TEA, especialmente considerando o impacto nas habilidades de comunicação e linguagem, permanece uma prioridade, permitindo a implementação de estratégias mais efetivas e personalizadas para cada indivíduo dentro do espectro (Silva; Coelho, 2021).

O processo de avaliação de uma criança em relação ao autismo tem início quando a família ou a escola identifica comportamentos sugestivos dessa condição. Diante desse reconhecimento, é fundamental que a criança seja acompanhada por um profissional qualificado para realizar o diagnóstico (Silva; Coelho, 2021). Nesse sentido, a inclusão e o convívio do indivíduo com autismo na escola e em outros ambientes sociais demandam uma abordagem mais abrangente e sensível, considerando a diversidade de manifestações dentro desse espectro (Campelo et al., 2009).

A discussão em torno dos fatores etiológicos, da descrição do transtorno e das abordagens de intervenção relacionadas ao espectro autista permanece ampla e complexa. A compreensão da etiologia das dificuldades na comunicação é especialmente desafiadora, dada a heterogeneidade do quadro, mas é consensual que o comprometimento nessa área, tanto verbal quanto não verbal, representa uma das características distintivas do TEA (Pereira et al., 2022).

É fundamental destacar que, embora não haja uma cura definitiva para o TEA, existem acompanhamentos e orientações que desempenham um papel crucial no processo de socialização e desenvolvimento dos indivíduos. A musicoterapia, por exemplo, tem se destacado como uma abordagem eficaz, respaldada por evidências científicas que demonstram sua utilidade e efetividade no tratamento de pessoas com autismo pois ativa diferentes funções cerebrais/cognitivas simultaneamente, como os neurônios espelhos, que não apresentam um funcionamento normal nos indivíduos com autismo (Molnar; Szakacs; Heaton, 2012).

Nesse contexto de intervenções terapêuticas e educacionais, os estudantes com autismo são submetidos a uma avaliação abrangente de suas habilidades verbais e sociais. Esta avaliação, é crucial para a intervenção adequada que pode ser realizada em salas multifuncionais que possibilitam um atendimento mais individualizado. Entre os métodos de intervenções utilizados destaca-se a Análise Aplicada do Comportamento (ABA), reconhecida no Brasil pela sigla em inglês ABA (Applied Behavioral Analysis) (Sousa et al., 2020).

Moraes e Silva (2018), explicam que a ABA evoluiu a partir dos estudos de Skinner e foi refinada com a aplicação da análise comportamental em ambientes naturais. Essa ciência aplicada do comportamento desempenha um papel crucial no ensino de indivíduos com transtorno do espectro autista e atrasos no desenvolvimento. Fundamentada na análise comportamental aplicada em ambientes naturais, a ABA propõe programas que visam o ensino de habilidades comportamentais, contribuindo para o desenvolvimento nas áreas da comunicação, interação social, habilidades acadêmicas e de vida diária.

A ABA, conforme observado, contribui para o ensino de pessoas com autismo, oferecendo uma abordagem terapêutica intensiva e individualizada para desenvolver habilidades necessárias à independência e melhoria da qualidade de vida. Essas habilidades incluem o desenvolvimento e a integração do indivíduo diagnosticado com autismo (Oliveira; Silva, 2021).

Rosa e Albrecht (2021, p. 11) delineiam o objetivo da ABA no processo educacional, destacando a ampliação do repertório comportamental, a aquisição de habilidades sociais, repertórios pré-acadêmicos e acadêmicos, comportamento verbal, aumento da autonomia e redução de comportamentos disruptivos que prejudicam a interação social do aluno. Cada caso recebe uma abordagem específica para desenvolver o processo de ensino-aprendizagem de forma individualizada

Nesta abordagem, conforme destacado por Moraes e Silva (2018), a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) emerge como uma ferramenta avaliativa das habilidades verbais e sociais em crianças autistas. Evidencia-se a necessidade de alinhamento do

currículo escolar com o processo de aprendizagem, respeitando a premissa de que a implementação desse método não requer a exclusão do aluno da sala de aula. De acordo com a Lei nº 9.394/1996 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação, artigo 59, a aplicação da ABA deve ser conduzida por profissionais capacitados. Pois durante as sessões de aplicação da ABA, o profissional desempenha manejos comportamentais cruciais para o desenvolvimento da criança autista.

Sendo assim, é fundamental que a equipe escolar esteja preparada para oferecer um atendimento de qualidade, promovendo formação continuada, colaborando com a família e demais profissionais envolvidos no processo de inclusão. A ABA não apenas avalia as habilidades funcionais do aluno, mas também atua em parceria com todos os stakeholders, incluindo a família e o próprio aluno, quando possível. Além disso, a terapia ABA diagnóstica e orienta o Plano Educacional Individualizado (PEI), com programas de ensino específicos e avaliações comportamentais periódicas.

Ao considerar essas informações, percebe-se a relevância da ABA no contexto escolar para o desenvolvimento integral de crianças autistas. O método não apenas coleta dados durante, antes e após a intervenção, mas também analisa o progresso individual do aluno, auxiliando na tomada de decisões para futuras intervenções (Sousa et al., 2020).

Contudo, é imperativo realizar observações e exames constantes para avaliar a eficácia do método. Oliveira e Silva (2021) destacam a necessidade de registros rigorosos pelo profissional responsável, utilizando esses dados para identificar resultados positivos nas habilidades desejadas.

A ABA é fundamentada em evidências de pesquisa e representa uma intervenção comportamental individualizada para alunos autistas. Essa avaliação funcional do comportamento é crucial para que os profissionais desenvolvam estratégias de ensino que estimulem a aprendizagem (Rosa; Albrecht, 2021).

Sousa et al., (2020) afirmam que a terapia ABA é respaldada cientificamente e amplamente adotada nos Estados Unidos e no Canadá para melhorar a qualidade de vida de pessoas com Transtorno

do Espectro Autista (TEA). No entanto, Oliveira e Silva (2021) enfatizam a importância de que a ABA seja aplicada por profissionais de análise comportamental com experiência supervisionada e prática no método, especialmente para alunos com autismo.

Essa avaliação deve ser feita por um profissional capacitado de forma eficaz, e assim oferecer o tratamento mais adequado, a vista que o tratamento é fundamental no processo de adaptação e socialização da criança autista com o ambiente em que ele está inserido, como também prepará-lo para socializar em outros ambientes. (Rosa; Albrecht, 2021).

Durante a realização da avaliação no paciente é importante que todos os procedimentos e etapas sejam seguidos, pois na avaliação da comunicação é importante que seja explorado a comunicação não verbal, elementos prosódicos da fala, conteúdo e iniciativa conversacional, sintaxe, semântica e fonologia, reciprocidade e as regras conversacionais (Pereira et al., 2022).

Silva e Coelho, (2021) complementam que a atuação fonoaudiológica é importante na promoção da linguagem, uma vez que práticas exercidas por esses profissionais são relevantes neste processo. No contexto da aprendizagem, é considerável que a criança no processo de aquisição de linguagem receba estímulos adequados e contínuos, favorecendo seu desenvolvimento comunicativo.

Nesse sentido, ao aplicar o método ABA, o profissional precisa traçar metas e objetivos para ter um resultado positivo. Para isso é necessário que no momento da intervenção, ele pontue as fragilidades e pontos de atenção na avaliação para organizar melhor as metodologias utilizadas no ABA (Oliveira; Silva, 2021).

O trabalho realizado pelo profissional da sala da multifuncional também exerce uma influência direta no desenvolvimento da fala da criança, possibilitando a sua comunicação com as outras pessoas e com isso a interação e desenvolvimento cognitivo. Dessa forma, o diagnóstico precoce é fundamental para que a criança possa receber o tratamento adequado de acordo com o grau do transtorno (Silva e Coelho, 2021).

Para melhorar a fala da criança, é importante que o profissional da sala de multifuncional após a aplicação do método ABA, busque metodologias que favoreça o desenvolvimento da fala, por exemplo a música, pois a música contribui no processo de interação da criança (Rodrigues; Spencer, 2015).

O desenvolvimento da linguagem em crianças em formação é uma fase crucial, destacando a importância das atividades propostas nas aulas de salas multifuncionais. Nesses ambientes, os professores utilizam uma variedade de recursos para trabalhar a linguagem, incentivando a comunicação da criança no convívio pessoal e social (Rodrigues; Spencer, 2015).

Pereira et al., (2022) mencionam que a avaliação da comunicação é essencial explorar aspectos como comunicação não verbal, elementos prosódicos da fala, sintaxe, semântica e fonologia. Diante disso, o método ABA vai além da visão tradicional da linguagem como um conjunto de regras gramaticais, ele permite investigar crianças com limitações na fala, como as autistas (Campelo et al., 2009).

Sendo assim, as principais dificuldades de linguagem em crianças autistas estão relacionadas aos aspectos pragmáticos e à estruturação de narrativas. Portanto, o método ABA desempenha um papel fundamental na avaliação, contribuindo para o desenvolvimento linguístico dessas crianças, tornando possível trabalhar diversas habilidades dos alunos autistas por meio de atividades inclusas no ABA, proporcionando interação e aprendizagem significativa (Pereira et al., 2022).

Por fim, é importante destacar que, conforme aponta Rosa e Albrecht (2021), a intervenção precoce é fundamental para maximizar o potencial de desenvolvimento de crianças autistas. Contudo, o diagnóstico ocorre em muitos casos tardiamente, evidenciando a necessidade de um esforço conjunto entre educadores, profissionais de saúde e familiares para promover um ambiente inclusivo e proativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos autores analisados, compreende-se que o autismo é um transtorno global que interfere a comunicação não verbal, a fala, no aspecto cognitivo e na interação social.

As crianças com TEA possuem inúmeras características quanto ao seu comportamento físico, habilidades de interação social e nas habilidades de comunicação com as demais crianças do seu convívio. Diante dessa especificidade, atualmente existem tratamentos que fazem com que essas habilidades sejam desenvolvidas no decorrer do desenvolvimento da criança. Sendo assim, pensando em tais especificidades e estratégias que podem ser utilizadas, observou-se que o método ABA favorece o processo avaliativo de crianças autistas.

A análise do Comportamento Aplicada, conhecida como método ABA, desempenha um papel fundamental no processo avaliativo do aluno autista. Sua abordagem baseada em evidências, individualizada e centrada nas necessidades do aluno, tem se mostrado uma ferramenta eficaz na promoção do desenvolvimento e aprendizado desses estudantes. Ao longo deste texto, exploramos como o método ABA fornece estratégias de intervenção específicas, promovendo a aquisição de habilidades funcionais e a redução de comportamentos desafiadores.

Além disso, a abordagem ABA destaca a importância da coleta sistemática de dados, permitindo uma avaliação contínua do progresso do aluno e ajustes adequados no plano de intervenção. Isso não apenas beneficia o estudante autista, mas também capacita os educadores, terapeutas e pais a trabalhar juntos de forma colaborativa para proporcionar o melhor ambiente de aprendizado possível.

É crucial ressaltar que o sucesso do método ABA na avaliação de alunos autistas não se limita ao ambiente escolar. As habilidades adquiridas por meio dessa abordagem têm impacto direto na qualidade de vida dessas crianças e jovens, capacitando-os a se tornarem membros ativos e independentes da sociedade.

Em um mundo que valoriza a inclusão e a diversidade, é imperativo que continuemos a reconhecer a importância do método

ABA no processo avaliativo do aluno autista e promovamos seu acesso a essa abordagem valiosa. Com educação, pesquisa e prática contínuas, podemos ampliar ainda mais o impacto positivo do método ABA e garantir um futuro brilhante para os alunos autistas em todo o mundo.

Desse modo, é possível verificar que o método ABA utilizado no processo avaliativo das crianças autistas em salas multifuncionais contribui para uma análise precisa da criança que convive com o transtorno global, o autismo. Sendo possível analisar o seu comportamento e auxiliar o professor no desenvolvimento de atividades que visam melhorar a qualidade da aprendizagem do aluno autista na evolução de suas habilidades comunicativas e socialização com os demais alunos em sala de aula.

Nesse contexto, sugere-se uma abordagem mais proativa no ambiente educacional, com programas de formação para professores e profissionais de educação visando a identificação precoce de sinais de autismo. Além disso, é crucial estabelecer parcerias entre instituições educacionais e serviços de saúde, garantindo uma abordagem integrada para oferecer suporte adequado aos alunos autistas e suas famílias.

Assim, a conscientização, formação e cooperação são elementos-chave para assegurar que crianças autistas recebam diagnósticos e suportes adequados desde os primeiros estágios de suas vidas escolares, promovendo uma sociedade mais inclusiva e compassiva.

REFERÊNCIAS

- ASSUMPÇÃO JR., F. B.; KUCZYNSKI, E. Autismo: conceito e diagnóstico. In: Ana Carolina Sella, Daniela Mendonça Ribeiro (Organizadoras). **Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista**. p. 321. Curitiba: Appris, 2018.
- CAMPELO, Lílian Dantas et al. AUTISMO: **um estudo de habilidades comunicativas em crianças**. *Rev. CEFAC*, Out-Dez; v.11. n. 4. P. 598-606. 2009.

FREITAS, Fernanda Aparecida Ferreira de et al. Habilidades comunicativas em crianças com transtorno do espectro autista: percepção clínica e familiar. **Rev. CEFAC**, v. 23. n. 4. p. 1521. 2021.

MELLO, Ana Maria S. R. de. **Autismo: guia prático**. 5 ed. São Paulo: AMA. Brasília: CORDE, 2007.

MOLNAR-SZAKACS, I.; HEATON, P. Music: **a unique window into the world of autism**. **Anais da New York Academy of Sciences**, p. 318-324. 2012.

MORAES, R.; SILVA, M. J. das N. L. da; **a importância da análise do comportamento aplicada (aba) no contexto escolar**. In: Anais CINTEDI, 26 de abr. de 2018. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cintedi/2018/TRABALHO_EV110_MD1_SA_3_ID2666_12082018233701.pdf. Acesso em: 25 de março de 2023.

MORAES, Renata, et al. A Importância da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) no contexto escolar. **III CINTEDI**, FACESF. 2018.

OLIVEIRA, D. dos S. F.; SILVA, A. D. P. R. da. Autismo e a educação: ciência aba (análise do comportamento aplicada) como proposta de intervenção na educação infantil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**- REASE, v.7.n.10. out. 2021. <doi.org/10.51891/rease.v7i10.2517>.

PEREIRA, Jakciane Eduarda Araujo et al., **Habilidades comunicativas de crianças com autismo**. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 34. N. 2. P.54122, 2022.

RODRIGUES, J. M. C.; SPENCER, E. A **Criança Autista: um estudo psicopedagógico**. 2 a. ed. Wak Editora. 2015.

ROSA, Sandra de Oliveira; ALBRECHT, Ana Rosa Massolin. **Estudo sobre a análise do comportamento aplicada (aba) e sua contribuição para a inclusão de crianças com transtorno do espectro autista** (tea), graus ii e iii, no ensino fundamental I. Centro Universitário UNINTER. 2021.

ROSAL, A. G. C., CORDEIRO, A. A. A., SILVA, A. C. F., SILVA, R. L., QUEIROGA, B. A. M. Contribuições da consciência fonológica e nomeação seriada rápida para a aprendizagem inicial da escrita. **Revista CEFAC**, v. 18. n. 1, p. 74-85. 2016.

SOARES et al., O Transtorno do espectro autista: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 1116–1130, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n4p1116-1130. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1890>

SILVA, W. M da; COELHO, Aracy Tereza Castelo Branco. O processo de aquisição de linguagem para a criança com transtorno do espectro autista: artigo de revisão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1. 2021.

SOUSA, D. L. D. de, et al. Análise do Comportamento Aplicada: A Percepção de Pais e Profissionais acerca do Tratamento em Crianças com Espectro Autista. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 1, jan./abr. 2020.

CAPÍTULO 6

ESTUDO DO PERFIL DE MORBIMORTALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES ENTRE 20 À 59 ANOS NO NORTE DO BRASIL

Glenda Ramá de Oliveira Luz
Jany Kessi de Oliveira Bandeira
Leticia da Silva Azevedo
Renilma da Silva Coelho
Francisca Andréia da Silva
Gleidilene Freitas da Silva
Carla Araújo Bastos Teixeira

INTRODUÇÃO

Os óbitos entre os homens e as mulheres ocorrem em grande e larga escala, estudos tem revelados que o sexo feminino apresenta menor índice de mortalidade nas faixas etárias entre 20 a 59 anos que o sexo masculino, essa distribuição engloba tanto as causas gerais como as específicas. No território brasileiro, foram registrados em 2010 os percentuais de óbitos nos homens com idade entre 20 a 59 anos de 37,7%, e nas mulheres foram 23,3%, para as mesmas faixas etárias (Brasil, 2021).

Diante dessa concepção, o Ministério da Saúde, buscou promover intervenções na população masculina, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), é uma das prioridades do governo, sendo fortalecida com a parceria com os gestores do SUS, sociedades científicas, pesquisadores, acadêmicos entre outros. (Brasil, 2008). A PNAISH tem o objetivo de promover saúde a população masculina, contribuindo essencialmente no contexto da realidade dos homens frente aos diversos contextos socioculturais e político-econômico, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e arranjo dos sistemas de saúde e tipos de gestão (Brasil, 2008).

Entretanto, apesar de as mulheres apresentarem menores taxas de mortalidade comparadas aos homens, é fundamental analisar todo o cenário e os problemas de saúde que mais acometem esse grupo populacional, no intuito de oferecer aprimoramento no planejamento de intervenções efetivas, com base nos programas de saúde ofertados a esse público (Brasil, 2021).

De acordo com Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), o sexo feminino abrange a maioria da população brasileira, sendo esta as principais usuárias do (SUS). Ademais, é importante citar que historicamente há uma desigualdade de poder entre as mulheres e homens, no qual causa embate nas situações de saúde das mulheres. Muitos são os agravantes que influenciam esse impacto, questões relacionadas com gênero, raça, etnia, situação de pobreza, idade, orientação sexual, agravam ainda mais as desigualdades vivenciadas pelas mulheres, exigindo dessa forma políticas públicas com maior intensidade no olhar a essa população (Brasil, 2015).

Dessarte, é prescindível o estudo dessa pesquisa, as causas de morbimortalidade que está gerando altos índices de óbitos tanto nos homens como nas mulheres. O Ministério da Saúde busca cumprir o papel de formular políticas que visem diminuir esses agravos com ações nos desenvolvimentos das PNAINH e PNAISM, alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desenvolvendo estratégias de humanização, consolidando com os princípios do SUS, e fortificando com as ações de serviços nas redes e cuidados de saúde (Brasil, 2008; Brasil, 2015).

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou-se avaliar e descrever o perfil epidemiológico de morbimortalidade, agravos de notificações, internações e óbitos na população adulta entre 20 à 59 anos, identificando as necessidades em saúde no contexto em que esse grupo populacional está inserido.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, quantitativa, epidemiológica, numa série histórica de 2018 a 2022, baseada em dados do DATASUS/TABNET, referente aos agravos de notificações, internações e óbitos no grupo populacional de 20 à 59 anos do Estado de Roraima.

O estado de Roraima está localizado no extremo norte brasileiro e possui uma população estimada em 634.805 habitantes, sendo, 436.591 residentes da capital Boa Vista, concentrando cerca de dois terços dos habitantes do estado. Situa-se na margem direita do rio Branco. O município de Boa Vista é sede da Região Metropolitana, além de ser a capital estadual mais setentrional do Brasil e a única localizada totalmente ao norte da linha do Equador e a mais distante de Brasília, capital federal.

Os dados serão coletados no município de Boa Vista por meio do tabulador de informações TABNET.

A população do estudo será constituída por faixas etárias entre jovens e adultos de 20 à 36 anos e 37 à 59 anos, dividido por gênero, ou seja, masculino e feminino.

Para o cálculo amostral, será considerado um intervalo de confiança de 95%, e erro amostral de 5%.

Ao descrever o grupo populacional no Estado de Roraima de acordo com os agravos de notificações, internações e óbitos, será subdividido em extratos envolvendo as categorias de gênero feminino e masculino. E as políticas públicas que abrangerão essa população, sendo elas: PNAB, Política de Promoção à Saúde, Política do Adulto, Política da Mulher, e Política do Homem. Com isso, será possível tabular e quantificar os agravos que mais acometem o público-alvo.

A subdivisão no Tabnet para tabulação dos dados será por idades de 20 à 34 anos, 35 à 44 anos, 45 à 59 anos. Onde as variáveis analisadas serão por distribuição de agravo; se o padrão de morbidade se modifica com cada etapa; E se o planejamento de saúde é compatível.

A análise será por meio de dados secundários; Distribuição percentual de taxas de morbidade hospitalar e óbito (nessa taxa, será analisado o total de internações dos últimos 5 anos, dividido pelas faixas etárias supracitadas acima e multiplicado por 100.000 e dividido pelo nº de população). O cálculo por incidência dos agravos de notificações será multiplicado por 100.000 habitantes. Será analisado as 10 maiores causas de fatores externos; infecções sexualmente transmissíveis, outras infecções transmissíveis- OIT, doenças parasitárias, e doenças passíveis de imunização.

Serão incluídos na pesquisa indivíduos do sexo feminino e masculino, entre as faixas etárias de 20 à 36 anos e 37 à 59 anos. As causas a serem analisadas serão referentes às internações, morbidade e mortalidade até à 10ª causa de fator externo ocorridas no estado de Roraima.

Serão excluídos os indivíduos com faixa etária abaixo de 20 anos e maior que 60 anos. Fatores externos a partir da 11ª causa não serão avaliados.

Os riscos deste estudo serão tabular dados não fidedignos, uma vez que serão coletados em dados secundários e não primários.

Assim como os benefícios serão tabular os dados fornecidos na plataforma TABNET, e disponibilizar de forma abrangente, discutida e embasada entre autores, possibilitando então, uma linguagem de fácil entendimento.

Para a interpretação dos dados serão consideradas variáveis independentes como: idade, causas de internações, morbidades e óbitos. A comparação entre médias amostrais, elaboração de tabelas e gráficos serão realizados diretamente em planilha eletrônica desenvolvida no programa Microsoft pelo Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme os dados adquiridos do sistema TABNET/DATASUS, relacionado as internações por capítulo CID-10, conforme o gênero sexual e de acordo com as faixas etária de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, nos períodos de 2018 a 2022, foi possível

observar as principais patologias, bem como as causas de internações e as que mais acometeram o gênero feminino e masculino. Esses dados serão ilustrados nas Tabelas 01 e 02 e os Gráficos 01 e 02.

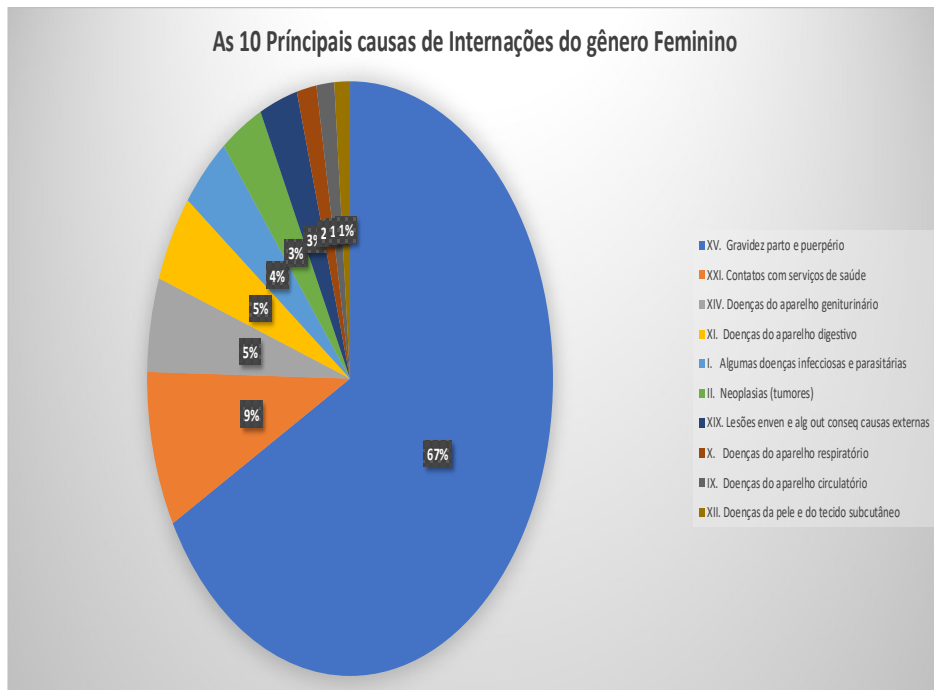
Tabela 01- Principais causas de internações do gênero feminino, de acordo com a CID-10, referente aos anos de 2018 à 2022.

Capítulo CID-10	Fem	%
Total	95209	100
XV. Gravidez parto e puerpério	61597	64,70
XXI. Contatos com serviços de saúde	7782	8,17
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4706	4,94
XI. Doenças do aparelho digestivo	4389	4,61
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3752	3,94
II. Neoplasias (tumores)	3138	3,30
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2806	2,95
X. Doenças do aparelho respiratório	1448	1,52
IX. Doenças do aparelho circulatório	1297	1,36
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1147	1,20

Fonte: Elaboração própria.

Segundo as internações que os dados pontuaram para o gênero feminino, conforme a CID-10, entre os anos de 2018 e 2022, na faixa etária de 20 a 59, o público feminino, teve como maior índice de internações a gravidez, parto e puerpério, apontando um percentual de 64,70% de casos internados. Esses dados traz um alerta aos serviços ofertados na atenção primária. Sobretudo, aos planejamentos e estratégias com intervenções realizadas a esse público-alvo.

Gráfico 01- Principais causas de internações do gênero feminino, de acordo com a CID-10, referente aos anos de 2018 à 2022.



Fonte: Elaboração própria.

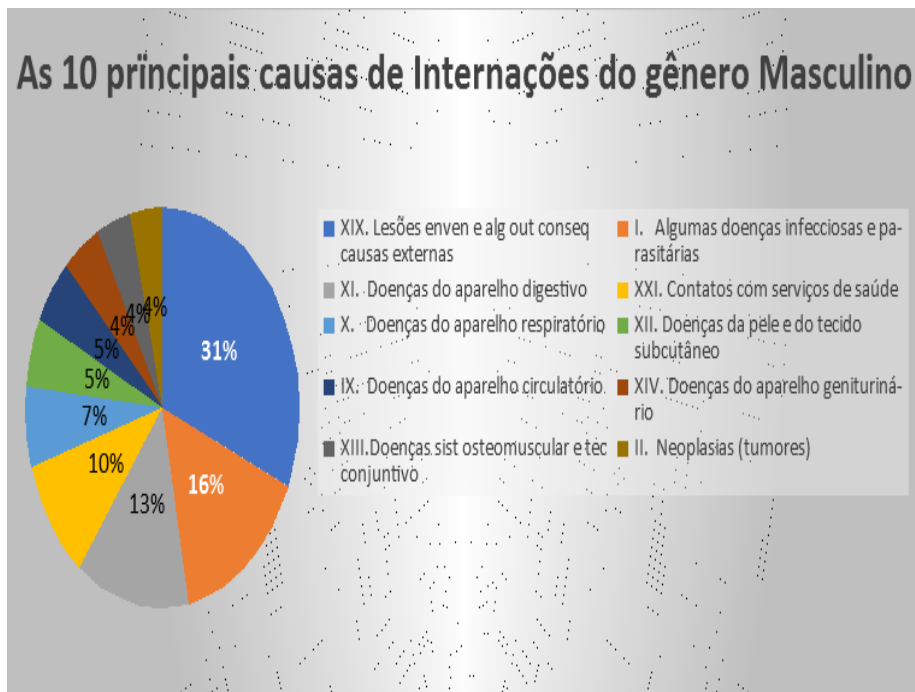
Já os dados ilustrados na tabela e gráfico 02, observaram que a principal causa de internação do gênero masculino entre os anos de 2018 e 2022 foi ocasionada por lesões, envenenamento e alguma outra consequência. E, causas externas atingindo um percentual de 28,35%, seguido de doenças infecciosas e parasitárias com 9,71% e, outras causas de consequências de internações.

Tabela 02- Principais causas de internações do gênero masculino de acordo com a CID-10, entre os anos de 2018 e 2022.

Capítulo CID-10	Masc	%
Total	31169	100
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	8836	28,35
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4376	14,04
XI. Doenças do aparelho digestivo	3796	12,18
XXI. Contatos com serviços de saúde	2775	8,90
X. Doenças do aparelho respiratório	1832	5,88
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1532	4,92
IX. Doenças do aparelho circulatório	1527	4,90
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1259	4,04
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1159	3,72
II. Neoplasias (tumores)	1068	3,43
Percentual Total 90,36		

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 02- Principais causas de internações do gênero masculino, de acordo com a CID-10, referente aos anos de 2018 à 2022.



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados compilados do TABNET/DATASUS no que tange ao nº de internações do Estados de Roraima, entre os anos de 2018 a 2022 divididos entre faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, foi possível realizar um comparativo e identificar a faixa etária com maior nº de internações, sendo esta, a faixa de 20 a 29 anos, correspondendo ao percentual de 46,63%, como ilustrados na tabela 03.

Tabela 03- Nº de internações por faixa etária entre os anos de 2018 à 2022.

Período:2018-2022

Faixa Etária 1	TOTAL	%
20 a 29 anos	58932	46,63
30 a 39 anos	36028	28,51
40 a 49 anos	17885	14,15
50 a 59 anos	13533	11
Total	126378	100

Fonte: Elaboração própria.

Já nas tabelas 04 e 05 e gráfico 03 e 04, foi possível identificar o nº de internações por sexo. Onde o gênero mais acometido entre os anos supracitados, foi o feminino, correspondendo ao percentual de 53,43%, expressos na faixa etária de 20 a 29 anos.

Tabela 04 (Fem) e 05 (Masc)- Percentual de internações por sexo entre os anos de 2018 à 2022.

Período:2018-2022

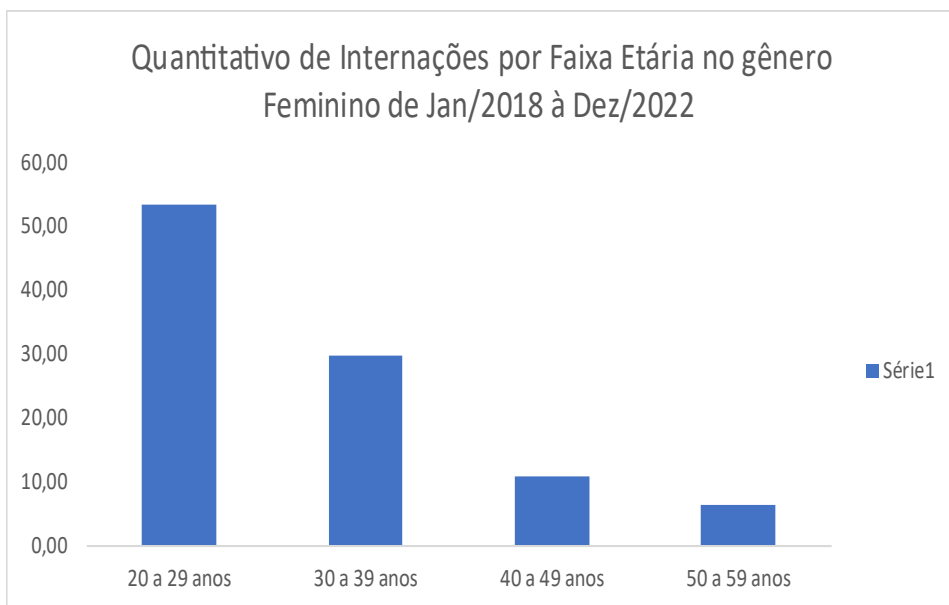
Faixa Etária 1	Fem	%
20 a 29 anos	50872	53,43
30 a 39 anos	28153	29,57
40 a 49 anos	10299	10,82
50 a 59 anos	5885	6,18
Total	95209	100

Período:2018-2022

Faixa Etária 1	Masc	%
20 a 29 anos	8060	25,86
30 a 39 anos	7875	25,27
40 a 49 anos	7586	24,34
50 a 59 anos	7648	24,54
Total	31169	100

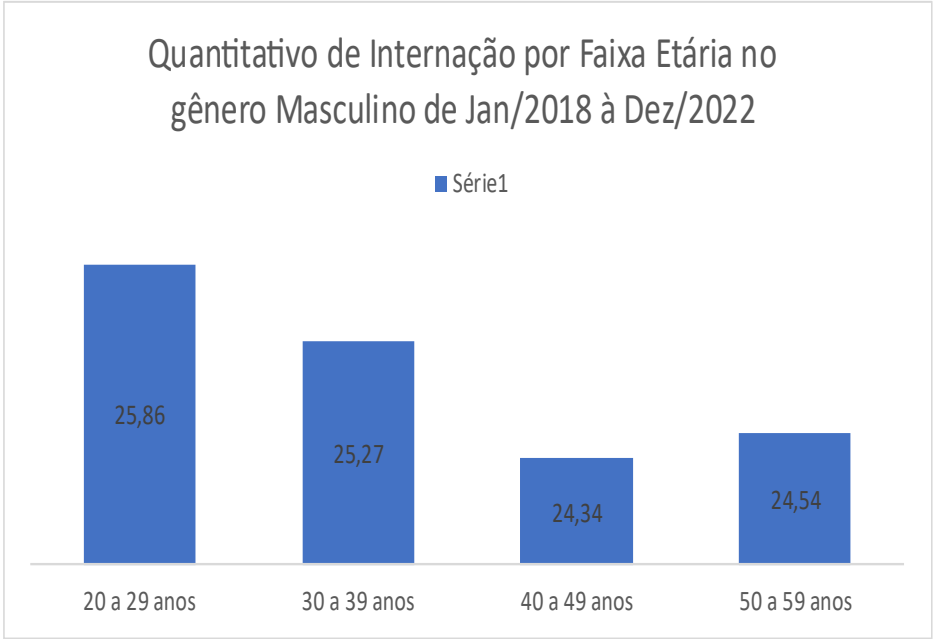
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 03- Quantitativo de internações do gênero feminino, de acordo com a CID-10, referente aos anos de 2018 à 2022.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 04- Quantitativo de internações do gênero masculino, de acordo com a CID-10, referente aos anos de 2018 à 2022.



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados tabulados do TABNET/DATASUS no que tange ao nº de internações por raça e sexo entre faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59, dos anos entre 2018 à 2022, constatou-se que a raça classificada como parda é a de maior internação no Estado de Roraima, apontando o percentual de 82,19%, de acordo com a tabela 06.

Tabela 06- Nº de internações por raça entre os anos de 2018 a 2022.

Período:2018-2022

Cor/raça	Total	%
Branca	2929	2,32

Preta	700	0,55
Parda	103868	82,19
Amarela	203	0,16
Indígena	8934	7,07
Sem informação	9744	7,71
Total	126378	100

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados obtidos apontam que, apesar da raça parda estar no topo das internações, não muito obstante, o critério “sem informação” destaca elevado percentual sendo o 2º grupo mais acometido, isso pode ser devido à fragilidade das informações obtidas no sistema, e em 3º grupo os povos indígenas.

Já para os nº de internações por cor e raça relacionados ao sexo, a de classificação preta é a mais acometida no sexo feminino, apresentando um percentual de $83,85\% = 84\%$. Enquanto para o sexo masculino, 77% são homens acometidos sem informação de raça. De acordo com as tabelas 07 e 08, e o gráfico 05 e 06.

Tabela 07 (Fem) e 08 (Masc)- Nº de internações por raça e sexo entre os anos de 2018 a 2022.

Período:2018-2022	Fem	%
Cor/raça	2455	2,58
Branca	454	0,48
Preta	79836	83,85
Parda	99	0,10

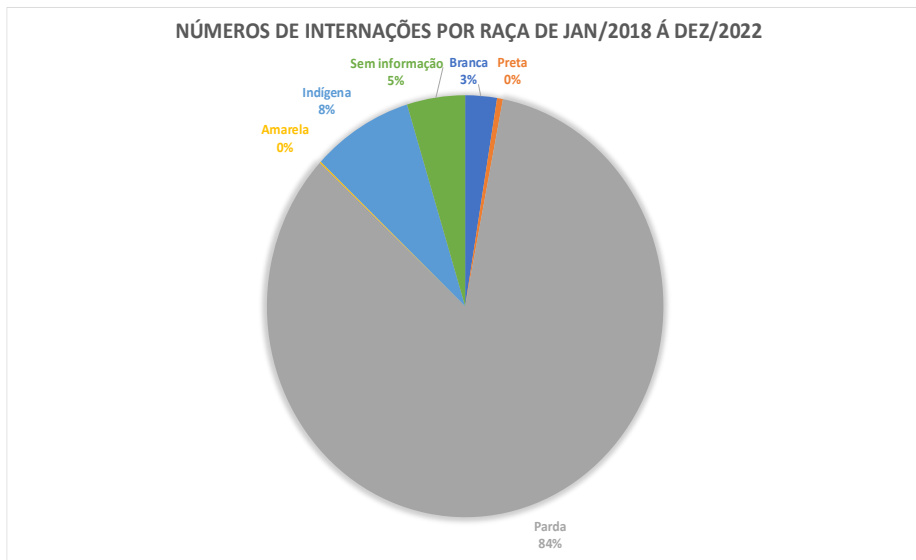
Amarela	7858	8,25
Indígena	4507	4,73
Sem informação	95209	100
Total		

Período:2018-2022

Cor/raça	Masc	%
Branca	474	1,52
Preta	246	0,79
Parda	24032	77,10
Amarela	104	0,33
Indígena	1076	3,45
Sem informação	5237	16,8
Total	31169	100

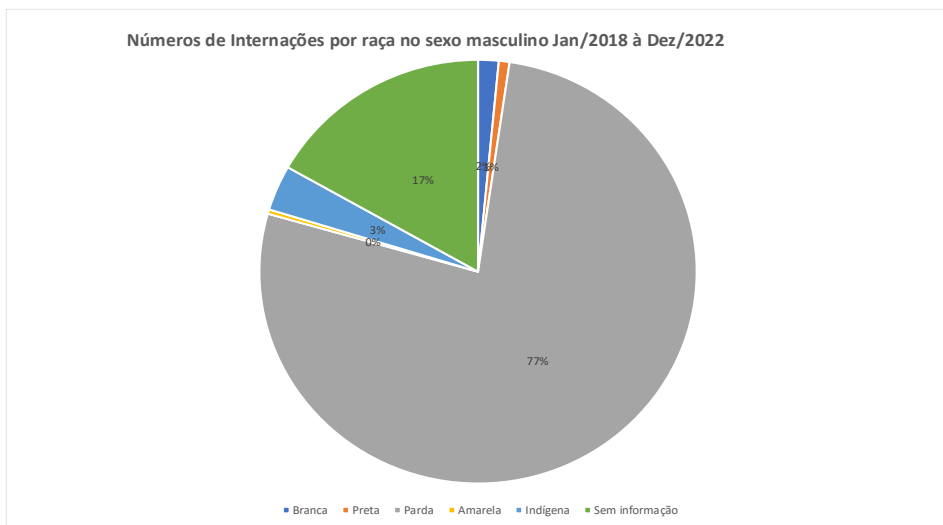
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 5- Nº de internações por raça, do gênero feminino, entre os anos de 2018 a 2022.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 6- Nº de internações por raça, do gênero masculino, entre os anos de 2018 a 2022.



Fonte: Elaboração própria.

A tabela 08 a seguir, demonstrará as causas de morbidade hospitalar por internação, de acordo com as faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, do gênero sexual feminino, no período de 2018 à 2022. Onde as causas de maior registro, são por gravidez, parto e puerpério, equivalendo a um quantitativo de 61597 casos registrados.

Tabela 08- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas entre os anos de 2018 a 2022.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Roraima		
Internações por Lista Morb CID-10 e Sexo		
Faixa Etária 1: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos		
Período:2018-2022		
Lista Morb CID-10	Fem	%
15 Gravidez parto e puerpério	61597	100
.. Aborto espontâneo	1358	2,20
.. Aborto por razões médicas	37	0,06
.. Outras gravidezes que terminam em aborto	3560	5,78
.. Edema protein transt hipertens grav parto puerp	4727	7,67
.. Placent prév descol premat plac hemorr antepart	282	0,46
.. Outr mot ass mãe rel cav fet amn pos prob part	7471	12,13
.. Trabalho de parto obstruído	1350	2,19
.. Hemorragia pós-parto	22	0,04

.. Outras complicações da gravidez e do parto	12357	20,06
.. Parto único espontâneo	27322	44,4
.. Compl pred rel puerpério e outr afecç obst NCOP	3111	5,1
16 Algumas afec originadas no período perinatal	381	0,6
.. Outras infecções específicas do período perinat	2	0,0
.. Outras afecções originadas no período perinatal	379	0,6
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	21	0,0
.. Outras malformações congênitas do sistema nerv	4	0,01
.. Malformações congênitas do aparelho circulat	7	0,01
.. Outras malformações congênitas aparelho digest	1	0,00
.. Outras malformações do aparelho genituri-nário	1	0,00
.. Deformidades congênitas dos pés	1	0,00
.. Outras malformações congênitas	7	0,01
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	480	0,78
.. Dor abdominal e pélvica	11	0,02
.. Febre de origem desconhecida	18	0,03
.. Outr sist sinais achad anorm ex clín labor NCOP	451	0,73

Fonte: Elaboração própria.

Esses fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade (Mendes, 2012). Que podem ser agrupados de acordo com as características individuais da mulher, bem como, seus comportamentos e estilos de vida, a influência das redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho e a possibilidade de acesso a serviços, relacionando-se com o ambiente mais amplo de cunho cultural e econômico (Brasil, 2019).

Por sua vez, a tabela 09 demonstrará as causas de morbidade hospitalar por internação, de acordo com as faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, e dividido por gênero sexual masculino. No período de 2018 à 2022. Onde as causas mais registradas, são por lesões, envenenamento, ou causas externas, indicando o quantitativo de 8836 casos registrados.

Tabela 09- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas entre os anos de 2018 a 2022.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Roraima		
Internações por Lista Morb CID-10 e Sexo		
Faixa Etária 1: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos		
Período:2018-2022		
Lista Morb CID-10	Masc	%
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	8836	100,00
.. Fratura do crânio e dos ossos da face	260	2,94
.. Fratura do pescoço tórax ou pelve	190	2,15
.. Fratura do fêmur	504	5,70
.. Fratura de outros ossos dos membros	2199	24,89

.. Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	571	6,46
.. Luxações entorse distensão reg esp e múlt corpo	256	2,90
.. Traumatismo do olho e da órbita ocular	16	0,18
.. Traumatismo intracraniano	590	6,68
.. Traumatismo de outros órgãos internos	715	8,09
.. Lesões esmag amput traumát reg esp e múlt corpo	95	1,08
.. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	2631	29,78
.. Efeitos corpo estranho através de orifício nat	6	0,07
.. Queimadura e corrosões	15	0,17
.. Envenenamento por drogas e substâncias biológ	4	0,05
.. Efeitos tóxicos subst origem princ não-medicin	305	3,45
.. Outros efeitos e não espec de causas externas	61	0,69
.. Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	374	4,23
.. Seqüel traum enven e outr conseq causas extern	44	0,50
21 Contatos com serviços de saúde	2775	31,41
.. Pessoas em contato com serv saúde exame invest	2721	30,79
.. Anticoncepção	1	0,01
.. Assistência e exame pós-natal	1	0,01
.. Pessoas contato serv saúde cuidados proc espec	43	0,49

.. Pessoas contato serv saúde por outras razões 9 0,10

Fonte: Elaboração própria.

A seguir, as tabelas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17 e gráficos 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16, ilustrarão as causas de morbidade hospitalar, de acordo com as faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, e dividido por gênero sexual. No período de 2018 à 2022.

Tabela 10- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 20 à 29 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação –
Roraima**

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 20 a 29 anos

Período:2018-2022

Capítulo CID-10	Fem	%
XV. Gravidez parto e puerpério	40566	79,74
XXI. Contatos com serviços de saúde	3718	7,31
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1312	2,58
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1213	2,38
XI. Doenças do aparelho digestivo	1159	2,28
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	971	1,91
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	367	0,72
X. Doenças do aparelho respiratório	330	0,65

II. Neoplasias (tumores)	267	0,52
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	221	0,43
Total	50872	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 12- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 20 à 29 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação –
Roraima**

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 20 a 29 anos		
Período:2018-2022		
Capítulo CID-10	Masc	%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3118	38,68
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1040	12,90
XI. Doenças do aparelho digestivo	888	11,02
XXI. Contatos com serviços de saúde	754	9,35
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	461	5,72
X. Doenças do aparelho respiratório	381	4,73
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	325	4,03
V. Transtornos mentais e comportamentais	232	2,88
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	214	2,66
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	176	2,18

Total	8060	100
--------------	-------------	------------

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 13- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 30 à 39 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação –
Roraima**

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 30 a 39 anos

Período:2018-2022

Capítulo CID-10	Fem	%
XV. Gravidez parto e puerpério	18743	66,58
XXI. Contatos com serviços de saúde	2697	9,58
XI. Doenças do aparelho digestivo	1370	4,87
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1212	4,31
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	879	3,12
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	810	2,88
II. Neoplasias (tumores)	763	2,71
X. Doenças do aparelho respiratório	308	1,09
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	292	1,04
IX. Doenças do aparelho circulatório	282	1,00
Total	28153	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 14- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 30 à 39 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação –
Roraima**

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 30 a 39 anos		
Período:2018-2022		
Capítulo CID-10	Masc	%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas exter- nas	2579	32,75
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1069	13,57
XI. Doenças do aparelho digestivo	972	12,34
XXI. Contatos com serviços de saúde	724	9,19
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	414	5,26
X. Doenças do aparelho respiratório	408	5,18
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	310	3,94
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	300	3,81
V. Transtornos mentais e comportamentais	239	3,035
IX. Doenças do aparelho circulatório	206	2,62
Total	7875	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 15- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 40 à 49 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação -
Roraima**

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 40 a 49 anos		
Período:2018-2022		
Capítulo CID-10	Fem	%
XV. Gravidez parto e puerpério	2279	22,13
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1380	13,40
II. Neoplasias (tumores)	1370	13,30
XI. Doenças do aparelho digestivo	1106	10,74
XXI. Contatos com serviços de saúde	904	8,78
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	852	8,27
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	625	6,07
IX. Doenças do aparelho circulatório	352	3,42
X. Doenças do aparelho respiratório	342	3,32
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	285	2,77
Total	10299	100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 16- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 40 à 49 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação -
Roraima**

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 40 a 49 anos		
Período:2018-2022		
Capítulo CID-10	Masc	%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1860	24,52
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1221	16,1
XI. Doenças do aparelho digestivo	983	12,96
XXI. Contatos com serviços de saúde	656	8,65
X. Doenças do aparelho respiratório	473	6,24
IX. Doenças do aparelho circulatório	442	5,83
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	345	4,55
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	297	3,92
II. Neoplasias (tumores)	292	3,85
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	283	3,73
Total	7586	100

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 09- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 20 à 29 anos, entre os anos de 2018 a 2022.



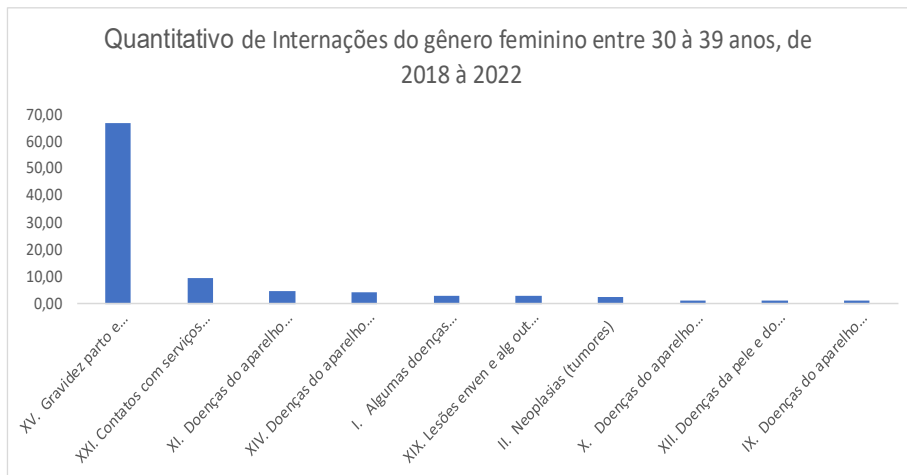
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 10- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 20 à 29 anos, entre os anos de 2018 a 2022.



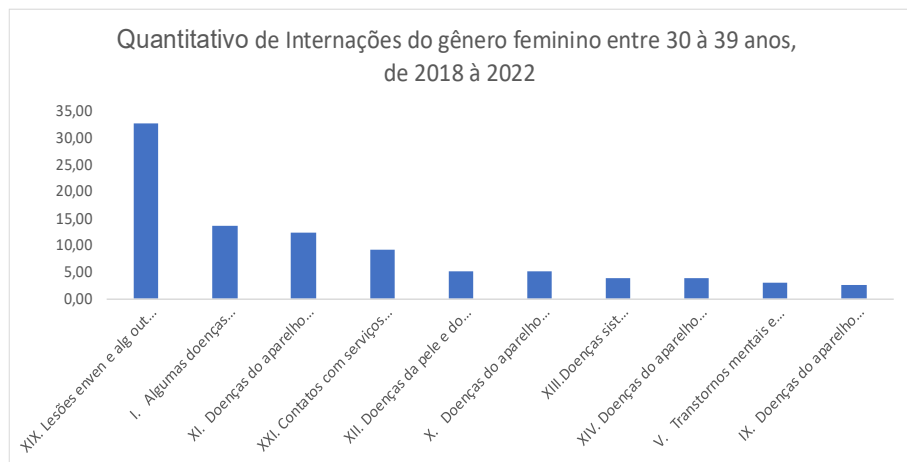
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 11- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 30 à 39 anos, entre os anos de 2018 a 2022.



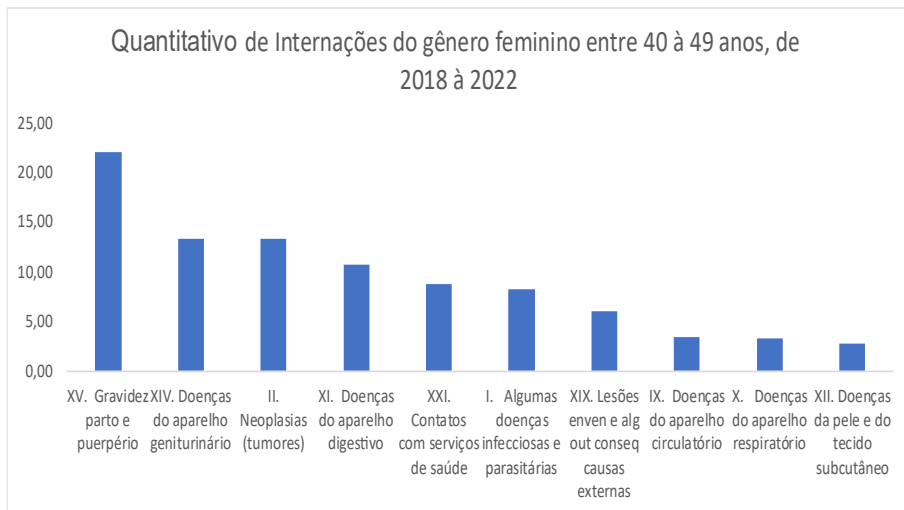
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 12- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 30 à 39 anos, entre os anos de 2018 a 2022.



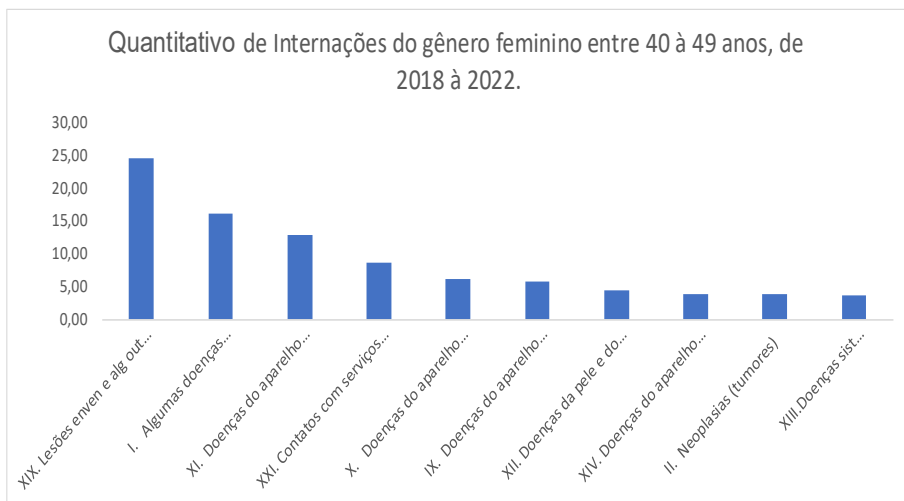
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 13- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 40 à 49 anos, entre os anos de 2018 a 2022.



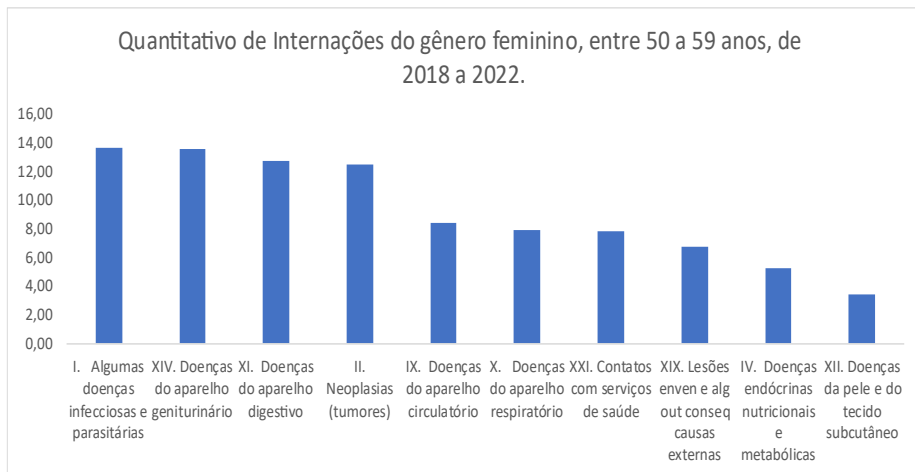
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 14- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 40 à 49 anos, entre os anos de 2018 a 2022.



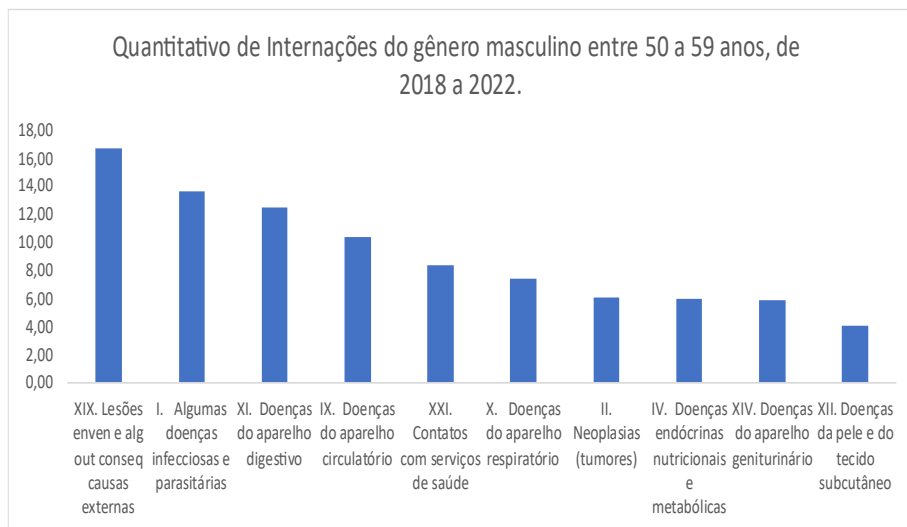
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 15- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 50 à 59 anos, entre os anos de 2018 a 2022



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 16- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 50 à 59 anos, entre os anos de 2018 a 2022



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 17- Causas de morbidade hospitalar por internações femininas, entre a faixa etária de 50 à 59 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

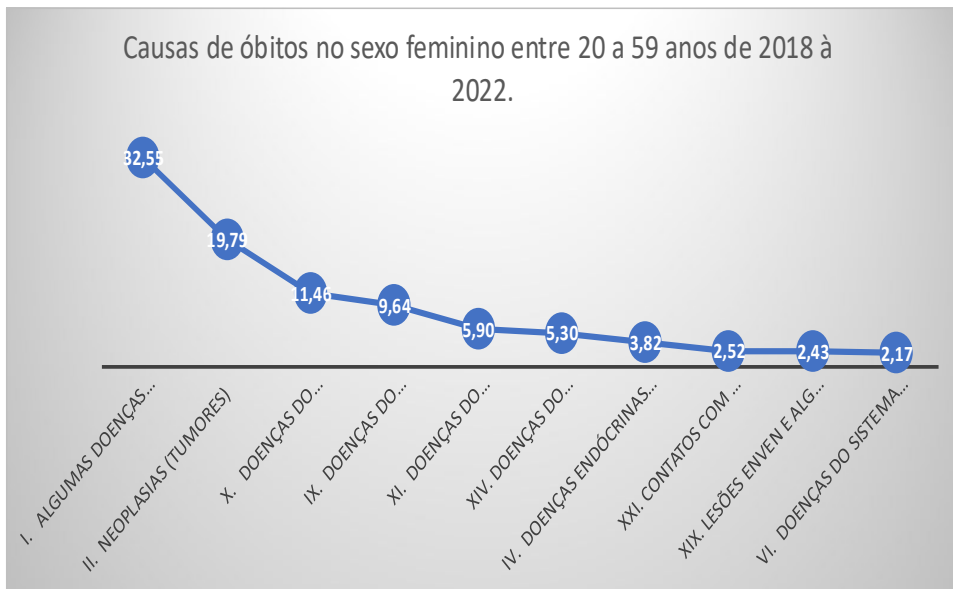
**Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação -
Roraima**

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 50 a 59 anos		
Período:2018-2022		
Capítulo CID-10	Fem	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	808	13,73
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	802	13,63
XI. Doenças do aparelho digestivo	754	12,81
II. Neoplasias (tumores)	738	12,54
IX. Doenças do aparelho circulatório	498	8,46
X. Doenças do aparelho respiratório	468	7,95
XXI. Contatos com serviços de saúde	463	7,87
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas ex-ternas	400	6,80
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	310	5,27
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	203	3,45
Total	5885	100

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 17- Causas de óbitos femininos, entre a faixa etária de 20 à 59 anos, entre os anos de 2018 a 2022



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 18- Causas de morbidade hospitalar por internações masculinas, entre a faixa etária de 50 à 59 anos, entre os anos de 2018 a 2022.

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Roraima

Internações por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 50 a 59 anos

Período: 2018-2022

Capítulo CID-10

Masc

%

XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas

1279

16,72

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1046	13,68
XI. Doenças do aparelho digestivo	953	12,46
IX. Doenças do aparelho circulatório	793	10,37
XXI. Contatos com serviços de saúde	641	8,38
X. Doenças do aparelho respiratório	570	7,45
II. Neoplasias (tumores)	466	6,09
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	461	6,03
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	448	5,86
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	312	4,08
Total	7648	100

Fonte: Elaboração própria.

Conforme as tabelas, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17 e gráficos 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16, no percentual de morbidade hospitalar para o gênero feminino houve decréscimo, conforme a faixa etária foi diminuindo, como elencado a porcentagem correspondente a 79,74% nas causas de gestação, parto e puerpério e 2,38% nas causas de infecções parasitárias e infecciosas na faixa etária de 20 à 29 anos. Enquanto na faixa etária de 50 à 59 anos, não houve percentual de gestação, parto e puerpério, houve aumento da porcentagem das causas de infecções parasitárias e infecciosas, em comparação a faixa etária de 20 à 29 anos, correspondendo a um percentual de 13,73%.

A tabela 18 a seguir destacará os fenômenos obtidos por óbito, de acordo com os anos de 2018 a 2022, do sexo feminino. Onde as mais registradas são por doenças infecciosas e parasitárias, com um percentual de 32,55% e a segunda maior causa é por neoplasias, equivalendo o percentual de 19,79%.

Óbitos por Capítulo CID-10 e Sexo

Faixa Etária 1: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos

Período:2018-2022

Capítulo CID-10	Fem	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	375	32,55
II. Neoplasias (tumores)	228	19,79
X. Doenças do aparelho respiratório	132	11,46
IX. Doenças do aparelho circulatório	111	9,64
XI. Doenças do aparelho digestivo	68	5,90
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	61	5,30
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	44	3,82
XXI. Contatos com serviços de saúde	29	2,52
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	28	2,43
VI. Doenças do sistema nervoso	25	2,17
Total	1152	100

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os dados compilados do TABNET/DATASUS no que tange ao nº de óbitos do Estados de Roraima, entre os anos de 2018 a 2022, divididos entre faixas etárias de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, foi possível realizar um comparativo e identificar o ano com maior nº de casos registrado, sendo este, o ano de 2021. Onde as causas com maior registro são apresentadas com 35,58% de algumas doenças infecciosas e parasitárias e 12,87% de

causas por lesões, envenenamento e causas externas, como ilustrado na tabela 12, a seguir:

Tabela 19- Nº de óbitos, por gênero masculino entre os anos de 2018 a 2022.

Óbitos por Capítulo CID-10 e Sexo		
Faixa Etária 1: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos		
Período:2018-2022		
Capítulo CID-10	Masc	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	575	35,58
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	208	12,87
X. Doenças do aparelho respiratório	180	11,14
IX. Doenças do aparelho circulatório	159	9,84
II. Neoplasias (tumores)	132	8,17
XI. Doenças do aparelho digestivo	119	7,36
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	67	4,15
XXI. Contatos com serviços de saúde	56	3,47
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	37	2,29
VI. Doenças do sistema nervoso	36	2,23
Total	1616	100

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela de nº20, é possível visualizar a disparidade de óbitos, de acordo com os gêneros. Onde o gênero masculino é o de maior registro.

Tabela 20 - Nº de óbitos, por gênero e faixa etária de 20 à 59 anos entre os anos de 2018 a 2022.

Sexo	20-29a	%	30- 39a	%
TOTAL	1.306	100	1.369	100
M	995	76,19	940	68,66
F	331	25,34	428	31,26
I	0	0	1	0,073

40-49a	%	50- 59a	%	Total	%
1.612	100	2.182	100	6.469	100
1.087	67	1.397	64	4.419	68,31
525	32,57	784	35,93	2.048	31,66
0	0	1	0,046	2	0,031

Fonte: Elaboração própria.

Já na tabela de nº 21, é possível identificar a elevada frequência por óbitos, na faixa etária de 50 à 59 anos, equivalendo a um total de 31,61% de casos registrados entre homens, e 38,28% para mulheres.

Tabela 21 - Nº de óbitos, por gênero e faixa etária de 20 à 59 anos entre os anos de 2018 a 2022.

Faixa etária	M	%	Faixa etária	F	%
20-29a	995	22,52	20-29a	331	16,16
30- 39a	940	21,27	30- 39a	428	20,90
40-49a	1.087	24,60	40-49a	525	25,63
50- 59a	1.397	31,61	50- 59a	784	38,28
TOTAL	4.419	100	TOTAL	2.048	100

Fonte: Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as análises entre as causas de internações, morbidade hospitalar, e óbitos apresentadas, foi possível identificar as semelhanças e diferenças apresentadas entre os gêneros masculinos e femininos. Bem como a concentração e os agravos ilustrados na lista de Morbidade. Vale ressaltar que a pandemia da COVID-19 não interferiu significativamente para mudança da ordem de importância dos óbitos. Pois, de acordo com os dados obtidos, as maiores causas de óbito do gênero masculino foram por causas externas, e no gênero feminino foram por causas/processo de gestação, parto e puerpério. Sendo essas, causas de óbitos que tendem a crescer, caso os fatores contribuintes não sejam solucionados.

Dentre as causas de Morbidade Hospitalar, sendo as causas externas evidenciadas pelo gênero masculino, como fratura de crânio, ossos da face, tórax, pelve, fêmur, e em múltiplas regiões do corpo, queimaduras e corrosões, compreende-se que os motivos de tais causas, se dão por acidentes de trânsito ou de trabalho. Frente a isso, os reflexos de Gestão e Políticas de Saúde se dariam na fortificação de ações em educação de trânsito, nas escolas, no período de formação

de um futuro cidadão. E, para a extensão dessa educação, ou seja, para o público adulto, temática abordada nas UBS com ações voltadas para tal sensibilização e precaução.

Já as causas de Morbidade Hospitalar do gênero feminino, bem como o processo de gravidez, parto e puerpério, aborto espontâneo, por causas médicas, gravidezes que terminam em aborto, deslocamento de placenta, bem como as complicações devido à este fator, compreende-se que os motivos de tais causas, estão correlacionados aos cuidados básicos, ligados à Atenção Primária, ou seja, àquela correspondente à uma população que vive em um território singular, que, por sua vez, é estratificada por vulnerabilidades sociais e por riscos sanitários. Portanto, há necessidade de reestrutificar o risco a cada consulta pré-natal. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.

No que tange as causas de óbitos por capítulo CID-10, dentre as doenças infecciosas a solução para esses problemas está em superar a fragmentação, instituindo as Redes de Atenção à Saúde, que atuam de modo contínuo e proativo, e que são capazes de responder adequadamente às condições agudas e às condições crônicas. A estrutura operacional deve ser especializada, ambulatorial e hospitalar, além de ser instituído por sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança. Frente à isso, a Atenção Primária à Saúde deve operar como centro de comunicação entre as redes, que articula os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os prontos de atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**, 2008. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem#:~:text=O%20objetivo%20da%20PNAISH%20%C3%A9,de%20risco%20e%20vulnerabilidades%20associados.>>. Acessado em: 17/10/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher**, 2015. Disponível em < https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf >. Acessado em: 17/10/2023.

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.

Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

SOBRE AS ORGANIZADORAS



Gleidilene Freitas da Silva

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Roraima (UFRR, 2020). Mestra em Ciências da Saúde pela UFRR (2022) e especialista em Enfermagem em Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Centro Cirúrgico e Estratégia Saúde da Família. Possui expertise em metodologia qualitativa em Saúde e em programas e projetos de ensino, pesquisa e extensão com enfoque em na construção de produtos técnicos. Atua como professora substituta da UFRR, tutora do PET-Saúde/UFRR e coordenadora da Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde Mental. Integra o Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Corpo e Saúde (GEPECS), certificado pelo CNPq e vinculado à UFRR (@gepecsufrr). Tem experiência na área de enfermagem com ênfase em saúde mental, saúde coletiva, saúde do trabalhador, centro cirúrgico, atenção primária à saúde, cuidados de enfermagem e Sistema Único de Saúde (SUS). Contato: gleidilene.silva.enf@gmail.com.



Francisca Andréia da Silva

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Roraima - UFRR. Especialista em Auditoria nos Serviços de Saúde e Enfermagem em Saúde Pública com Ênfase na Vigilância em Saúde. Atua como docente preceptora na Universidade da Amazônia (UNAMA) e Escola Técnica Unicless educacional.



Renilma da Silva Coelho

Possui graduação em Enfermagem e é mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). É especialista em Saúde Mental, Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia Saúde da Família e Docência em Enfermagem. Atua como Professora Substituta na área de Enfermagem Geral da UFRR. Possui experiência em práticas assistenciais, atuando como preceptora do internato nas áreas de saúde mental, atenção primária à saúde, urgência e emergência, clínica médica, centro cirúrgico e central de material e esterilização (CME). Contato: renilma.coelho@ufrr.br



Glenda Ramá Oliveira da Luz

Enfermeira, mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima (UFRR, 2024). Especialista em Saúde da Família, Saúde do Trabalho e especializanda em Gestão de Residência e Preceptoría-DGPSUS (Sírio Libanês). Atua como coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente- NSP no Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco. Atua como Professora Substituta da UFRR, nas áreas de Saúde do trabalhador, saúde do adulto: aspectos cirúrgicos, doenças transmissíveis e tropicais, Internato- CASAI-L-RR, clínica médica, saúde mental, centro cirúrgico e CME. Atuou como enfermeira da linha de frente no combate ao coronavírus. Atuou como coordenadora do mesmo hospital no Bloco 5 e Equipe de Curativos. Atuou no quadro docente da Universidade Paulista- UNIP. Atuou como supervisora de estágio em saúde mental, CME e centro cirúrgico, urgência e emergência e fundamentos de enfermagem do curso Técnico de Enfermagem do Centro de Ensino Técnico Pinheiro. Contato: glendaluz94@gmail.com



Carla Araújo Bastos Teixeira

Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Universidade Vale do Acaraú -UVA. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre e Doutora em Ciências pelo programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Realizou doutorado sanduiche na Universidade de Alberta-Canadá. Membro dos grupos de pesquisa: " Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Corpo e Saúde" e "Fatores determinantes na promoção da saúde". Atualmente, desenvolve pesquisas nas áreas temáticas: Estresse, estratégias de enfrentamento, padrão de sono, promoção em saúde mental, interseccionalidade e diversidade em saúde mental. É consultora ad hoc de periódicos nacionais e internacionais na área de enfermagem e saúde mental. Docente e pesquisadora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima- UFRR. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Biodiversidade - PPGSBIO. Coordenadora do GAT 03 "Equi-diversidade" do PET Saúde Indígena. Acadêmica de Artes Visuais - UFRR.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Administração hospitalar, 34
Automedicação, 21, 22, 23, 24,
25, 26, 27, 28

E

Envelhecimento, 21, 24

G

Gestão pública hospitalar, 30,
31, 32, 33, 34, 35

I

Imigrantes, 29, 30, 32, 35, 36,
37, 38, 39

M

Mortalidade, 41, 42, 43, 48, 50,
51, 52, 53, 67, 68, 70, 83

P

Pandemia, 12, 13, 14, 19, 20,
38, 101

Política Nacional de Atenção
Integral a Saúde da Mulher, 68
Política Nacional de Atenção
Integral à Saúde do Homem,
67

R

Rede cegonha, 41

S

Saúde infantil, 41
Saúde pública, 6, 13, 14, 16, 18,
23, 26, 34, 35, 37
Sistema Único de Saúde, 6, 11,
13, 32, 37, 39, 41, 42, 52, 53,
104

T

Telemedicina, 6, 11, 12, 13, 14,
15, 16, 17, 18
Transtorno do Espectro Autista,
54, 55, 56, 57, 61

ISBN 978-65-5388-370-3



9 786553 883703 >