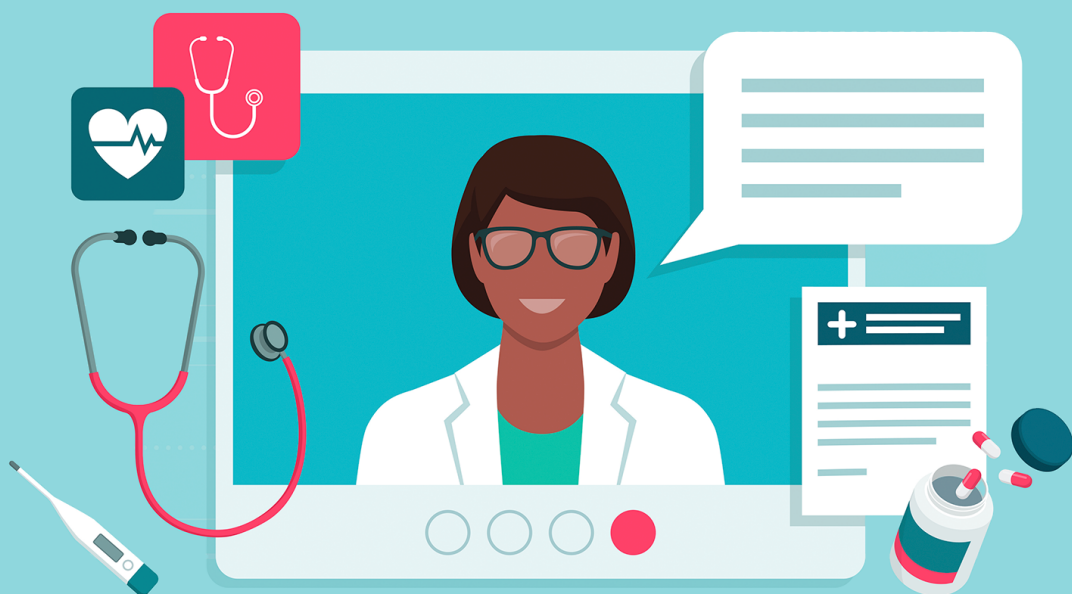


Thais Fernanda Tortorelli Zarili
(Organizadora)

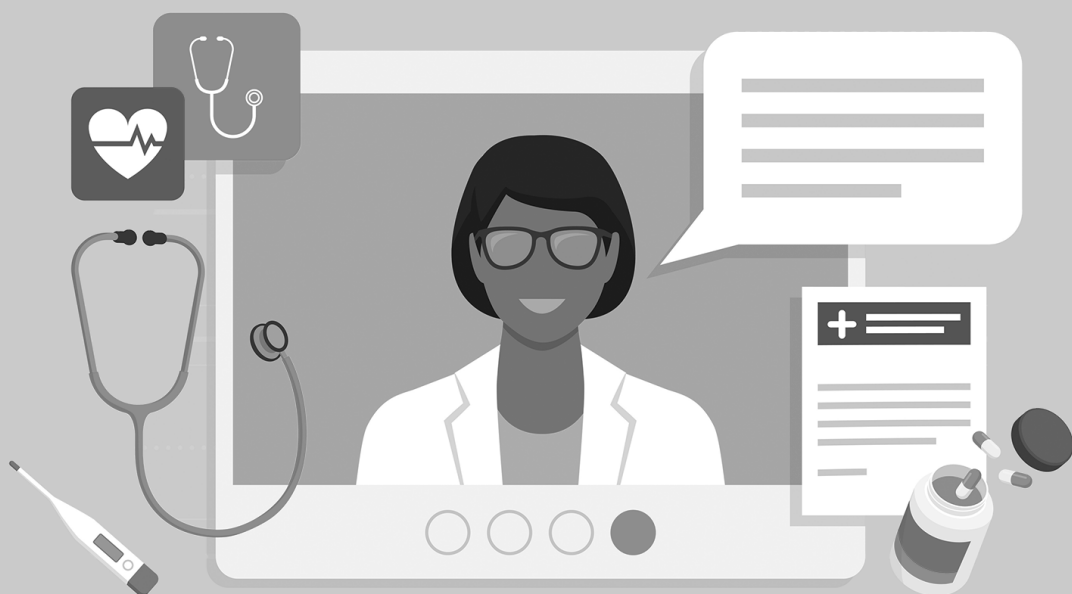
DA PREVENÇÃO À INTERVENÇÃO:
**ABORDAGENS NA
SAÚDE COLETIVA 2**



Atena
Editora
Ano 2024

Thais Fernanda Tortorelli Zarili
(Organizadora)

DA PREVENÇÃO À INTERVENÇÃO:
**ABORDAGENS NA
SAÚDE COLETIVA 2**



Atena
Editora
Ano 2024

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Da prevenção à intervenção: abordagens na saúde coletiva 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Andria Norman
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Thais Fernanda Tortorelli Zarili

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
D111	<p>Da prevenção à intervenção: abordagens na saúde coletiva 2 / Organizadora Thais Fernanda Tortorelli Zarili. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2209-9 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.099240702</p> <p>1. Saúde pública. I. Zarili, Thais Fernanda Tortorelli (Organizadora). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Apresento o livro “Da prevenção à intervenção: abordagens na saúde coletiva 2” que traz vários estudos do campo da Saúde Coletiva, exibindo artigos de pesquisa científica e revisões da literatura. Esta obra possibilita a disseminação de diferentes pesquisas que debatem temas de grande relevância epidemiológica e social, como acesso e acessibilidade, cobertura vacinal, atenção em saúde ao câncer de mama, avaliação e auditoria em saúde, questões de gênero, suporte nutricional em pacientes com necessidades especiais, entre outros.

Com uma abordagem interdisciplinar, reúne especialistas e pesquisadores de diferentes regiões brasileiras. Essa diversidade enriquece a produção científica brasileira e reforça a necessidade expressiva de fomento às pesquisas que visem o avanço de um sistema público de saúde brasileiro integral, universal e equitativo.

As últimas décadas estão marcadas por uma maior conscientização sobre os avanços políticos e científicos da saúde pública e saúde coletiva no país e no mundo e a importância de promover melhores condições de vida e saúde à população. Espera-se que esta coleção promova a reflexão e o embasamento para outros estudos, tomada de decisão de gestores em saúde e para as práticas baseadas em evidência.

Cabe ressaltar o agradecimento a todos os autores que contribuíram com suas pesquisas para a criação desta coleção. A Atena Editora se consolida como uma plataforma sólida para que os pesquisadores possam compartilhar seus conhecimentos.

Espero que tenha uma boa leitura!

Thais Fernanda Tortorelli Zarili


CAPÍTULO 1 1**A FALTA DE ACESSO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) POR PACIENTES DA VILA SERRÂNEA-PE**

Ana Hester Silva Santos
Alexandre Silva Alencar
João Victor Silva Araújo
Marina Cartaxo Martins Pitanga
Nina Stefany Silva Alencar
Rafaela Félix Amorim
Maria Misrelma De Moura Bessa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992407021>


CAPÍTULO 2 7**ANÁLISE DA COBERTURA DA VACINA CONTRA HEPATITE B ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM MENORES DE UM ANO NO BRASIL**

Elisângela Alves de Andrade
Ana Paula de Faria Campos
Bárbara Aguiar Carrato
Leila Emanuelle Peixoto Nascimento
Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá
Elton Junio Sady Prates
Suelen Rosa de Oliveira
Luís Antônio Batista Tonaco
Maíra Helena Micheletti Gomide
Delma Aurélia da Silva Simão
Ana Flávia Carvalho Martins
Tércia Moreira Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992407022>


CAPÍTULO 3 18**ANÁLISE DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE EM UM ESTADO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL: O CÂNCER DE MAMA COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA**

Rosalva Raimundo da Silva
Eduardo Maia Freese de Carvalho
Tereza Maciel Lyra
Alexsandro dos Santos Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992407023>


CAPÍTULO 4 36**ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM UM ESTADO DO NORDESTE**

Rosalva Raimundo da Silva
Eduardo Maia Freese de Carvalho
Tereza Maciel Lyra
Euarda Ângela Pessoa Cesse

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992407024>


CAPÍTULO 5 51**GARANTINDO A EXCELÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE: QUALIDADE, AUDITORIA E SEGURANÇA DO PACIENTE**

Simone Souza de Freitas
 Kamilla da Costa Correia
 Deisy Conceição Monteiro Lins
 Marcos David dos Santos Araújo
 Raquel de Almeida da Silva
 Ana Maria Soares da Silva
 Carla Fernanda Emídio de Barros
 Alexandra Maria Bezerra
 Jussara de Lucena Alves
 Flavia Rejane de Souza
 Larisse Calou Pinheiro de Melo
 Nara Silva Prado
 Pâmela Adelina da Silva Damasceno
 Loyane Figueiredo Cavalcanti Lima
 Caline Sousa Braga Ferraz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992407025>

CAPÍTULO 6 61**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS DE GÊNERO, POLÍTICAS PÚBLICAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ENFRENTAR OS AGRAVOS**

Simone Souza de Freitas
 Cinthia Regina Albuquerque de Souza
 Raquel de Almeida da Silva
 Laisa Darlem da Silva Nascimento
 Carlos Vinicius Bezerra de Lima
 Isabella Fernandes Nogueira
 Kamilla da Costa Correia
 Arthur Henrique Araujo da Silva
 Rebeca de Sousa Costa da Silva
 Morgana Valesca de Melo Bezerra
 Gicely Regina Sobral da Silva Monteiro
 Athos Phillip de Carvalho Chaves
 Juliana Maria Azevedo Pessoa da Silva
 Bianca Bezerra da Silva Oliveira
 João Cristovão de Melo Neto
 Wanessa Bezerra de Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992407026>

CAPÍTULO 7 70**TERAPIA DE SUPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EXCLUSIVA NA DOENÇA DE CROHN – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Sarah Yasmim Vaz de Lima
 Ingrid Camuri Alves Aguiar
 Luana Rocha Leão Ferraz Moreira

Érica Isabel de Abreu Freire
Gabriella Magalhães Silva
Isabel Mariana Barbosa Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0992407027>

SOBRE A ORGANIZADORA	80
ÍNDICE REMISSIVO	81

A FALTA DE ACESSO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) POR PACIENTES DA VILA SERRÂNEA-PE

Data de submissão: 07/12/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Ana Hester Silva Santos

Faculdade Paraíso- FAP
Araripina-PE

<http://lattes.cnpq.br/6142159854540426>

Alexandre Silva Alencar

Faculdade Paraíso- FAP
Araripina-PE

João Victor Silva Araújo

Faculdade Paraíso- FAP
Araripina-PE

Marina Cartaxo Martins Pitanga

Faculdade Paraíso- FAP
Araripina-PE

Nina Stefany Silva Alencar

Faculdade Paraíso- FAP
Araripina-PE

Rafaela Félix Amorim

Faculdade Paraíso- FAP
Araripina-PE

Maria Misrelma De Moura Bessa

Professora Orientadora, Faculdade
Paraíso- FAP
Araripina-PE

RESUMO: A acessibilidade é a capacidade e situação de alcance, percepção e compreensão para a utilização com segurança e independência de edifícios, área, mobília e aparelhagem urbana e deve ser experimentada por qualquer indivíduo com limitação de movimento. A Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa ser o ponto de contato preferido dos utentes com o Sistema Único de Saúde, como um requisito principal na atenção primária. O objetivo do trabalho foi de verificar a acessibilidade de pacientes em uma Unidade Saúde da Família no município de Araripina – Pernambuco. Para a coleta dos dados utilizou-se um “check-list”, o procedimento de análise começou com a observação estrutural da ESF, após verificar as instalações, em categorias do tipo estruturas arquitetônicas internas, abrangendo escadas, portas, janelas, lavatórios, armários, rampas, corrimãos, móveis, luminosidade, ventilação, pisos, paredes e vãos, além da dificuldade do acesso no período de chuvas. O intervalo de coleta ocorreu nos meses de abril a junho de 2023. No estudo, verificou-se que poucos padrões estruturais e que facilitem a mobilidade foram considerados na construção e manutenção da unidade

de saúde, ocasionando empecilhos aos pacientes, aos usuários dos serviços de saúde, a uma parcela dos pacientes que apresentam limitações físicas, auditivas, visuais, intelectuais ou mentais, que muitas vezes acabam tendo as ações limitadas, como na execução de atividades comuns às outras pessoas, especialmente no que se refere à locomoção. Portanto, compreende-se que deveria haver um bom discernimento por parte do poder público em incluir nos seus planejamentos o desenvolvimento de um novo perfil populacional, que leve em consideração as características humanas, seja de locomoção, deficiências sensoriais ou intelectuais e capacidade de adaptação. E, essa atitude consideravelmente mudaria o cenário social, principalmente nos serviços de saúde, onde este, luta e faz esforços para obter uma assistência de qualidade, equidade, integralidade, livre de danos e obstáculos.

PALAVRAS-CHAVE: Acessibilidade. ESF. Infraestrutura. Mobilidade. Planejamento.

THE LACK OF ACCESS TO THE FAMILY HEALTH STRATEGY (ESF) BY PATIENTS IN VILA SERRÂNEA-PE

ABSTRACT: Accessibility is the ability and situation of reach, perception, and understanding for the safe and independent use of buildings, areas, furniture, and urban equipment and must be experienced by any individual with limited movement. The Family Health Strategy (ESF) needs to be the preferred point of contact for users with the Unified Health System, as a main requirement in primary care. The objective of the work was to verify the accessibility of patients in a Family Health Unit in the city of Araripina – Pernambuco. To collect the data, a “check-list” was used, the analysis procedure began with the structural observation of the ESF, after checking the facilities, in categories such as internal architectural structures, covering stairs, doors, windows, washbasins, cabinets, ramps, handrails, furniture, lighting, ventilation, floors, walls and gaps, in addition to difficult access during the rainy season. The collection interval occurred from April to June 2023. In the study, it was found that few structural standards that facilitate mobility were considered in the construction and maintenance of the health unit, causing obstacles to patients, users of healthcare services, and a portion of patients who have physical, hearing, visual, intellectual or mental limitations, who often end up having limited actions, such as when performing activities common to other people, especially about locomotion. Therefore, it is understood that there should be good discernment on the part of public authorities in including in their planning the development of a new population profile, which takes into account human characteristics, be it locomotion, sensory or intellectual disabilities, and adaptation capacity. And, this attitude would considerably change the social scenario, especially in health services, where they struggle and make efforts to obtain quality care, equity, completeness, free from harm and obstacles.

KEYWORDS: Accessibility. ESF. Infrastructure. Mobility. Planning.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo adotado pelo governo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com o intuito de que ela seja capaz de abordar o processo saúde-doença de cada indivíduo de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário. Nesse cenário, nota-se que a ESF voltada

para a população de Vila Serrânea consta-se uma certa dificuldade em abordar o processo saúde-doença da comunidade e de uma grande parcela dos indivíduos que nela residem, tendo em vista à falta de acessibilidade do ESF pelos pacientes, pois, a localidade da unidade de saúde se encontra distante dos residentes da zona rural, fazendo com que eles possuam uma carência da APS, tornando-os vulneráveis à fatores excludentes.

Segundo Barbara Starfield, a estrutura da ESF é um dos componentes para análise do sistema de serviços de saúde, enfatizando que a influência do comportamento individual e do ambiente físico, político, econômico e social, pode causar impactos para a população nesse âmbito. A estrutura, denominada pela autora como capacidade, corresponde àquilo que propicia a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferecer os serviços. Entre esses estão a análise de pessoal, que considera a educação e treinamento de todos os envolvidos na prestação do serviço e a análise da instalação e equipamentos, que inclui o prédio e os componentes físicos da instalação. Nesse aspecto, observa-se que uma das maiores limitações do acesso à ESF de Vila Serrânea é a sua abordagem estrutural, ou seja, a presunção que uma má estrutura possa não atender a demanda populacional, fazendo com que as cadeias que ligam a estrutura aos resultados sejam longas e, geralmente, apresente ligações fracas. Assim, as pré-condições possam ser mal utilizadas, contudo, a excelência profissional pode resultar em efeitos positivos mesmo diante de condições desfavoráveis como foi constado em Vila Serrânea.

Nesse sentido, evidencia-se que na prática concreta dos serviços de saúde é velada a ordem, harmonia e nem direcionalidade, portanto, este estudo tem como principal foco avaliar e identificar as principais causas da falta de acessibilidade de grande parte da população de Vila Serrânea, como a falta de saneamento em dias chuvosos, idosos análogos à situação de abandono, ausência de transporte para locomoção de pessoas que residem na zona rural e também a falta de estrutura da própria ESF para atender a população que necessita de cuidados para o seu bem-estar.

2 | OBJETIVOS

Este projeto tem como objetivo analisar a infraestrutura e propor uma intervenção nas formas de acesso a Estratégia de Saúde de Família da Vila Serrânea, Araripina- PE, visando uma maior acessibilidade aos pacientes que se incluem na cobertura populacional.

3 | METODOLOGIA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem uma ampla área de cobertura, abrangendo dois bairros, conhecidos como Vila Serrania I, Vila Serrânea II, além de alguns sítios que pertencem a territorialização da unidade. Abrange em torno de 1328 famílias, possuindo área urbana e rural. Não contém linha de transporte urbano, água encanada,

rede de saneamento básico. A renda mensal das famílias gira em torno de 1 a 2 salários-mínimos. Com predominância de doenças crônicas, do tipo hipertensão e diabetes. Visto isso, os padrões de infraestrutura da ESF não seguem o previsto na norma NBR9050, de onde foram tirados os dados para montagem de um “check list”, demonstrando o déficit no acesso à saúde.

Tipos de Acesso	Existência	
	Sim	Não
Degraus com corrimão		X
Rampa de acesso para portador de deficiência física		X
Rampa com corrimão		X
Áreas de circulação com portas com largura livre de 0,8m		X
Portas dos tipos vai-e-vem, dotadas de visor vertical		X
Piso com superfície regular, estável, firme e antiderrapante		X
Áreas de circulação coletiva com no mínimo 1,20m de largura e livres de obstáculos		X

Quadro 1 - Condições de acesso ao interior do prédio.

Fonte: Autores

Respeitando os procedimentos éticos em pesquisa desse caráter, a coleta de informações sobre a infraestrutura da unidade básica iniciou-se somente após a autorização da faculdade, do coordenador e do enfermeiro da ESF.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e junho de 2023. O foco da análise foi algumas deficiências encontradas na organização da unidade de saúde, como estruturas arquitetônicas internas, compreendendo escadas, rampas, corrimãos, móveis, equipamentos e vãos. Elencando as condições tanto de acesso ao interior do prédio, como das facilidades à equipamentos e mobiliários no seu interior, para os pacientes da área.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que na ESF da Vila Serrânea há uma grande ausência de acessibilidade para os moradores da presente área, fazendo com que boa parte da população não tenha pleno alcance em relação à ESF, devido às condições precárias do local. Tendo em vista que, não há calçamento, saneamento básico e apresenta dificuldades relatadas, principalmente em dias chuvosos.

Cabe, portanto à esfera municipal disponibilizar recursos econômicos para garantir e facilitar o acesso a ESF da Vila Serrânea, realizando a implantação de redes de esgoto e de água encanada, a pavimentação das ruas, a disponibilização de meios de transporte e aprimoramento da estrutura da ESF para comportar e atender adequadamente a todos os pacientes, com a finalidade de promover a saúde dos moradores, a fim de que, o direito a saúde seja garantido.

No quadro 1 verificou-se que o serviço não dispõe de condições de acesso facilitado

ao interior do prédio, permanecendo assim os riscos e obstáculos, principalmente no uso da rampa sem corrimão, servindo como fonte de acidentes, especialmente em tempo chuvoso, onde o piso perde sua característica antiderrapante.

Espera-se, portanto, que a Secretaria Municipal de Saúde de Araripina disponibilize recursos financeiros para garantir e facilitar a acessibilidade da população de Vila Serrânea a sua ESF. A fim de que possam promover e prevenir a saúde dos residentes de Vila Serrânea, com o intuito de que o direito à saúde seja garantido assim como consta no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, onde assegura que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

4.1 Plano de ação

A elaboração do plano teve como objetivo oferecer conhecimento sobre a falta de acessibilidade nas ESF da região de Araripina, visando ampliação da conscientização da população e entidades, além da promoção de tentativas de reverter os agravos à saúde dos habitantes que sofrem com as dificuldades estruturais.

A partir do problema “falta de estrutura do ESF que acaba afetando a acessibilidade”, foram elencados os nós críticos em visitas feitas durante o ano de 2023, como a falta de portas, rampas, salas adequadas, corrimão. Os resultados e produtos esperados, os recursos necessários para sua operacionalização, os responsáveis e o prazo de execução foram analisados.

As ações foram planejadas entre os autores e pretende que sejam realizadas pelos órgãos responsáveis com apoio da Secretaria Estadual, a qual deve investir e operacionalizar obras, esperando que sejam realizadas. Ressalta-se que ocorrerá avaliação durante todo o processo de implantação e desenvolvimento das ações deste plano, com vistas à melhoria dessas ações.

5 | CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, espera-se a re-configuração da estrutura do serviço de saúde valorizando a participação e inclusão da área populacional, de maneira a aumentar sua autonomia na busca por saúde, e conseqüentemente colaborar, na qualificação e promoção do seu auto cuidado. Com os resultados obtidos nesse estudo, no qual demonstrou a desatenção quanto aos pacientes da ESF, pretende-se fornecer subsídios para o embasamento de pesquisas futuras, que busquem além da praticidade do serviço, o conforto e acessibilidade para a população.

Diante do visto, a intenção do projeto é buscar meios para diminuir as exclusões

enfrentadas pelos pacientes da Vila Serrânea, Araripina-PE. Garantindo assim, atendimento na Estratégia de Saúde da Família para todos que necessitam e não usufruem por incapacidades, seja física, de locomoção ou outras

REFERÊNCIAS

AMARAL, Adaise Passos Souza et al. **Acessibilidade nas unidades de saúde da família**. Recife: Revista de enfermagem UFPE, 2017

Análise da produção científica internacional sobre cidades e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) | REUNIR Revista de Administração Contabilidade e Sustentabilidade. Disponível em: www.reunir.revistas.ufcg.edu.br, 21 out. 2022.

ARAÚJO, Y. F. DE L. et al. **ACESSIBILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**. Cogitare Enfermagem, v. 27, 11 mar. 2022.

CASTRO, S. S. et al. **Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência**. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1, p. 99–105, fev. 2011.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. **A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 28, n. 2, p. 288–301, jun. 2020

LEGISLAÇÃO, S.; SAÚDE, E. **MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf.

MOREIRA, M. R. et al. **O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030**. Saúde em Debate, v. 43, n. spe7, p. 22–35, 2019

MOREIRA, K. S. et al. **Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica**. Cogit. Enferm. (Online), p. 01- 10, 2017.

MOURA, B. L. A. et al. **Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, p. s69–s81, 1 nov. 2010.

PINHO, E. C. C. et al. **Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil**. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 2, 23 jul. 2020

ROUSSEFF, D. et al. **PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS -SDH SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA -SNPD Setor Comercial Sul - B · Quadra 9 · Lote C · Edifício Parque Cidade Corporate Torre “A” · 8o andar · CEP: 70308-200 · Brasília-DF · Brasil Maria do Rosário Nunes**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/633.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2023

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. DA. **Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência**. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 1, p. 100–112, mar. 2015

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DA COBERTURA DA VACINA CONTRA HEPATITE B ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM MENORES DE UM ANO NO BRASIL

Data de submissão: 04/12/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Elisângela Alves de Andrade

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0009-0008-1623-1141

Ana Paula de Faria Campos

Universidade Federal de Minas Gerais
Cidade: Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0009-0009-7447-3293

Bárbara Aguiar Carrato

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0001-8102-5741

Leila Emanuelle Peixoto Nascimento

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-7826-9689

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-0122-2727

Elton Junio Sady Prates

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-5049-186X

Suelen Rosa de Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-7330-6102

Luís Antônio Batista Tonaco

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0001-9660-2900

Maíra Helena Micheletti Gomide

Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais - PPGD
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0001-5283-1656

Delma Aurélia da Silva Simão

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0003-0961-8213

Ana Flávia Carvalho Martins

Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto - São Paulo
ORCID: 0009-0008-2914-3714

Tércia Moreira Ribeiro da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-5261-2266

RESUMO: A prática da vacinação configura-se como a estratégia mais segura e custo-efetiva para erradicar doenças imunopreveníveis. Dentre essas doenças, a Hepatite B (HB) destaca-se por se caracterizar como um problema de saúde pública, uma vez que atinge milhões de pessoas em todo o mundo. No entanto, a pandemia de COVID-19 modificou os hábitos de vida da população e gerou temor devido ao risco de contágio, o que teve impacto direto na cobertura vacinal, especialmente nos imunobiológicos administrados na infância. Este capítulo tem como objetivo comparar, segundo Unidades Federadas (UF) e Regiões do Brasil, a cobertura da vacina contra a HB em menores de 1 ano antes e durante a pandemia do COVID-19. Trata-se de um estudo ecológico com dados do Programa Nacional de Imunizações. Diferenças entre as coberturas da vacina contra HB antes (de Janeiro/2018 a Março/2020) e durante (de Abril/2020 a Novembro/2021) a pandemia Covid-19 no Brasil, Regiões e UF foram analisadas por meio do teste U Mann-Whitney. A partir desse estudo, constatou-se que houve redução significativa na mediana da cobertura da vacina contra HB no Brasil e nas regiões: Norte (-14,04), Nordeste (-16,06), Centro-Oeste (-9,36) e Sudeste (-9,23) ($p < 0,05$). Apesar da Região Sul ter apresentado redução (-0,95), não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Há, ainda, diferença na dinâmica da cobertura vacinal entre as regiões brasileiras. As regiões Norte (Roraima, Amapá, Rondônia) e Nordeste (Pernambuco, Ceará, Paraíba) demonstraram reduções maiores nos indicadores de vacinação. Logo, é indispensável a adoção de políticas de saúde direcionadas para a melhoria dos indicadores de imunização.

PALAVRAS-CHAVE: Cobertura Vacinal; COVID-19; Doenças Preveníveis por Vacina; Programas de Imunização; Vacinas contra Hepatite B.

ANALYSIS OF HEPATITIS B VACCINATION COVERAGE BEFORE AND DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN CHILDREN UNDER ONE YEAR OF AGE IN BRAZIL.

ABSTRACT: Vaccination practices represent the safest and most cost-effective strategy for eradicating vaccine-preventable diseases. Among these diseases, Hepatitis B (HB) stands out as a global public health concern, impacting millions of individuals worldwide. Nevertheless, the COVID-19 pandemic has induced changes in population lifestyle habits and instilled fear due to the risk of contagion, directly affecting vaccine coverage, particularly for childhood immunizations. This chapter aims to compare the coverage of the HB vaccine in children under 1 year of age before and during the COVID-19 pandemic, considering Brazilian States (Unidades Federadas, UF) and Regions. Utilizing data from the National Immunization Program, an ecological study was conducted. Differences in HB vaccine coverage before (January 2018 to March 2020) and during (April 2020 to November 2021) the COVID-19 pandemic in Brazil, Regions, and UF were analyzed using the Mann-Whitney U test. The study revealed a significant reduction in the median HB vaccine coverage in Brazil and the regions: North (-14.04), Northeast (-16.06), Midwest (-9.36), and Southeast (-9.23) ($p < 0.05$). Although the Southern Region exhibited a reduction (-0.95), it was not statistically significant ($p > 0.05$). Furthermore, variations in vaccine coverage dynamics were observed among Brazilian regions, with the North (Roraima, Amapá, Rondônia) and Northeast (Pernambuco, Ceará, Paraíba) regions experiencing larger reductions in vaccination indicators. Therefore, the implementation of health policies aimed at enhancing immunization indicators is deemed

essencial.

KEYWORDS: Vaccine Coverage; COVID-19; Vaccine-Preventable Diseases; Immunization Programs; Hepatitis B Vaccines.

1 | INTRODUÇÃO

A prática da vacinação configura-se como a estratégia em saúde mais segura e custo-efetiva para erradicar doenças imunopreveníveis. Dentre essas doenças, a Hepatite B (HB) causa infecção no fígado e é provocada pelo vírus da Hepatite B (HVB), que pode ser transmitido por vias sexuais, verticais, parenterais e horizontais. (AZEVEDO *et al.*, 2021). A HB configura-se como um problema de saúde pública, uma vez que atinge milhões de pessoas em todo o mundo. (BRASIL, 2022a) Nesse sentido, é considerada a 2ª maior causa de óbito dentre as hepatites virais e no Brasil, entre os anos 2000 e 2020, foram registrados 17.540 óbitos relacionados a esse agravo, nos quais 53,4% tiveram a HB como causa básica. (BRASIL, 2022a)

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um programa brasileiro, criado em 1973, que garante gratuitamente o acesso e a distribuição de imunobiológicos para toda população (PROCIANOY *et al.*, 2022). Esse programa desempenhou papel crucial na erradicação de algumas doenças, como a poliomielite e o tétano materno e neonatal. Além disso, contribuiu para o controle de diversas outras doenças, como aquelas causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo B e Rotavírus. (BUFFARINE, BARROS e SILVEIRA, 2020).

A vacina contra HB faz parte do calendário de vacinação infantil e é essencial nesse cronograma. (BRASIL, 2022b) Nesse sentido, a primeira dose deve ser administrada, de preferência, nas primeiras 24 horas após o nascimento. (BRASIL, 2022b) Após isso, a imunização contra a HB é obtida por meio de um esquema de 3 doses, que é combinado com a vacina pentavalente e administrado aos 2, 4 e 6 meses de idade. (BRASIL, 2022b) A não vacinação nesse período não impede que o esquema seja administrado em fases posteriores da vida, mas o risco de lactentes e crianças menores de 5 anos desenvolverem cirrose hepática devido à HB é aproximadamente 30%, enquanto em adultos, o risco é inferior a 5%. (BRASIL, 2022b)

Apesar dos benefícios da vacinação, a partir de 2016 observou-se uma diminuição de cerca de 10 a 20 pontos percentuais na cobertura das vacinas administradas na infância. (SATO, 2018) Dentre os fatores que influenciam essa diminuição, destaca-se o próprio benefício da vacinação. (SATO, 2018). A conquista do controle e da eliminação de algumas doenças imunopreveníveis gerou desconhecimento dos riscos provocados e levantou debates sobre os eventuais efeitos adversos das vacinas, o que levou o medo a se sobrepor aos benefícios da imunização. (SATO, 2018). Ademais, o crescimento dos movimentos antivacinas estão vinculados à disseminação de desinformações pela internet, o que é outro fator relacionado à hesitação vacinal. (FRUGOLI *et al.*, 2021).

Essas e outras causas já influenciavam na queda da cobertura vacinal, o que foi ainda mais intensificado pela pandemia de COVID-19. (SILVA *et al.*, 2021) Estudo que comparou março de 2020 com o ano anterior, observou queda de 27% na aplicação da primeira dose da vacina pentavalente, persistindo diferenças em todos os meses até julho de 2020. (SATO, 2020). Considerando o possível impacto da pandemia de COVID-19 nas coberturas da vacina contra a HB, este estudo tem o objetivo de investigar se há diferença na diminuição na cobertura da vacina contra a HB, em menores de 1 ano, antes e durante a pandemia de COVID-19, segundo unidades federadas e Regiões do Brasil.

2 | OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar se houve variação da cobertura vacinal contra a Hepatite B no período anterior (de Janeiro/2018 a Março/2020) e durante (de Abril/2020 a Novembro/2021) a pandemia de Covid-19.

2.2 Objetivos específicos

Investigar se houve diferença na cobertura da vacina contra Hepatite B entre as Regiões Brasileiras antes e durante a pandemia de Covid-19;

Calcular a redução do percentual da cobertura vacinal, durante a pandemia de Covid-19 nos estados e regiões;

Comparar a variação percentual da cobertura vacinal, durante a pandemia de Covid-1, entre os estados e regiões.

3 | MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo e coleta de dados

Trata-se de estudo ecológico que utiliza dados sobre a cobertura da vacina contra a Hepatite B (VHB) em crianças com menos de um ano de idade, no período de 2018 a 2021. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), disponível em: <http://sipni.datasus.gov.br/>.

3.2 Coleta de dados

As coberturas da VHB para o público-alvo de 30 dias a um ano de idade incompleto, por ano, no período de janeiro de 2018 a novembro de 2021, foram extraídas do SI-PNI. O público foi escolhido por estar dentro da faixa etária com maior risco de cronificação da Hepatite B e por ser este o período em que, normalmente, se completa o esquema vacinal

contra Hepatite B. Considerou-se o período de janeiro de 2018 a março de 2020, o que corresponde ao período anterior à pandemia e o período de abril de 2020 a novembro de 2021, que corresponde ao período durante a pandemia. O ponto de corte adotado, durante a pandemia, se baseou no período declarado pela OMS como de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pelo novo coronavírus, seguido da declaração de início da pandemia da Covid-19 mundialmente.

A seguinte fórmula foi adotada pelo SI-PNI para calcular a cobertura da VHB no público-alvo de 30 dias a um ano de idade incompleto (BRASIL, 2015; BRASIL, 2022b):

$$\text{Cobertura da Vacina contra a Hepatite B} = \frac{\text{N}^\circ \text{ das últimas doses do esquema vacinal terceira dose de VHB, com idade menor de um ano em determinado local e período}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos disponibilizados no SINASC para o respectivo local e período}}$$

O cálculo da cobertura da VHB foi estabelecido pelo PNI e teve como objetivo primário a padronização dos indicadores da cobertura vacinal do público-alvo (BRASIL, 2022b). Esta fórmula considera como numerador o número de doses do esquema vacinal referente à terceira dose da VHB com idade menor de um ano em determinado local e período, pois são necessárias três doses deste imunobiológico para completar o esquema vacinal. Nesse sentido, a criança que possui a terceira dose da vacina está com o esquema vacinal completo e, portanto, adequadamente imunizada contra Hepatite B (BRASIL, 2022b).

3.3 Análises estatísticas

A princípio, foram tabuladas as coberturas da VHB na população infantil de 30 dias a um ano de idade incompleto, antes (Janeiro/2018 a Março/2020) e durante (Abril/2020 a Novembro/2021) a pandemia de Covid-19, no Brasil, nas 5 Regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) e nas 27 Unidades Federadas. Em seguida, as diferenças entre as medianas das coberturas da VHB nos dois períodos foram avaliadas pelo teste U de Mann-Whitney e foram calculadas também as medianas e os Intervalos Interquartílicos (IIQ) a partir da equação:

$$\frac{\text{Mediana da cobertura da vacina contra a Hepatite B antes da implementação das medidas de distanciamento social} - \text{Mediana da cobertura da vacina contra a Hepatite B administrada depois das medidas de distanciamento social}}{\text{Mediana da cobertura da vacina contra Hepatite a B antes da implementação das medidas de distanciamento social} \times 100}$$

Neste estudo, as medianas foram consideradas por se tratar de variáveis contínuas que não têm distribuição que não é normal e o teste U de Mann-Whitney foi adotado por se

tratar do teste mais adequado para avaliar a diferença entre as medianas de dois conjuntos (PAGANO e KIMBERLEE, 2003).

Por fim, a porcentagem de variação da cobertura da VHB foi estimada usando a equação:

$$\frac{(\text{cobertura das VHB aplicada antes} - \text{cobertura da VHB durante a pandemia de Covid} - 19)}{\text{cobertura da VHB antes da pandemia de Covid} - 19}$$

A variação percentual negativa da mediana da cobertura das VHB correspondeu ao aumento da cobertura das VHB, enquanto a variação positiva correspondeu à redução da cobertura das VHB, no período analisado.

Todas as análises foram conduzidas no Software for Statistics and Data Science (Stata), versão 16.0, adotando o nível de significância de 5%.

3.4 Aprovação ética e consentimento para participar do estudo

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme CAAE: 51609221.4.0000.5149.

4 | RESULTADOS

Todas as regiões do país, exceto a região Sul, registraram queda estatisticamente relevante na mediana da taxa de vacinação, ao longo da pandemia. As Regiões Norte e Nordeste foram as mais afetadas, com o maior número de Estados brasileiros que apresentaram significativas variações.

Dentre os 27 Estados Brasileiros, 15 deles tiveram queda estatisticamente significativa na mediana da taxa de vacinação. Destacadamente, com variação de 10,06% no Piauí ($p=0,030$) e 31,59% no Estado de Roraima ($p=0,001$) (conforme indicado na Tabela 1).

Durante o período de janeiro de 2018 a março de 2020, a mediana da vacinação contra a Hepatite B no Brasil foi de 81,32% (IIQ 65,82-93,08). No entanto, ao longo da pandemia de COVID-19, ocorreu diminuição significativa de 13,49% na taxa de vacinação, o que resultou em uma taxa mediana de 70,35% (IIQ 59,79-80,94) ($p=0,000$).

Ao se equipar as medianas no início e, posteriormente, das do começo da pandemia de COVID-19, na Região Norte, no intervalo de Janeiro/2018 a Março/2020, o estado de Rondônia apresentava taxa mediana de 97,71%, que supera a meta de vacinação da população-alvo, estabelecida em 95%. (BRASIL, 2022b) Na Região Nordeste, apenas o estado do Ceará apresentava uma taxa mediana de 93,25%, aproximando-se da meta de cobertura vacinal (BRASIL, 2022b). Nos demais estados da Região Norte, a alternância foi de 62,69% no estado do Pará a 86,78% em Tocantins, enquanto na Região Nordeste, a alternância foi de 71,52% no Maranhão a 88,56% em Alagoas. Entretanto, ao equiparar

a taxa mediana dos estados dessas regiões após a pandemia de Covid-19, na Região Norte, o estado de Tocantins liderava com uma taxa mediana de 77,48%, enquanto na Região Nordeste, o estado de Alagoas tinha a maior taxa mediana, registrando 75,49%.

Mediana % (IIQ)				
Estados e Regiões Janeiro/2018 a Março/2020	Antes	Durante		
	Abril/2020 a Novembro/2021	Variação (%)	p*	
Brasil	81,32 (65,82- 93,08)	70,35 (59,79- 80,94)	13,49	0,000
Norte	76,99 (62,48 - 90,77)	65,90 (51,27 - 71,91)	14,40	0,000
Acre	76,59 (62,22 - 83,32)	62,13 (56,67 - 70,29)	18,88	0,001
Amapá	63,60 (37,26 - 76,99)	43,84 (32,18 - 48,70)	31,06	0,001
Amazonas	78,54 (70,11 - 87,70)	67,12 (62,37 - 70,96)	14,54	0,000
Pará	62,69 (49,67 - 69,02)	53,94 (49,52 - 64,07)	13,95	0,054
Rondônia	97,71 (90,40- 109,94)	73,30 (70,71- 90,95)	24,99	0,000
Roraima	80,63 (66,45- 93,57)	55,16 (50,52- 70,93)	31,59	0,001
Tocantins	86,78 (66,37- 95,75)	77,48 (71,58- 94,31)	10,72	0,587
Nordeste	81,13(66,11 - 93,08)	68,10 (59,36- 76,49)	16,06	0,000
Alagoas	88,56 (71,07 - 99,83)	75,49 (68,4 - 81,92)	14,75	0,006
Bahia	71,64 (57,22 - 83,32)	62,70 (56,02 - 76,22)	12,47	0,047
Ceará	93,25 (80,04 - 104,79)	73,59(67,82 - 87,51)	21,08	0,003
Maranhão	71,52 (59,98 - 80,74)	59,76 (46,30 - 64,47)	16,44	0,001
Paraíba	86,34 (73,93- 101,10)	68,38 (62,95 - 75,99)	20,80	0,001
Pernambuco	86,20 (70,37- 90,49)	67,52 (60,77- 76,85)	21,68	0,000
Piauí	75,95 (66,03- 89,08)	68,31 (56,82- 76,11)	10,06	0,030
Rio Grande do Norte	76,95 (58,25- 83,96)	67,90 (61,59-75,15)	11,77	0,148
Sergipe	84,86 (66,26- 91,43)	69,78 (65,15- 81,26)	17,78	0,010
Centro-Oeste	82,96 (69,90- 92,59)	75,20 (67,33- 85,20)	9,36	0,006
Distrito Federal	83,01 (73,78 - 91,05)	76,80 (67,38 - 91,15)	7,48	0,503
Goiás	78,48 (63,20 - 87,09)	74,00 (66,56 - 84,28)	5,70	0,747
Mato Grosso	81,92 (68,06 - 90,49)	75,40 (67,74 - 83,88)	7,95	0,104
Mato Grosso do Sul	90,08 (76,69 - 101,19)	75,47 (65,61 - 89,01)	16,21	0,004
Sudeste	82,71 (66,01- 94,60)	75,08 (64,43- 87,01)	9,23	0,015
Espírito Santo	84,55 (66,21 - 93,66)	79,97 (73,89 - 92,12)	5,41	0,839
Minas Gerais	85,44 (73,26 - 96,56)	80,14 (72,09 - 91,46)	6,20	0,210
Rio Janeiro	72,81 (60,77- 93,54)	53,19 (49,35- 60,66)	26,95	0,000
São Paulo	82,54 (69,61- 97,29)	79,69 (70,77- 88,03)	3,46	0,566
Sul	82,92 (72,34- 96,13)	82,14 (73,00- 92,82)	0,95	0,734
Paraná	82,74 (76,83- 96,38)	81,99 (75,09- 99,14)	0,91	0,711

Santa Catarina	85,86 (68,85- 100,82)	84,04(77,38- 92,05)	2,12	0,943
Rio Grande do Sul	82,59 (70,07- 90,07)	79,06 (69,64- 91,70)	4,28	0,839

Nota: p= Percentil; * Teste de Mann-Whitney (diferença entre medianas).

Tabela 1- Mediana e variação percentual da mediana da cobertura da vacina contra a Hepatite B aplicadas no Brasil antes e durante as medidas de distanciamento social em menores de um ano, Brasil, janeiro de 2018 a novembro de 2021.

5 | DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19 gerou medo de contaminação pelo Sars-Cov-2, o vírus causador da COVID-19, o que levou a redução, significativa, da frequência de pais que levaram seus filhos às unidades de saúde para receberem as vacinas. (SATO, 2020) Além disso, os serviços de saúde foram suspensos globalmente, seja por escassez de recursos ou pelo desvio de profissionais de saúde para outras funções, devido à pandemia de COVID-19 o que causou impactos, particularmente nos serviços de imunização. (PROCTER *et al.*, 2021) Outro elemento que exerceu influência, foi a implementação de ações não farmacológicas, como o distanciamento social, que aumentou a relutância em relação à vacinação, pois essas medidas encorajaram as pessoas a permanecerem em casa e, conseqüentemente, a evitar a busca pelos serviços de saúde. (SZYLOVEC *et al.*, 2021)

Os resultados obtidos neste estudo mostram os reflexos dessa realidade, por meio da redução na cobertura da vacina contra a HB e são condizentes com o que aconteceu em todo o mundo, em relação à cobertura das vacinas infantis. (OPAS, 2021) Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2020, 23 milhões de crianças não se imunizaram com as vacinas de rotina, o que representa um aumento de 3,7 milhões, quando comparado a 2019. (OPAS, 2021). Um estudo realizado nos EUA apontou redução de 12,9% e 12,3% na cobertura da vacina contra a HB nos públicos infantil e adolescente, respectivamente, durante a pandemia de COVID-19, quando comparada à cobertura da mesma vacina no período anterior à pandemia. (KUJAWSKI *et al.*, 2022).

Os achados deste estudo indicam, ainda, variações notáveis na cobertura vacinal entre as diferentes Regiões do Brasil, com piores índices nas Regiões Norte (especificamente Roraima, Amapá e Rondônia) e Nordeste (especificamente Pernambuco, Ceará e Paraíba). (CÉSARE *et al.*, 2020) O Estado do Rio de Janeiro, na Região Sudeste, teve um desempenho inferior em comparação a alguns Estados da Região Norte e Nordeste. Além disso, há uma correlação entre a infraestrutura de imunização na atenção básica e a disponibilidade da vacina Tríplice Viral, sendo que as disparidades foram mais acentuadas na Região Norte, o que indica menor disponibilidade contínua de vacinas na região. (CÉSARE *et al.*, 2020)

A escassez de investimentos, a adoção de medidas de isolamento social e o cenário

da indisponibilidade de serviços e de profissionais de saúde são situações frequentes identificadas nas Regiões Norte e Nordeste do país. (OLIVEIRA *et al.*, 2019) Esse somatório de fatores pode atuar sinergicamente e servir de barreira de acesso da população aos serviços de imunização, o que resulta no comprometimento do alcance das metas de cobertura vacinal. (DUARTE *et al.*, 2019). Além dos desafios citados, durante a pandemia de COVID-19, houve o crescimento da propagação de desinformações, que impulsionaram campanhas antivacina no Brasil. (BARCELOS *et al.*, 2021).

Por fim, a interação de múltiplos fatores interferem na adequada cobertura vacinal, o que suscita preocupações, sobretudo em relação ao aumento do número de indivíduos suscetíveis à Hepatite B, na região Norte do Brasil. (BRASIL, 2022a) A incidência de Hepatite B nessa região excede a média nacional em quatro das sete capitais, a saber, Boa Vista, Porto Velho, Rio Branco e Manaus. (BRASIL, 2022a) Isso ressalta a necessidade de uma atenção especial, particularmente à região Norte do Brasil, devido à sua maior incidência de Hepatite B, evidenciando as disparidades regionais na aplicação dessa vacina.

6 | CONCLUSÃO

Durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, houve uma piora significativa na cobertura vacinal contra a Hepatite B em todas as Regiões brasileiras, exceto na Região Sul. Para combater as desigualdades regionais é fundamental implementar estratégias e políticas públicas adaptadas às necessidades de cada área, o que inclui conscientização sobre a importância da vacinação e facilitação do acesso às vacinas. Além disso, a análise epidemiológica deste estudo pode guiar a vigilância sanitária, nas regiões com baixa cobertura e contribuir para a redução do número de pessoas suscetíveis, bem como para controlar epidemias.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L.C.P. *et al.* **Vacina contra Hepatite B: atualidades e perspectivas**. Revista Multidisciplinar Em saúde, vol.2, n.4, 2021. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2172><https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2172>. Acessado em: 01 fev. 2023.

BARCELOS, T.N. *et al.* **Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil**. Rev Panam Salud Publica, vol. 45, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2021.v45/e65/pt>. Acessado em: 13 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**. Brasília, número especial, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2022-numero-especial>. Acessado em: 02 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica & de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**, vol. 1, 2022b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf . Acessado em: 02 de fev. 2023.

BUFFARINE, R.; BARROS, F.C.; SILVEIRA, M.F. **Vaccine coverage within the first year of life and associated factors with incomplete immunization in a Brazilian birth cohort**. Archives of Public Health, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32292586/> .. Acessado em: 31 jan. 2023.

DUARTE, D. C.; OLIVEIRA, V. C.; GUIMARÃES, E. A.; VIEGAS, S.M. **Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento**. Esc. Anna Nery, v. 23, n.1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sxh8xrqtMrYMsJYhz5mJcdc/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 13 dez. 2022.

FRUGOLI, A. G. *et al.* F. **Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde**. Rev. esc. enferm. USP, v.55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/G6LTwYzSPqcGS6D7xw47bpL/>. Acessado em: 03 fev. 2023.

KUJAWSKI, S.A. *et al.* **Impact of the COVID-19 pandemic on pediatric and adolescent vaccinations and well child visits in the United States: A database analysis**. Vaccine, vol.40, n.5, 2022, p.706-713. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8719942/> . Acessado em: 02 abr. 2022.

OLIVEIRA, R. A. D.; DUARTE, C. M. R.; PAVÃO,A.L.B.; VIACAVAL, F. **Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, vol.35, n.11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ysfcvHtsLzQ7vbnQs5FJbsv/?lang=pt> . Acessado em: 01 set. 2022.

OPAS. Organização Pan- America da Saúde (OPAS). **Pandemia de COVID-19 leva a grande retrocesso na vacinação infantil, mostram novos dados da OMS e UNICEF, 2021**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-7-2021-pandemia-covid-19-leva-grande-retrocesso-na-vacinacao-infantil-mostrar-novos>. Acessado em: 01 set. 2022.

PROCIANOY, G. S. *et al.* **Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 03, p. 969-978, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HRMwSZF7GT96MMx7pBTJfkD/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 01 fev. 2023.

PROCTER, S. R. *et al.* . **SARS-CoV-2 infection risk during delivery of childhood vaccination campaigns: a modelling study**. BMC Medicine, 2021. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02072-8>. Acessado em: 01 fev. 2023.

SATO, A.P.S. **Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools**. Rev. Saúde Pública, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FkQQsNnvMMBkxP5Frj5KGgD/?lang=en>. Acessado em: 01 fev. 2023.

SATO, A.P.S. **Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?** Rev. Saúde Pública, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CS5YRcMc3z4Cq4QtSBDLXXG/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 03 fev. 2023.

SILVA, T.M.R. *et al.* **Number of doses of Measles-Mumps-Rubella vaccine applied in Brazil before and during the COVID-19 pandemic.** BMC Infectious Diseases, 2021. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-06927-6> . Acessado em: 02 fev. 2023.

SZYLOVEC, A. *et al.* **Brazil's Actions and Reactions in the Fight against COVID-19 from January to March 2020.** Int J Environ Res Public Health, vol.18, n.2, p.1-16, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33440812/> . Acessado em: 06 dez. 2022.

ANÁLISE DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE EM UM ESTADO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL: O CÂNCER DE MAMA COMO CONDIÇÃO TRAÇADORA

Data de aceite: 01/02/2024

Rosalva Raimundo da Silva

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

Tereza Maciel Lya

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

Alexsandro dos Santos Machado

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife,
Pernambuco, Brasil

RESUMO: O câncer de mama, uma significativa causa de morbimortalidade global e no Brasil, requer uma rede de atenção à saúde bem estruturada. **Objetivo:** analisar o procedimento e mecanismo de regulação para encaminhamento de mulheres com câncer de mama à assistência oncológica de alta complexidade em Pernambuco. **Metodologia:** Entrevistamos seis gestores responsáveis pela regulação

e um profissional da política estadual de oncologia. **Resultados:** os achados evidenciaram deficiências no sistema de regulação, com a demanda espontânea prevalecendo como o principal meio de acesso das usuárias aos serviços de oncologia. **Conclusão:** é crucial investir em estudos de avaliação de rede para melhorar o acesso, promovendo a equidade nos serviços oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Mama, Avaliação em saúde, Regulação em saúde, Acesso aos serviços de saúde.

ANALYSIS OF CARE REGULATION IN HIGHLY COMPLEX ONCOLOGY CARE IN A STATE IN THE NORTHEAST REGION OF BRAZIL: BREAST CANCER AS A TRACER CONDITION

ABSTRACT: Breast cancer, a significant cause of morbidity and mortality globally and in Brazil, requires a well-structured health care network. **Objective:** to analyze the procedure and regulatory mechanism for referring women with breast cancer to highly complex oncological care in Pernambuco. **Methodology:** We interviewed six managers responsible for regulation and a professional from state oncology policy.

Results: the findings highlighted deficiencies in the regulation system, with spontaneous demand prevailing as the main means of access for users to oncology services. **Conclusion:** it is crucial to invest in network assessment studies to improve access, promoting equity in oncology services.

KEYWORDS: Breast Neoplasms, Health assessment, Health regulation, Health services accessibility.

ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN UN ESTADO DE LA REGIÓN NORESTE DE BRASIL: EL CÁNCER DE MAMA COMO CONDICIÓN TRAZADORA

ABSTRACTO: El cáncer de mama, una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y en Brasil, requiere una red de atención de salud bien estructurada. **Objetivo:** analizar el procedimiento y mecanismo regulatorio para la derivación de mujeres con cáncer de mama a atención oncológica de alta complejidad en Pernambuco. **Metodología:** Se entrevistó a seis directivos responsables de la regulación y a un profesional de la política estatal de oncología. **Resultados:** los hallazgos evidenciaron deficiencias en el sistema de regulación, prevaleciendo la demanda espontánea como principal medio de acceso de los usuarios a los servicios de oncología. **Conclusión:** es crucial invertir en estudios de evaluación de redes para mejorar el acceso, promoviendo la equidad en los servicios de oncología.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de Mama, Evaluación de la salud, Regulación sanitaria, Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A descentralização na área da saúde fortalece a capacidade de gerenciamentos dos estados e municípios na rede de serviços de saúde. Mas, quando tratamos de assuntos como a regulação assistencial, a realidade mostra a necessidade de apresentarmos novos olhares a partir do campo investigativo, com o intuito de aumentar a capacidades resolutiva do sistema de regulação de cada esfera administrativa, a partir dos princípios que regem o Serviço Único de Saúde (SUS): universalização, integralidade e equidade.

No contexto mundial, a regulação teve início nas áreas econômica e social (Menicucci, 2005). O termo de regulação pode apresentar distintos conceitos, inicialmente balizada por deliberações governamentais dirigidas ao controle de mercado, hoje é utilizada em diversas áreas, entre elas a da saúde (Oliveira, 2014; Oliveira; Elias, 2012, Coelho, 2009). A evolução da função de regulação no campo da saúde não vem de uma progressão retilínea, mas de um misto de ferramentas regulatórias desenvolvidas no decorrer da história dos sistemas de saúde (Saltman; Busse, 2002). Para o Ministério da Saúde, a regulação assistencial tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (Brasil, 2008). Que quando bem organizados, podem contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente

necessita (Aquino; Vilela, 2014). Principalmente em redes que demandam serviços de alta complexidade, como é o caso do tratamento de câncer (Oliveira et al., 2011). Muitas vezes, as razões para o diagnóstico tardio podem estar relacionadas com mecanismos de referência complexos (Cazap et al., 2016).

Apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde ainda ocorre de forma bastante incipiente (Vilarins; Shumizu; Gutierrez, 2012; Brasil, 2011). Sem dúvida, a oferta de serviços especializados têm sido um dos pontos que mais estrangulam o Serviço Único de Saúde, e como consequências surgem as dificuldades de acesso devido a concentração desses serviços em locais de alta densidade tecnológica e populacional. A atividade regulatória estatal expressa relações complexas associadas à sociedade, aos diferentes grupos de interesse existentes nessa sociedade e às estratégias decisórias e de ação técnica e política estatal (Barreto; Guimarães, 2011; Cavalcanti; Cruz e Padilha, 2018). As redes de atenção à saúde são instrumentos de garantia do direito, possibilitando a ampliação do acesso e diminuindo desigualdades (Kuschnir; Chorny, 2010). Portanto, o acesso da paciente não deve se limitar às etapas de procura e entrada, mas abranger também a qualidade do cuidado e o seu resultado (Travassos; Castro, 2008).

Buscando reduzir as lacunas no conhecimento, este estudo tem como objetivo identificar como ocorre o processo de regulação assistencial na rede de alta complexidade oncológica em um estado da região nordeste do país, utilizando o câncer de mama como condição traçadora.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa com profissionais envolvidos com a coordenação da Regulação Estadual, Regulação Municipal e Política de Atenção Oncológica Estadual, no ano de 2016. Este critério foi adotado por ser o segmento que melhor expressa as variáveis de interesse do estudo proposto.

Foram incluídos no estudo a regulação dos municípios onde há Unidade de Alta Complexidade Oncológica (Unacon) e Centro de Alta Complexidade Oncológica (Cacon). Dos 185 municípios pernambucanos, as referências para tratamento de câncer estão distribuídas em 4 municípios (Recife, Caruaru, Garanhuns e Petrolina). O município de Arcoverde possui uma Unacon, mas por não ter histórico de tratamento de câncer de mama no ano da coleta de dados, não participou do estudo.

Para o número de participantes entrevistados foi utilizada a estratégia de saturação dos dados. Foram realizadas um total de seis entrevistas semiestruturadas, uma na regulação estadual, quatro na regulação dos municípios onde estão localizadas as Unacon/Cacon; e uma na Política Estadual de Oncologia do estado de Pernambuco.

O conteúdo da entrevista consistiu na maneira como ocorre a regulação do acesso

das pacientes com câncer de mama nos serviços de alta complexidade, as principais dificuldades no planejamento desse serviço, como se dá o monitoramento da paciente com câncer de mama desde o diagnóstico ao tratamento, também foram levadas em consideração, as metas da política nacional para prevenção do câncer na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas – Portaria GM/MS 874 de 2013 e os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia (Brasil, 2013).

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2016, as entrevistas e observações foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Sendo realizadas *in loco*, nas cidades de Recife, Garanhuns, Caruaru e Petrolina. Todos os entrevistados permitiram a gravação e assinaram o TCLE. Os dados foram organizados e codificados com auxílio do software para análise de qualitativos, o Atlas.ti 7.0 (*Qualitative Research and Solutions*), seguindo o objetivo de identificar as “unidades de significação” no contexto das falas, ultrapassando os sentidos manifestos dos entrevistados, a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Todos os preceitos éticos foram respeitados e a pesquisa teve parecer emitido pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CAEE nº 54533316.3.0000.5190.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Cunha (2010), quando a regulação assume o papel de regular a entrada do usuário no serviço de saúde, há impacto na sua sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes. Os resultados indicaram que o tratamento do câncer de mama não é regulado no estado de Pernambuco, como já acontece para algumas especialidades oncológicas.

Implementação de fluxos padronizados na entrada das usuárias nos serviços de alta complexidade

De acordo a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a regulação do acesso à assistência deve contemplar entre as ações, a elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenem os fluxos assistenciais, devendo ser efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos que se fizerem necessários, contemplando a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais. Para Cazap et al., (2016) em diferentes regiões e países do mundo, uma variedade de sistemas de saúde está em vigor, mas a maioria deles encontra-se fragmentada ou mal coordenada. Em uma das falas foi possível perceber que as poucas especialidades oncológicas que são reguladas, são muito recentes e o serviço de regulação em Pernambuco ainda é bastante incipiente.

Vê só, a gente não regula a rede toda, a gente regula algumas especialidades

em algumas unidades de oncologia. Hoje a gente tem, o Hospital do câncer com três especialidades sendo reguladas cabeça e pescoço, neurocirurgia e a gente iniciou agora nesse mês de julho, cirurgia geral. As outras especialidades não são reguladas, o paciente tem que procurar a marcação direto na unidade. (E4)

Quando há um grande centro de referência para câncer na região, é importante estabelecer padrões de referência (Cazap et al., 2016). Em Pernambuco, o acesso da paciente com câncer de mama ainda não é regulado, elas iniciaram o tratamento através da demanda espontânea. O uso de protocolos, portanto, depende das próprias instituições, quando estas possuem. Como afirma o entrevistado 4.

A gente segue o protocolo da Unidade, certo. O IMIP não tem um protocolo, como é por demanda espontânea, só a exigência da biópsia, do diagnóstico fechado, então de qualquer segmento e de qualquer origem a gente manda para lá, então é assim para mandar para o IMIP tem que ter diagnóstico; e os outros, a gente segue o protocolo da instituição, cada um tem protocolo próprio, isso é um dificultador enorme né, aí a gente tem que saber fazer essa triagem. (E4)

As desorganizações dos fluxos contribuem para o descontrole de atendimentos e dificultam o acompanhamento da trajetória durante o tratamento. Conforme relata o E2, *“Veja, se for de unidade da gente, daqui até no máximo a biópsia e o encaminhamento pra o Ceoc, depois o paciente se perde, porque como ele passa pra esfera do estado, a gente não tem mais como fazer esse acompanhamento”*. Percebemos, que a linha de cuidado da paciente fica fragmentada quando o sistema de regulação não consegue acompanhá-la ao dar entrada na Unacon/Cacon. Como afirma o E4, *“A gente não tem a linha de cuidado completa, a gente só vai até um certo ponto, então quando vai para punção a gente já tem uma dificuldade, se for punção por agulha fina a gente já não consegue”*.

É necessária uma padronização de protocolos operacionais de regulação quando se tem uma ampla rede de saúde (Vilarins; Shimizu; Gutierrez, 2010), por constituírem instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade (Brasil, 2008). Em todas as entrevistas, apenas um informante mencionou ter protocolo de encaminhamento seguindo a classificação de risco, em que a paciente com suspeita de câncer é prioridade para realização dos exames:

A gente tem hoje um protocolo de classificação de risco do município, para ambulatorial, é o único município que eu conheço que tem esse protocolo, e paciente com neoplasia, ele é classificado como vermelho, tem uma maior celeridade, até com a suspeita, não precisa ter o diagnóstico, para suspeita, a gente trata ele com um carinho maior e mais celeridade. (E4)

Essa prioridade deve ser utilizada por todos os municípios, mesmo porque o câncer de mama, como um dos mais prevalentes, necessita de mecanismos que facilitem o acesso ao tratamento em tempo oportuno, quanto mais cedo o diagnóstico, maiores as chances de cura. Um dos profissionais informou que a ausência de protocolos não é problema apenas

do sistema de regulação assistencial, mas também da própria Unacon, quando ela não possui um protocolo interno.

O que a gente faz é quando tem algum paciente que tenha algum diagnóstico, que já tenha o histopatológico, aí a gente encaminha direto pra o CEOC, que é a unidade de referência da gente, agora sem nenhum instrumento regulatório, entendeu? Ele vai por demanda espontânea. (E2)

Medidas regulatórias em saúde, são muitas vezes obrigatórias para proteger a saúde da população em geral, mesmo que produzam restrições à liberdade de escolha das pessoas (Crampton; Hoek; Beaglehole, 2011). Para Vilarins; Shimizu; Gutierrez (2010) a regulação, além de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, atua sobre a oferta dos mesmos, assumindo o planejamento das ações e estabelecendo a adequação desta oferta de acordo com as necessidades identificadas. A demanda espontânea fere os princípios da equidade, pois sem um protocolo de acesso que possa ser seguido por todos os profissionais é mais difícil organizar a distribuição de pacientes entre os hospitais habilitados, como fala o entrevistado 4.

" tem vários fatores né, quem pode esperar, deve esperar e quem não pode esperar não pode esperar, e isso a gente ainda não consegue enxergar pelo tamanho da regulação, então cada usuário tem que ser tratado individualmente [...] o tempo de espera para mim, ainda é longo para algumas coisas, para outras não, muito por desconhecimento de fluxos, por mais que a gente bata na tecla que o fluxo é assim e se você fizer tudo direitinho, chega, e chega mesmo né. Porque o pessoal está sempre querendo burlar o fluxo, vou, faço por aqui, faço por ali; se a gente tivesse esse ordenamento, a gente melhoraria isso, isso aí é maturidade do sistema, maturidade do SUS, que a gente não tem. (E4)

As entrevistas permitiram observar, que a regulação do acesso vem se organizando para que quando um novo serviço de alta complexidade oncológica venha a ser ofertado pelo SUS, este possa iniciar seus atendimentos apenas pelo sistema de regulação, para que eles saibam o que fazer ao encaminhar a paciente para o novo serviço, podendo acompanhar a trajetória da paciente dentro da rede de atenção à saúde.

[*Recentemente*] quando a gente começa a regular alguma especialidade ou unidade, a gente solicita que a unidade faça pra gente um protocolo de acesso, de como é que o paciente deve chegar, quais são os diagnósticos pra ser encaminhado, então o médico avalia de acordo com aquele protocolo, se vai autorizar ou não aquele encaminhamento, ele autorizando, a situação fica no sistema como autorizado. (E5)

A Unacon de Arcoverde, apesar de já habilitada com serviços de oncologia em 2015, não havia atendido pacientes com câncer de mama pelo SUS. Em 2016, a unidade começou a atender pacientes apenas pelo sistema de regulação, e como consequência surgiram conflitos de interesses em relação à demanda espontânea, como acontece nos demais hospitais.

A gente já tem uma rede hoje que habitualmente ela já não é regulada, então

esse já é o fator negativo, já se começou, já tem um histórico de que você tem que procurar o atendimento direto na própria unidade pra poder marcar, então quando a gente inicia a regulação, foi como o caso de Arcoverde, já tem um entrave aí... 'eu não quero ser regulado, porque as outras não são reguladas, e aí eu vou de forma espontânea, porque pra mim é melhor, eu não preciso ter essa, a questão da regulação, pra poder o paciente possa chegar. (E5)

São grandes os desafios para os planejadores de serviços de saúde quando se trata de regular o acesso. Não é fácil implantar o sistema de regulação nas unidades de oncologia quando estas já iniciaram da forma errada. A Unacon se sentiu “prejudicada” por atender apenas pacientes regulados, enquanto os demais atendem pela demanda espontânea. O “não querer” usar adequadamente o sistema de regulação significa que o hospital deixou de atender a paciente que o procurou sem estar regulada, perdendo uma “cliente”, já que a paciente pode procurar uma outra Unacon que atende por demanda espontânea sem precisar passar pela regulação. Evidenciando a priorização da captação de recurso através do número de pacientes que a instituição consegue absorver, em detrimento da saúde das pacientes. Com esta captação somente por demanda mantendo o aporte financeiro, não há interesse na regulação, quando esta não é realizada pelos demais hospitais. Essa realidade corrobora com Kurunmaki e Miller (2008) ao afirmarem que a regulação em saúde se constitui em uma atividade complexa e se converte em espaço de tensões, contradições e negociações permanentes

O efetivo trabalho da regulação do acesso possui problemas que vão além da estrutura e organização, há uma necessidade também da melhoria das relações de gestores com prestadores, e o mais importante, das relações de usuários e as suas distintas demandas na identificação de suas necessidades (Vilarins; Shimizu; Gutierrez, 2010). As barreiras específicas dentro da rede de atenção à saúde, precisam ser identificadas ao longo de toda a trajetória do paciente, permitindo o desenho individualizado de políticas públicas e programas para cada país, região, cidade (Unger-Saldaña, 2014).

Articulação entre os níveis de complexidade: O desafio de fazer “descer para rede”.

A regulação deve operar sobre todo o encaminhamento e seguimento do paciente com câncer em todos os níveis de complexidade (Brasil, 2013; 2014). O monitoramento dos diversos percursos que a paciente faz é um dos objetivos da linha de cuidado do tratamento do câncer de mama, por meio de mecanismos de acesso que permitam acompanhar a paciente em todos os serviços de atenção à saúde. A articulação entre os níveis de complexidade permite fazer um raio-X dos principais problemas que dificultam a realização da regulação. Para Baduy et al., (2011) a articulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção é um desafio importante, agravado pelo fato de estarem organizados e

financiados segundo lógicas distintas.

Hartz e Contandriopoulos (2004) discorrem sobre a importância da integração de serviços de saúde por meio de redes assistenciais, desenvolvendo mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Nas falas dos entrevistados, foi possível observar que quando se trata de relação entre as centrais de regulação, os profissionais da regulação estadual e municipal demonstraram não ter muito acesso à regulação nacional, mas as relações entre níveis municipais e estadual tem melhorado com o passar do tempo, como afirma o profissional 4.

Veja, nós não temos acesso à regulação Nacional, isso ainda está, até porque seria o TFD né, aí o TFD nosso seria para outros estados e isso nós não temos gestão ainda.[...] Quando a gente pede para regulação ambulatorial do estado, quando a gente não tem na nossa rede recife, é bem tranquilo, é uma relação cada vez mais próxima, até porque a regulação ambulatorial, falando de ambulatório agora, do estado tem avançado agora, antes eles não regulavam quase nada de ambulatório para os grandes hospitais. (E4)

No entanto, foi possível observar que a falta de comunicação e ausência de contrarreferência aumentam a desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Eu acho que nós devíamos de uma rede oncológica, que pudesse, que a gente tivesse comunicação entre ela, que a gente conseguisse ter um protocolo ou um prontuário clínico desse paciente, para poder tá monitorando, para poder tá acompanhando, o que que está aguardando, qual a necessidade dele, e principalmente, o acesso à prevenção e a promoção, que eu acho que isso é primordial. (E3)

As dificuldades da regulação assistencial no acompanhamento ao tratamento foram observadas pelos entrevistados como um fator negativo devido a fragmentação criada pela própria rede, como menciona o informante 4.

Veja, na realidade o IMIP tem 2 CNPJ, a gente contrata o hospitalar, e o IMIP hospitalar não tem a linha de cuidado da saúde da mulher, então a gente não tem acesso, não consigo ver o caminho dessa paciente no IMIP, porque aí está sob gestão hospitalar, o que a gente consegue enxergar é o momento do pedido, a gente não consegue ver em termos de sistema, mas a gente sabe que foi encaminhado, como ele é do estado, essa parte a gente não tem muito acesso. (E4)

A fala anterior indicou uma desarticulação entre os níveis assistenciais devido a falta da contrarreferência das Unacon/Cacon para os níveis de menor complexidade. Além disso, há também a existência de fragilidades na detecção precoce na atenção básica, como afirma o entrevistado 3.

A fragmentação da rede dificulta o acesso sim, a questão da referência e contrarreferência, o diagnóstico na atenção básica, que às vezes a gente não consegue ter, a gente não consegue ter uma sinalização de uma usuária que tenha um possível diagnóstico de CA já, a gente não consegue ter isso, então eu acho que a fragmentação, a oferta insuficiente e a própria atenção básica,

Para Bairati et al., (2007), a melhor integração dos serviços em todos os níveis de atenção à saúde é uma estratégia promissora que pode reduzir o tempo de espera para o diagnóstico do câncer. Em qualquer nível de complexidade, as equipes das unidades de atenção primária deverão ter domínio sobre os fluxos construídos (regulação, referência e contrarreferência) para os níveis de atenção de média e alta complexidades (Instituto Nacional do Câncer, 2015). Em um dos relatos foi possível identificar a falta de comunicação entre os serviços,

[Sobre a Radioterapia] Não. Aí é aquela coisa, quando ele entra no hospital, muda completamente nossa governabilidade, eventualmente pode chegar um caso, mas a gente não tem fluxo desenhado para regular esses procedimentos, é muito mais da regulação interna desses hospitais eu acredito (E5)

Quando se trata de ter acesso aos serviços de alta complexidade (Unacon/Cacon) para fazer o diagnóstico, os entrevistados elencaram que um dos principais problemas no tratamento do câncer é o número insuficiente de serviços de diagnóstico em toda rede. Apesar da obrigatoriedade dos hospitais habilitados no tratamento do câncer, sozinhos não conseguem dá conta da demanda de diagnósticos, em sua maioria porque não dispõem de estrutura para desenvolver tal função (Silva, 2017), mas mesmo melhorando a estrutura para ofertar diagnóstico, estes ainda seriam insuficientes para atender a incidência anual de câncer no estado de Pernambuco.

Ela sai da atenção primária referenciada para a atenção especializada, pra que daí ela pudesse chegar até a atenção especializada na Unacon, porque antes dela chegar numa Unacon ela teria que passar numa atenção especializada ambulatorial onde ela pudesse fazer os exames, onde ela pudesse até, se fosse o caso, fazer a biópsia, porque às vezes isso fica mesmo para o Unacon fazer e está estrangulando os Unacon, questão de exame é uma coisa que a gente precisa tá muito atento, a gente tem que descer pra rede com eles.[...] talvez essa história das biópsias estarem nas Unacon hoje, em Pernambuco, 71% das biópsias nos Unacon, aí eu falo de paciente SUS né, talvez isso porque tem na portaria, mas não só porque tem na portaria, porque a rede não tem Biópsia! [...] o próprio Ministério está instituindo dois serviços que um é para as lesões precursoras do colo e o outro o que eles chamam de serviço de diagnóstico de mama, que eles chama de SRC e SDM, que isso vai ser feito na rede, inclusive com incremento financeiro, que o grande, a grande maioria dos nossos cânceres hoje ainda é na mama e no colo, o ministério já tem uma leitura que deve ampliar isso pra outros serviços, não só nos Unacon. (E6)

O “descer para a rede”, significa não deixar a investigação do diagnóstico apenas sob responsabilidade dos serviços de alta complexidade. Os municípios devem contar com serviços ou ter referências que possam agilizá-lo (Brasil, 2014). Ao aumentar a oferta de serviços de diagnóstico na média complexidade, propicia celeridade no acesso ao tratamento, proporcionando maiores chances de cura.

Com o número de serviço de diagnóstico insuficientes, há a preocupação com a solicitação que a paciente possua a confirmação da doença antes mesmo de ter acesso às Unacon/Cacon. Isso acaba contribuindo para uma desigualdade de acesso. No estudo de Silva (2017), apesar dos esforços para aumentar o acesso ao tratamento, o tempo médio do diagnóstico ao início do tratamento das mulheres com câncer de mama em Pernambuco, excedeu os 100 dias em 35,6% dos casos analisados. Para Unger-saldaña (2014) uma explicação plausível para as disparidades de câncer de mama, estágio clínico e sobrevivência é que as pessoas com baixo status socioeconômico sofrem maiores atrasos do provedor do que pessoas com alto status socioeconômico. Para acelerar o tratamento, muitas das pacientes custeiam o diagnóstico, enquanto àquelas que não têm condições e precisam esperar pelo Sistema Único de Saúde, o tempo de acesso ao tratamento aumenta consideravelmente (Silva, 2017), corroborando com a fala do entrevistado 5.

Depende muito de como é que a paciente fez pra definir diagnóstico, se ela está precisando, se tudo é SUS e se ela está precisando de um pra definição dos exames, vai ter um entrave aí e o tempo vai ser muito maior, se ela pode pagar o exame e vai procurar por demanda espontânea esse tratamento, na minha opinião acho que não demora, o tratamento em si, se ela já tiver a confirmação do diagnóstico, o entrave aí é a biópsia. (E5)

Monitoramento do tempo de espera no tratamento do câncer de mama

O tempo do diagnóstico ao tratamento permite o conhecimento e a fomentação de investigações locais com mais especificidades, de modo a subsidiar uma reflexão capaz de promover o adequado desempenho das ações de controle dessa neoplasia (Instituto Nacional do Câncer, 2015). Para isso, a rede deve estar organizada com o objetivo de proporcionar acesso equitativo, com qualidade e em tempo oportuno ao diagnóstico e ao tratamento. É papel da regulação assistencial monitorar o tempo de espera no acesso aos procedimentos que a paciente for submetida. Considerando a percepção dos usuários sobre o serviço prestado, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades (Brasil, 2013; Brasil, 2014; Donabedian, 1973).

A regulação assistencial na rede de oncologia do estado de Pernambuco regula via sistemas informatizados exames complementares, de forma a monitorar o tempo de espera, local e data dos exames, e se já foi realizado o procedimento. Este cenário muda quando partimos para o diagnóstico e tratamento do câncer, não há mecanismos regulatórios que permitam fazer o acompanhamento do itinerário terapêutico da paciente. Como podemos observar nas falas dos entrevistados 3 e 2 respectivamente: “*Quando é bem fragmentada, eu não tenho como dispor de dizer assim é “x” tempo para isso, “x” tempo para isso. Como tem essa fragmentação, eu não consigo dizer daqui se ele já iniciou tratamento.*”; “*Câncer de mama, não, a gente não regula [...] Químico e rádio não, porque químico e rádio é do*

estado.”

Problemas com a falta de acesso e de resolutividade é uma das mais importantes causas de progressão da doença, pois em 3 ou 6 meses, parte das neoplasias progredem para os estádios mais avançados da doença (Gebrim, 2016), corroborando com o estudo de Paiva (2013) realizado em uma das Unacon de Pernambuco, em que 72% das pacientes apresentaram-se em estádios avançados. O atendimento na rede primária de saúde é deficiente e faltam diretrizes para encaminhamentos (Gebrim, 2016), mas, esse é um problema que acontece em todos os níveis de complexidade, como podemos ver no relato do informante 5.

Eu acho que esse paciente que vai fazer quimio, que vai fazer radio... do seguimento, porque como a gente está na esfera municipal, a gente consegue acompanhar o paciente até onde ele no âmbito de unidade sob a gestão do município, quando ele passa pra gestão do estado, a gente não consegue acompanhar[...] mas como a oncologia não está sendo regulada pelo estado, quando eu digo regulada é ter um instrumento regulatório, que pode ser que eles tenham um sistema de regulação arcaico, que não é sistema de computação [sei lá], caderno ou planilha, mas que, como não tá via web, a gente não tem acesso, eu acho que a grande dificuldade é que a gente só consegue acompanhar a paciente até uma determinada fase, depois disso o paciente se perde... ou não se perde se a equipe for engajada, a equipe que eu digo é a equipe de saúde da família, que aí faz a busca ativa, mas aí fica muito a cargo de um paciente que tá passando por um momento de dificuldade pessoal, a gente não sabe como é que tá a cabeça dele, de lembrar de dar uma resposta, ele quer a princípio cuidar de sua saúde, eu acho é que o estado é quem tem que assumir, o estado que eu digo pode ser o município, federal ou ente federativo ou não ente federativo de assumir esse seguimento do paciente. (E2)

Foram apresentadas críticas dos profissionais sobre a forma de como é operacionalizada a regulação do acesso à paciente com câncer de mama, mas também à escassez de exames como a *Core Biopsy*, como se verifica no relato do informante 4.

Eu acho assim, em termos de município, a gente ter... para gente reduzir né mortalidade, morbidade... é a gente fazer o diagnóstico no município, hoje é assim, a suspeita, ela é tardia no diagnóstico, é aquela coisa, a rede não está toda integrada [...], então ela deveria ser uma rede mais integrada para poder chegar nesse diagnóstico mais rápido, o Recife ainda tem que avançar nas punções, a gente ainda não faz *Core Biopsy*. [...] em nenhum município tem. O hospital da mulher vai ter, como ele começou agora, a gente já tem mastologia lá, tem equipe, impacto tecnológico de primeiro mundo, a gente vai fazer, mas ainda não está operando mama lá, também não é o objetivo dele fazer isso lá, a gente tem onde mandar, então é só ter um diagnóstico o mais precoce possível, se eu precisar de uma *Core Biopsy*, a paciente não pode ficar “zanzando” por aí por demanda espontânea, isso tem que ser prioridade e ainda não é. [...] mas ainda é frouxo, no meu entendimento ainda é muito frouxo. (E4)

Sem regulação não há a garantia da equidade no acesso, norteados pelo critério da necessidade. Para um dos entrevistados, a inequidade no acesso ocorre com a inferência

pessoal ou da capacidade de deslocamento da paciente, esses meios que burlam as filas de espera podem prejudicar as pacientes que estão há mais tempo esperando pelo procedimento. Como podemos ver na fala a seguir;

Como é que se resolvem as coisas, a gente sabe como é que se resolver né? [...]Teve um caso por exemplo de parente de gestor, chegou, a mulher era jovem, fez ultrassom, não tinha nem indicação de mamografia, fez o exame, tinha tumoração, fez o ultrassom, precisou da Core Biopsy, a médica de lá era do Câncer, puxou a paciente para Câncer, mas não teve nenhum mecanismo correto[...]. (E4)

O processo de avaliação na melhoria da rede de alta complexidade em oncologia

É papel de todos os níveis de gestão monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no âmbito do SUS na rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2013). A organização da uma rede de alta complexidade em oncologia deve ser iniciada com a apresentação do Plano Estadual de Oncologia, elaborado em consonância com os critérios e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2014), esse documento representa um grande avanço na organização dos serviços prestados aos pacientes que câncer. Até janeiro de 2017, Pernambuco ainda não possuía Plano Estadual de Oncologia, conforme cita o entrevistado 6.

Em relação ao plano de oncologia, a gente fechou essa parte de diagnóstico assim, onde a gente tem e o que a gente precisa ter, essa parte a gente tá fechando agora [...] a gente está estudando, está em análise, mas a gente tem um prazo para entregar a rede até fevereiro de 2017, que já foi prorrogado, prorrogado, prorrogado, não sei se ainda vai ser prorrogado porque a aprovação da rede implica em recurso, na hora em que a gente vai aprovar uma rede e a gente diz, eu preciso de aprovar mais três Unacon, uma hipótese, dois eu posso esperar para 2020 [...]. E aí? Ele vai conseguir, não vai conseguir... porque para eu fazer o desenho, eu tenho que fazer até o desenho com isso, com ele, entendeu, então está dependendo disso e dependendo sobretudo da questão de fluxo, porque a menina da regulação só pode regular se eu disser o fluxo para ela. (E6)

A ausência do plano contribui para a desorganização da rede de oncologia e consequentemente prejudica a implantação dos fluxos assistenciais e controle na produção das Unacon/Cacon. Para um dos profissionais, o motivo do estado em apresentar o plano de oncologia está associado a dificuldade de traçar o perfil da população.

[...] a gente vê que tem estabelecimentos fazendo muito né, porque tem capacidade instalada, porque tem profissional e por uma série de coisas; e estabelecimento que ainda hoje não atinge a meta do Ministério, que a gente tá muito atento a isso, e assim trabalhando junto com eles para que eles atinjam as metas, porque o Ministério quando esteve aqui por mais de uma

vez, sinaliza que aqueles que não estão atingindo as metas preconizadas poderão vir a ser desabilitados, é difícil né, porque minimamente eles atendem alguma coisa, aí você tirar o mínimo é difícil, mas você precisa produzir mais, e aí a gente está tentando ver como fazer e assim, puxando mesmo para que as regiões as macrorregiões assumam lá os seus pacientes. [...] A gente está trabalhando cruzado, mas a gente está fazendo esse desenho inclusive com o perfil epidemiológico por Macrorregião, a gente estava com o perfil epidemiológico de habitantes de abril do ano passado de número de casos por Macro que quem faz isso é a Vigilância e aí ela está atualizando para mim o perfil epidemiológico atual, porque uma das coisas que a portaria quer é definir população onde será atendida. (E6)

As falas indicaram que o descontrole de produção entre os estabelecimentos de saúde pode ser do resultado da (des)organização da própria política estadual de oncologia, que não consegue avaliar todos os serviços, corrigindo as falhas adequadamente. “*A cobrança, essa cobrança maior, eu acho que vai ter, quando a gente tiver essa política toda concretizada e realmente tiver uma política estadual, que hoje não se tem.*” (E5) Os gestores devem conhecer a estrutura da sua rede, estabelecendo os fluxos que controlem a entrada e saída dos pacientes nas Unacon/Cacon. É preciso que os “vazios” existentes na estrutura apresentada por algumas Unacon sejam corrigidos. O Estado está ciente do não cumprimento de produção de algumas Unacon que fizeram parte do estudo. Para um dos profissionais, o próprio Ministério da Saúde já chamou atenção dos gestores, e que mesmo com históricos de baixa produção, nunca ouviu falar que alguma Unacon foi desabilitada pelo não cumprimento. Como citado a seguir pelo entrevistado 6.

A gente tem chamado frequentemente, até às vezes o próprio secretário já chamou, insiste, mas algumas unidades continuam repetindo e a desabilitação deverá ser solicitada pela secretaria ou o próprio Ministério fazer lá, mas até o momento, acredito eu com a aprovação das redes, isso vai começar a acontecer né. Até hoje eu não vi assim ninguém no Brasil, não conheço alguém que tenha sido desabilitado porque não atingiu a produção, entendeu? Mas, eu, na minha opinião, com esse advento de todo, todas as redes aprovadas no país inteiro [...] acredito que vai se cobrar mais desse pessoal. [...] a gente precisa de fazer controle da produção, Por que está fazendo? Por que não está fazendo? O que está havendo? Por que que está faltando? (E6)

A falta de estrutura apresentada por algumas Unacon na rede de oncologia de Pernambuco, indicam uma deficiência na avaliação desses serviços. Como não há punições pelo descumprimento das metas de produção, o hospital consegue continuar com a habilitação sem nenhum prejuízo. Em Pernambuco há necessidade de mais hospitais habilitados em serviço de oncologia, mas antes de habilitar novos hospitais é preciso que os já existentes funcionem e produzam adequadamente.

O INCA está muito atento a isso, entendeu, essa questão da gente ver como fazer esses Unacon funcionarem, e essa é minha preocupação, abrir mais? Fui uma oficina ano passado em Brasília que tem, tinha estado pedindo para abrir 20 Unacon, como pela população, que é muito fácil, é uma conta matemática [...] Mas, não é assim... isso não funciona desse jeito. Então eu vou pedir

para abrir mais? Eu tenho recursos humanos que vai me dar suporte pra isso? Eu tenho exames para me dar suporte para isso? Eu tenho estrutura física? Eu tenho TI para me dar suporte para isso? Então... são... uma coisa assim, muito séria, porque um Unacon para 500 mil habitantes, aí o cara faz uma continha e você precisa de 10, eu não faço a conta desse jeito, eu preciso que os que eu tenho hoje funcionem, me dê a produção que eles devem me dá, e aí a gente, futuramente rever, Por isso que a minha proposta é um, um... eu não sei nem se eu proporia mais um na IV, mais um na II Macro, ou eu preferia que os dois da II Macro funcionassem, talvez se eles funcionassem eu não precisasse de mais nenhum, entendeu. (E6)

Em uma das falas foi mencionado, como deveria ser o processo para as Unacon que apresentam produção insuficiente regulamente.

[...] acho que a gente tem que fortalecer o que está fazendo ou não fortalecer, se você não está fazendo não vai fazer, não tem perfil, então a gente vai botar outro, tudo bem, pode ser, entendeu, na minha leitura, tudo o que estou falando é na minha leitura, porque o secretário [...] ele pode ter uma leitura diferente, é porque a gente não sentou ainda né, para discutir, porque isso é uma coisa que precisa ser bem discutida. (E6)

Portanto, as possíveis soluções relacionadas aos estabelecimentos de saúde que não conseguem cumprir com a produção mínima e estratégias para uma melhor avaliação dos serviços devem ser refletidas pelos gestores. Um dos profissionais entrevistados, mencionou que o deslocamento das pacientes para fazer o tratamento na capital é desnecessário em grande parte dos casos e esse problema é devido a falta de controle da própria regulação assistencial dos municípios de origem da paciente, pois o câncer de mama como uma das neoplasias mais prevalentes deve ser tratado em todas as Unacon.

Ter um TFD **[Tratamento fora do Domicílio]** de lá para Recife, de várias regiões para Recife. Muito grande de TRS, eu sei que a gente tem, mas a gente deve ter em oncologia também, e aí o Ministério é muito claro, ele chegou aqui e disse, “- Se vocês entendem que o recurso de vocês deve ser gasto todo com TFD para Recife, é uma escolha, eu não concordo com isso”. Então, eu preciso ter Unacon nas regiões que eu não precisava gastar com TFD, deveria investir o dinheiro do TDF dentro da própria região, e é o que vai ter que existir por exemplo, tem paciente de Agrestina que para vir para Caruaru, ele tem que ter o TFD, mas é diferente de ele vir para Recife entendeu, então tem uma coisas aí na rede que a gente precisa e ainda nem chegou à discussão, porque primeiro eu preciso definir como que vai ficar isso, essa definição de população para regular, para chegar no TFD, porque não é fácil também. O TFD gosta muito de vir para capital, e vai ter, não vai deixar de existir, claro que vai ter que vir, por exemplo um tumor de cérebro, lógico que esse tumor vem pra Recife, até porque é uma prerrogativa do secretário dentro da própria portaria definir quem vai tratar neuro, cabeça e pescoço, tem outra coisa, pediatria, pediatria ele tem que ter a habilitação em oncologia pediátrica né, mas cabeça e pescoço não tem um local na portaria que diz, mas tem um prerrogativa que a secretaria vai dizer quem é que vai fazer cabeça e pescoço e neuro em pediatria, isso é muito claro na portaria, então é uma decisão da secretaria. (E6)

Para o Ministério da Saúde, o ideal é que o estado e os municípios organizem suas estruturas a fim de oferecer o maior número possível de serviços dentro da região em que reside o paciente. Em Pernambuco, muitas pacientes saem do interior para fazer o tratamento na capital, quando poderiam fazer em hospitais mais próximos à sua residência. Se estes disponibilizassem de estrutura suficiente e adequada, além de diminuir as barreiras de acesso, também reduziria os gastos com o próprio TFD.

Tratamentos como o de câncer, por demandar tecnologia de alta complexidade, a maioria dos hospitais habilitados estão localizados nos grandes centros urbanos. No estudo de Baad et al., (2011) pacientes oncológicos que residem a mais de 100 km de uma instalação de radioterapia são mais propensos a morrer, do que os que vivem dentro de 50 km de uma instalação desse tipo. Jong et al., (2004) afirmam que houve diferenças estaticamente significativas sobre o risco relativo de morte em todos os cânceres. A má distribuição de pacientes nos centros de referência aumenta as barreiras geográficas. No estudo de Silva (2017) as pacientes viajaram em média 80,84 km e 162,14% para fazer a quimioterapia e a radioterapia respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste estudo derivam da dissertação de mestrado, cuja coleta e análise de dados foram realizadas em 2016, abordando informações sobre a regulação assistencial na rede de alta complexidade oncológica em Pernambuco. Essas conclusões têm o potencial de orientar uma abordagem coordenada por parte do sistema de saúde, do governo, dos profissionais de saúde e da população, visando aprimorar o acesso, investir em infraestrutura e assegurar que os pacientes recebam tratamento oportuno e de alta qualidade. Isso ocorre mediante a observação das mudanças implementadas nos serviços e a identificação dos desafios persistentes na Rede de Atenção à Saúde.

A abordagem qualitativa deste estudo revelou fragilidades na regulação dos serviços de alta complexidade no tratamento do câncer em Pernambuco, destacando a ausência de uma regulação específica para o acesso de pacientes com câncer de mama. Observou-se uma procura espontânea como principal meio de acesso ao tratamento da neoplasia maligna de mama. O propósito deste trabalho é oferecer insights para aprimorar a qualidade da assistência prestada às mulheres com câncer de mama nos serviços de oncologia habilitados, considerando o atual cenário da regulação de acesso e identificando fatores que impactam negativamente essa assistência. Os resultados visam fornecer orientações para profissionais envolvidos no planejamento e gestão de serviços de saúde. A falta de regulação assistencial no tratamento do câncer contribui para uma menor transparência no acesso das pacientes aos serviços. Nossas descobertas enfatizam a necessidade de investir em estudos de avaliação mais abrangentes, a fim de gerar novos conhecimentos e aprofundar o debate nessa área.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Rodrigo C. A.; VILELA, Mirella B. R. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 2, n. 26, p.420-422, 2014.
- BAADE, Peter D. et al. Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. **Medical journal of Australia**, Sydney, v. 195, n. 6, p. 350-354, 2011.
- BADUY, Rossana S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.295-304, 2011.
- BAIRATI, Isabelle et al. Determinants of delay for breast cancer diagnosis. **Cancer Detection and Prevention**, New York, v. 31, n. 4, p.323-331, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, Mauricio L.; GUIMARÃES, Reinaldo. Epidemiologia e ações regulatórias nas áreas da saúde e do ambiente. In: ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 678-686.
- BRASIL. Portaria MS/GM Nº 1559, de 1º de agosto de 2008. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 ago. 2008. Seção I, p. 48.
- BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mai. 2013. Seção 1, p.129-132.
- BRASIL. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.42, 28 fev. 2014. Sessão 1, p. 71.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Relator Ministro José Jorge. Brasília: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.
- CAVALCANTI, Ronald P.; CRUZ, Danilson F.; PADILHA, Wilton W. N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 22, n. 2, p.181-188, 2018.
- CAZAP, Eduardo et al. Structural barriers to diagnosis and treatment of cancer in low-and middle-income countries: The urgent need for scaling up. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 34, n. 1, p. 14-19, 2016.
- Coelho, Ricardo C. **Estado, governo e mercado**. Brasília: Capes; 2009.
- CUNHA, Claudio B. Regular para garantir acesso: Uma complexa rede de regulação da assistência contribui para a equidade e o acesso democrático no Sistema Único de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Revista Rede Câncer**, Rio de Janeiro, n. 10. p. 36-38, 2010.
- CRAMPTON, Peter; HOEK, Janet; BEAGLE- -HOLE, Robert. Leadership for health: developing a canny nanny state. **The New Zealand Medical Journal**, Christchurch, v. 124, n. 1.329, p. 66-72, 2011.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Boston: Harvard University Press; 1973.

GEBRIM, Luiz H. A detecção precoce do câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p.32-35, 2016.

HARTZ, Zulmira M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.331-336, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Monitoramento das ações de controle de controle do câncer de mama: Linha de cuidado e rede de Atenção ao câncer de mama. **Boletim**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 3, set./dez. 2015.

JONG, Katharine E. et al. Remoteness of residence and survival from cancer in New South Wales. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 180, p. 618-622, 2004.

KURUNMAKI, Liisa; MILLER, Peter. Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision. **Health, Risk & Society**, London, v. 10, n. 1, p. 9-21, 2008.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2307-2316, 2010.

MENICUCCI Telma M. G. **Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2005. 152p

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p.317-326, 2011

OLIVEIRA, Robson Rocha de. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1198-1208, dez. 2014.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.571-576, jun. 2012

PAIVA, Christiano J. K. **Câncer de Mama no Hospital de Câncer de Pernambuco: Perfil Sociodemográfico e aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento**. 102fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

SALTMAN, Richard B.; BUSSE, Reinhard. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector. In: SALTMAN, Richard B.; BUSSE, Reinhard; MOSSIALOS, Elias. **European observatory on health care systems: regulating entrepreneurial behavior in european health care systems**. Philadelphia: Open University Press; 2002. p.3-52

SILVA, Rosalva R. **Avaliação da rede de atenção oncológica de alta complexidade no tratamento de mulheres com câncer de mama no estado de Pernambuco**. 194fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, Ligia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2008. p. 183-237.

UNGER-SALDAÑA, Karla. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. **World Journal Of Clinical Oncology**, New York, v. 5, n. 3, p.465-477, 2014.

VILARINS, Geisa C. M.; SHIMIZU, Helena E.; GUTIERREZ, Maria M. U. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. **Saúde em Debate**, Brasília, v. 21, n. 1, p.81-84, 2010.

ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM UM ESTADO DO NORDESTE

Data de aceite: 01/02/2024

Rosalva Raimundo da Silva

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Tereza Maciel Lyra

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO: **Objetivo:** Analisar a estrutura e as características da rede instalada e habilitada de atenção oncológica de alta complexidade no tratamento do câncer de mama do sistema público de saúde brasileiro no estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa. As informações foram obtidas nas unidades de atendimento, a partir da aplicação de questionários baseados

na portaria do Ministério da Saúde, que trata sobre a habilitação dos serviços de oncologia. Utilizou-se também dados do Cadastro de Estabelecimento de Saúde, em 2015 e 2016. **Resultados:** Foram observadas diferenças relevantes entre os hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde. Dos oito hospitais da rede, somente dois possuem todos os serviços exigidos pelo Ministério da Saúde. A falta de recursos humanos e de uma infraestrutura adequada levam ao descontrole da organização de fluxo do atendimento dos pacientes, interferindo na produção hospitalar. **Conclusão:** A rede de alta complexidade no tratamento do câncer de mama não está suficientemente estruturada para promover um tratamento oportuno e integral as pacientes nas unidades credenciadas pelo Sistema Único de Saúde. Há uma necessidade de reavaliar a estrutura da rede de atenção oncológica do estado de Pernambuco, como forma de promover o acesso em tempo oportuno, com atendimento universal, equânime e integral à paciente com câncer de mama, conforme estabelece o Ministério da Saúde. **PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da Mama, Estrutura dos serviços, Serviço Hospitalar de Oncologia, Política de Saúde.

ANALYSIS OF HIGH COMPLEXITY ONCOLOGY SERVICES IN THE TREATMENT OF BREAST CANCER IN A NORTHEASTERN STATE

ABSTRACT: Objective: To analyze the structure and characteristics of the installed and qualified network of highly complex oncological care for the treatment of breast cancer in the Brazilian public health system in the state of Pernambuco. **Methods:** Descriptive study with a quantitative approach. The information was obtained at the service units, through the application of questionnaires based on the Ministry of Health ordinance, which deals with the qualification of oncology services. Data from the Health Establishment Registry was also used in 2015 and 2016. **Results:** Relevant differences were observed between hospitals accredited by the Unified Health System. Of the eight hospitals in the network, only two have all the services required by the Ministry of Health. The lack of human resources and adequate infrastructure leads to lack of control over the organization of patient care flow, interfering with hospital production. **Conclusion:** The highly complex breast cancer treatment network is not sufficiently structured to promote timely and comprehensive treatment for patients in units accredited by the Unified Health System. There is a need to reevaluate the structure of the oncology care network in the state of Pernambuco, as a way of promoting timely access, with universal, equitable and comprehensive care for patients with breast cancer, as established by the Ministry of Health.

KEYWORDS: Breast Neoplasms, Structure of services, Hospital Oncology Service, health services.

ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE ONCOLOGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN UN ESTADO DEL NORESTE

ABSTRACTO: Objetivo: Analizar la estructura y características de la red instalada y calificada de atención oncológica de alta complejidad para el tratamiento del cáncer de mama en el sistema público de salud brasileño en el estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. La información se obtuvo en las unidades de servicio, mediante la aplicación de cuestionarios basados en la ordenanza del Ministerio de Salud, que trata sobre la calificación de los servicios de oncología. También se utilizaron datos del Registro de Establecimientos de Salud en los años 2015 y 2016. **Resultados:** Se observaron diferencias relevantes entre los hospitales acreditados por el Sistema Único de Salud, de los ocho hospitales de la red, solo dos cuentan con todos los servicios requeridos por el Ministerio de Salud. La falta de recursos humanos e infraestructura adecuada conduce a la falta de control sobre la organización del flujo de atención al paciente, interfiriendo con la producción hospitalaria. **Conclusión:** La red de tratamiento del cáncer de mama, de alta complejidad, no está suficientemente estructurada para promover el tratamiento oportuno e integral de los pacientes en unidades acreditadas por el Sistema Único de Salud, siendo necesario reevaluar la estructura de la red de atención oncológica en el estado de Pernambuco, como una forma de promover el acceso oportuno, con atención universal, equitativa e integral a las pacientes con cáncer de mama, tal como lo establece el Ministerio de Salud.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de Mama, Estructura de servicios, Servicio de Oncología Hospitalaria, servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde divulgou que houve um aumento na mortalidade devido ao câncer, em 2012 foi registrado 8,2 milhões de mortes. Em 2017, 8,8 milhões de pessoas morreram de câncer, a maioria em países de baixa renda.

Dentre as neoplasias mais incidentes na população, o câncer de mama é o que mais acomete a população feminina no mundo. Considerado um importante problema de saúde pública por ser a neoplasia mais incidente e uma das principais causas de morte em mulheres no mundo, representando 25% do total de casos em 2012, com aproximadamente 1,67 milhão de casos novos (Instituto Nacional de Câncer, 2014; Internacional Agency for Research on Cancer, 2012). No Brasil é o câncer mais incidente nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Em 2015, matou 15.403 mulheres (Brasil, 2014).

No Brasil, desde a concepção do Sistema Único de Saúde, os serviços foram organizados com base em regiões e redes. Há na literatura, diversos conceitos a respeito de “redes” (Mendes, 2011; Castells, 2000; World Health Organization, 2008). O conceito de Mendes serviu de base para as diretrizes de organização do SUS em redes de cuidados de saúde. Seguindo essa definição, o estado de Pernambuco possui 12 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), distribuídas em quatro macrorregiões de saúde que têm, entre suas funções, a garantia do cuidado integral.

O enfrentamento do câncer de mama está inserido no modelo de atenção para as condições crônicas não transmissíveis, constituindo um importante componente de assistência à saúde, que demanda por serviços de diferentes níveis de complexidade durante um longo período. Os serviços de saúde devem atuar de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, instaurando mecanismos de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada ao paciente com câncer (Brasil, 2013). Cada RRAS deve dispor de estrutura, equipamentos e serviços que garantam o acesso das usuárias em tempo oportuno e que essa responsabilidade seja compartilhada entre os níveis de atenção, de forma a promover a integralidade do cuidado e o acompanhamento contínuo da usuária dentro da rede de atenção à saúde durante todo o tratamento.

A taxa de mortalidade por câncer de mama continua elevada no país muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (Instituto Nacional de Câncer, 2016). Alguns autores afirmam que o expressivo número de pacientes acometidas pelo câncer de mama, pode ser explicado principalmente pela falta de programas de detecção precoce, falta de estrutura adequada na rede para garantir o diagnóstico precoce, pelo pouco conhecimento da população e pelas barreiras culturais que existem (Porter, 2008; Tfayli, 2010). No Brasil, a pesquisa do Tribunal de Contas da União (2011), evidenciou que os pacientes com câncer não dispõem de uma rede suficientemente estruturada para promover diagnóstico precoce e acesso tempestivo aos

pacientes oncológicos no Sistema Único de Saúde.

Para um serviço ser habilitado para tratamento de câncer no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde estabelece critérios para a organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação desses serviços (Brasil, 2014). Estes podem ser Unidades de Alta Complexidade Oncológica (Unacon) e Centro de Alta Complexidade Oncológica (Cacon). Para o bom funcionamento desses estabelecimentos, há uma necessidade de que esses serviços estejam estruturados e atuem dentro de uma rede de cuidados que funcione e garanta a integralidade do cuidado.

Espera-se que este trabalho possa auxiliar os gestores no delineamento de soluções e caminhos que possibilitem auxílio na resolução de aspectos estruturais que possam estar comprometendo a oferta dos serviços de oncologia no estado (eu acho que essa parte poderia vir no final das conclusões). Diante exposto, objetivamos analisar a estrutura e as características da rede instalada e habilitada de atenção oncológica de alta complexidade no tratamento do câncer de mama do sistema público de saúde brasileiro (SUS) no estado de Pernambuco.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise descritiva com abordagem quantitativa da rede de alta complexidade oncológica do Estado de Pernambuco quanto a estrutura disponibilizada ao tratamento do câncer de mama. Pernambuco conta com 9 Unacon e 1 Cacon distribuídos em todas as macrorregiões. Foram incluídos todos os estabelecimentos de saúde habilitados em oncologia em Pernambuco localizados nos municípios de Recife (4 Unacon e 1 Cacon, Garanhuns (1 Unacon), Caruaru (1 Unacon) e Petrolina (1 Unacon), que prestaram atendimentos à mulher com câncer de mama no Sistema Único de Saúde no ano de 2015. A Unacon Hemope não fez parte do estudo por não realizar tratamento de câncer de mama, e a Unacon de Arcoverde, apesar de habilitada em 2015, ainda não havia iniciado tratamento de câncer pelo Sistema Único de Saúde.

A pesquisa foi desenvolvida por meio da coleta de dados primários nos hospitais habilitados em oncologia que realizaram tratamento de câncer de mama. Nesses estabelecimentos foi aplicado um questionário, com questões baseadas na Portaria GM/MS nº 140 de 2014 (BRASIL, 2014). Cujas Contendo perguntas direcionadas a identificar as condições estruturais (serviços obrigatórios), de funcionamento (Produção hospitalar) e de recursos humanos (Profissionais que realizam o tratamento de câncer), que seguem parâmetros indispensáveis para habilitação dos serviços credenciados em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Também foram utilizados dados secundários sobre a estrutura física dos hospitais habilitados em oncologia de Pernambuco disponíveis no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), com a finalidade de complementar as informações do

questionário aplicado nos hospitais.

As variáveis do estudo foram: Estrutura física e organizacional (Urgência 24 horas, Diagnóstico, Oncologia Clínica, Cirurgia oncológica, Prontuário da paciente). Recursos humanos (Cancerologista cirúrgico, Oncologistas clínicos e Mastologistas); Produção (Quantidade de cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia); Produção no tratamento do câncer de mama (Cirurgias oncológicas e quimioterapias).

A análise dos dados foi realizada com base no cálculo de frequências absolutas e relativas. Foram utilizados os programas Word XP e Excel XP para a digitação e criação do banco de dados.

Nosso estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco (CAAE 54533316.3.0000.5190, Parecer PlatBr 1579966).

RESULTADOS

Pernambuco conta com 9 Unacon e 1 Cacon distribuídos em todas as macrorregiões (Tabela 1). Em 2015, 7 Unacon e 1 Cacon realizaram tratamento do câncer de mama. Nenhuma das quatro macrorregiões de saúde disponibilizam serviços suficientes para o tratamento de câncer. De acordo com o critério da população, o Estado conta com um serviço habilitado por 877.812 habitantes, distribuídos de forma desigual entre as macrorregiões de saúde, variando de um serviço para 787.261 habitantes para um serviço para 892.127 habitantes. Para atingir a população recomendada pelo Ministério da Saúde (1 serviço a cada 500mil habitantes), seria necessário habilitar mais 8 serviços.

Macrorregião	Região de Saúde e nº de municípios	População**	Nº de Unacon/Cacon	Um serviço para 500mil/habitantes
Macrorregião 1: Metropolitana	I – 20 Municípios II – 20 Municípios III – 22 Municípios XII – 10 Municípios	5.352.760	4 Unacon: Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC); Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP); Hospital das Clínicas (HC); Hospital Barão de Lucena (HBL); 1 Cacon: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) Todas em Recife	892.127
Macrorregião 2: Agreste	IV – 32 Municípios V – 21 Municípios	1.755.129	2 Unacon: Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (HNSPS), em Garanhuns; e Hospital Regional do Agreste (HRA), em Caruaru.	877.565
Macrorregião 3: Sertão	VI – 13 Municípios X – 12 Municípios XI – 10 Municípios	787.261	1 Unacon: Hospital Memorial Arcoverde* (HMA)	787.261
Macrorregião 4: Vale do São Francisco e Araripe	VII – 7 Municípios VIII – 7 Municípios IX – 11 Municípios	882.967	1 Unacon Hospital Dom Malan (HDM)	882.967

TOTAL	12 -185 municípios	8.778.117	9 Unacon/Cacon	Média 877.812
-------	--------------------	-----------	----------------	---------------

Tabela 1. Distribuição dos Hospitais habilitados em oncologia que realizam tratamento do câncer de mama no estado de Pernambuco, por macrorregião, em 2015.

Elaborado pelos autores, a partir do Plano diretor do Estado de Pernambuco, 2011, CNES, 2017. Portaria SAS/MS n. 140 de 2014.

*Hospital Memorial Arcoverde - Habilitada, mas sem produção para tratamento do câncer de mama em 2015.

A coleta de dados primários permitiu identificar que, dos 8 hospitais analisados, apenas 2 possuem todos os requisitos estabelecidos pela Portaria nº 140 de 2014, vigente na época do estudo.

O principal problema identificado na rede de alta complexidade em oncologia no estado de Pernambuco é devido ao número insuficiente de serviços habilitados que disponibilizam o diagnóstico definitivo da neoplasia. Duas Unacon localizadas no interior do estado não possuem serviço de diagnóstico e não têm referência formal para a paciente realizar o procedimento, nessas condições a paciente procura serviços na capital ou custeia esse procedimento do próprio orçamento.

O número de profissionais especializados em câncer e mastologistas varia de acordo o hospital e a localidade. Há poucos médicos cancerologistas nas Unacon do interior. A Unacon de Garanhuns possui um mastologista, que não atende as usuárias em sua estrutura, apenas em seu consultório particular. A Unacon de Caruaru não possui mastologistas/ginecologista.

Quanto aos serviços obrigatórios, duas Unacon não ofertam a quimioterapia dentro de sua estrutura física, o serviço de oncologia clínica é realizado por serviços contratados que prestam serviços ao SUS. Nessas condições, as usuárias não têm a Unacon como porta de entrada.

Na maioria das Unidades de Alta Complexidade, as pacientes não tiveram tratamento integral, devido às deficiências apresentadas na oferta de serviços mais simples como exames de imagem e diagnóstico, serviços mais complexos, como a cirurgia oncológica da mama. Três Unacon não possuem serviço de urgência 24 horas para os pacientes oncológicos. Assim, caso a paciente tenha alguma intercorrência, a orientação é procurar outro serviço de emergência disponível no SUS.

Apenas o HCP, IMIP e HBL, em Recife, as pacientes possuem prontuário único, com a maioria das informações clínicas e exames complementares. As pacientes do HC possuem prontuário único, porém incompletos, faltando cópia de exames e informações clínicas importante para compreensão da trajetória da paciente no serviço. No HRA, HDM, HNSPS e HUOC as pacientes não possuem prontuário único.

Cirurgia

Na rede SUS em Pernambuco, foram realizadas 10.835 cirurgias oncológicas nos serviços habilitados como Unacon/Cacon no ano de 2015, o que corresponde a 70,1% da estimativa de casos novos para o mesmo ano. Das 10.835 cirurgias, 1.113 foram para tratamento do câncer de mama, o que equivale a 10,27% de todas as cirurgias para tratamento de câncer no estado (Tabela 2).

Observaram-se diferenças entre os serviços de cirurgias de câncer apresentadas pelas Unacon/Cacon. Dos 8 estabelecimentos habilitados, 5 (62,5%) não conseguiram cumprir com a produção mínima de cirurgias oncológicas exigidas pela portaria. Em 2015, 97,7% das cirurgias oncológicas realizadas pelas Unacon/Cacon foram feitas na capital, Recife. A maior parte desses procedimentos foram realizados pelo IMIP, HUOC e HCP, que juntos realizaram 91,66% das cirurgias oncológicas. O maior percentual dessa produção foi da Unacon HCP, com 62,22% (Tabela 2).

Com relação as cirurgias oncológicas para o tratamento do câncer de mama, os hospitais da capital realizaram 94,1% das cirurgias no ano de 2015. O HCP e o IMIP foram responsáveis pelos maiores percentuais de cirurgias, com 41,3% e 24,3% respectivamente. Uma Unacon, não realizou nenhuma cirurgia de mama (Tabela 2).

Cirurgia oncológicas			
Unacon/Cacon	N	(%)	Parâmetro (650 cirurgias/ ano) *
Unacon HNPS	2	0,02	0,3%
Unacon HRA	125	1,15	19,2%
Unacon HBL	338	3,12	52%
Unacon HUOC	1.118	10,32	172%
Cacon IMIP	2.072	19,12	318,8%
Unacon HCP	6.741	62,22	1.037%
Unacon HDM	123	1,13	18,9%
Unacon HC	316	2,92	48,6%
TOTAL	10.835	100%	-
Cirurgias de mama			
	N	(%)	Não se aplica**
Unacon HNPS	0	0,0	-
Unacon HRA	10	0,9	-
Unacon HBL	159	14,3	-
Unacon HUOC	142	12,8	-
Cacon IMIP	270	24,3	-
Unacon HCP	460	41,3	-
Unacon HDM	56	5,0	-

Unacon HC	16	1,4	-
TOTAL	1113	100%	-

Tabela 2. Tratamento do câncer, número de cirurgias oncológicas e cirurgias oncológicas da mama, nas Unacon/Cacon, em Pernambuco, 2015

Elaborado pelos autores, baseado na produção dos hospitais que fizeram parte do estudo.

* Portaria 140/2014.

**Não há parâmetro apenas para neoplasia do câncer de mama, a análise permitiu identificar o quantitativos de mulheres que realizaram cirurgias nos serviços habilitados.

Quimioterapia

Em Pernambuco foram realizados 133.021 procedimentos de quimioterapia no ano de 2015 pelos oito hospitais que fizeram parte do estudo. Nos cinco hospitais da capital ficaram concentrados 75,16% dos procedimentos de quimioterapia, sendo o IMIP e o HCP com mais da metade da produção estadual, 21,12% e 29,04% respectivamente. Dois hospitais não conseguiram alcançar a produção mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, o HBL e o HNSPS (Tabela 3). A média de quimioterapia foi de 16.628 procedimentos, sendo que a menor produção apresentada foi de 2.707 e a maior foi de 38.634.

A produção de quimioterapia para o tratamento do câncer de mama em 2015, correspondeu a 46,62% do total de quimioterapias realizadas nas Unacon/Cacon do estudo. Foram feitas 62.011 quimioterapias, com uma concentração de 80,37% na capital. O HCP e o IMIP, foram responsáveis por mais da metade da produção, juntos realizaram 60,89% das quimioterapias (Tabela 3).

Sessões de quimioterapia realizadas na Unacon/Cacon			
Unacon/Cacon	Sessões QT	(%)	Parâmetro (5.300 QT/ano)*
Unacon HNSPS	2.707	2,03%	51,1%
Unacon HRA	13.984	10,51%	263,8%
Unacon HBL	4.304	3,24%	81,2%
Unacon HUOC	20.319	15,28%	383,4%
Cacon IMIP	28.095	21,12%	530,1%
Unacon HCP	38.634	29,04%	728,9%
Unacon HDM	16.364	12,30%	308,8%
Unacon HC	8.614	6,48%	162,5%
TOTAL	133.021	100%	-
Sessões de quimioterapia realizadas no tratamento do câncer de mama na Unacon/Cacon			
Unacon/Cacon	Sessões QT mama	(%)	Não se aplica**
Unacon HNSPS	1.233	1,99%	-
Unacon HRA	5.269	8,50%	-

Unacon HBL	3.004	4,84%	-
Unacon HUOC	7.069	11,40%	-
Cacon IMIP	11.278	18,19%	-
Unacon HCP	26.481	42,70%	-
Unacon HDM	5.667	9,14%	-
Unacon HC	2.010	3,24%	-
TOTAL	62.011	100%	-

Tabela 3. Sessões de Quimioterapia (QT) realizadas pela Unacon/Cacon, e sessões de QT no tratamento do câncer de mama, em Pernambuco, 2015

Elaborado pelos autores, baseado na produção dos hospitais que fizeram parte do estudo.

* Portaria 140/2014.

**Não há parâmetro apenas para neoplasia do câncer de mama, a análise permitiu identificar o quantitativos de mulheres que realizaram cirurgias nos serviços habilitados.

Radioterapia

Em 2015 Pernambuco contou com apenas oito equipamentos de radioterapia distribuídos em 5 estabelecimentos de saúde, três privados que prestam serviços ao SUS e dois hospitais com habilitação em oncologia, o Cacon IMIP e a Unacon HCP. Apesar do HRA possuir habilitação em Unacon com serviço de radioterapia, este não possui o serviço em sua estrutura física, os pacientes desta unidade que necessitam fazer radioterapia no serviço contratualizado pela Unacon, o Hospital Santa Águeda, realizam o procedimento em outro serviço. Há ainda a questão dos aparelhos do IMIP e HCP terem uma capacidade máxima de peso (até 90 kg no HCP e até 110kg no IMIP). Acima desses pesos os hospitais encaminham as pacientes, sendo os estabelecimentos privados os que prestam serviço de radioterapia no Sistema Único de Saúde.

A produção dos estabelecimentos habilitados em oncologia com serviço de Radioterapia foi de 275.695 campos de radioterapias. O HCP foi o que teve a maior concentração de radioterapias, com 41,5% (Tabela 4). Ressaltando que a radioterapia do HRA é realizada por serviço privado que disponibiliza mensalmente os dados à Unacon. Esse número (275.695) não corresponde a toda produção de Radioterapia do estado de Pernambuco, pois além das Unacon e Cacon com serviço de Radioterapia, há ainda a produção dos serviços isolados, que prestam serviços ao SUS e não fizeram parte deste estudo.

Campos de Radioterapia*			
Unacon/Cacon	RT Realizadas**	%	Parâmetro (43.000 campos de RT)***
Unacon HRA	81.060	29,4%	188,5%
Unacon HCP	114.354	41,5%	265,93%
Cacon IMIP	80.281	29,1%	186,7%
Total	275.695	100%	-

Tabela 4. Produção em campos de Radioterapia (RT) dos serviços Unacon/Cacon, em Pernambuco, 2015.*

Elaborado pelos autores, baseado na produção dos hospitais que fizeram parte do estudo.

*O total de radioterapia diz respeito a produção apenas dos estabelecimentos com habilitação em Unacon/Cacon.

**Não houve acesso ao quantitativo destinado apenas ao tratamento do câncer de mama.

*** Portaria 140/2014.

DISCUSSÃO

As análises desenvolvidas a partir dos questionários sobre a estrutura hospitalar evidenciaram que a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para possibilitar as pacientes com câncer de mama tratamento integral da neoplasia em todas as Unidades de Alta complexidade oncológica. As pacientes que fizeram tratamento do câncer de mama nos serviços habilitados no interior do estado não tiveram tratamento integral, o tratamento foi realizado em mais de um estabelecimento, devido às inconformidades com a Portaria nº 140 de 2014 (Brasil, 2014). O número de serviços habilitados é insuficiente, seguindo o critério de 1 serviço habilitado a cada 900 casos novos de câncer ou 1 serviço para cada 500 mil habitantes, o estado necessitaria habilitar mais 8 serviços. Em relação às obrigatoriedades mínimas, 62,5% dos hospitais não estão em conformidades com os critérios exigidos pelo Ministério da Saúde. Há uma grande concentração de procedimentos de quimioterapia concentrados na capital Recife, causando uma superlotação desse procedimento, enquanto os hospitais do interior com habilitação, apresentaram produção inferior a esperada. Em relação à produção mínima, apenas 62,5% dos hospitais não conseguiram apresentar a meta de cirurgias de câncer, 25% quanto à quimioterapia, com relação a radioterapia, todos os serviços alcançaram a meta.

A realização do diagnóstico é a principal precariedade da rede. A alta complexidade, sozinha não conseguem atender a demanda de pacientes com câncer no estado. Proporcionar o diagnóstico e tratamento precoces seriam as principais estratégias para minimizar qualquer atraso que possa ocorrer na trajetória das pacientes, pois esse atraso é associado a menor sobrevida e ao maior avanço da doença (Barros; Uemura; Macedo, 2012). Há um déficit de serviços que realizam exames de biópsia, a partir da Punção

aspirativa de mama por agulha fina (PAAF) e Punção de mama por agulha grossa (PAG) em tempo oportuno. No Brasil, 39% dos casos de câncer de mama chegaram a Unacon e Cacon sem diagnóstico, o que pode indicar a insuficiência na estruturação das redes (Instituto Nacional Do Câncer, 2015). Para agilizar o acesso à atenção oncológica, algumas mulheres com câncer de mama e pacientes oncológicos custeiam consultas, exames e tratamentos (Rêgo; Nery, 2013).

Embora a confirmação da neoplasia seja uma das responsabilidades das unidades de alta complexidade. Os Serviços de Referências de Diagnóstico de Câncer de Mama, quando existentes na Rede de Atenção à Saúde, devem oferecer apoio matricial aos serviços de atenção básica como referência para serviço de atenção ambulatorial especializada, além de poderem agilizar o atendimento das usuárias em Unacon e Cacon (Gonçalves, 2014). Os procedimentos para confirmação diagnóstica são caracterizados como atenção de média complexidade e, preferencialmente, em uma mesma unidade de saúde, de forma a facilitar o acesso e a adesão da mulher ao atendimento (Instituto Nacional do Câncer, 2015).

O câncer de mama já representa ser uma das mais elevadas morbimortalidade entre as mulheres de maneira crescente, o que sugere a necessidade de reorganização constante da assistência oncológica para o controle da neoplasia maligna de mama (Rêgo; Nery, 2013). Os dados de produção dos hospitais confirmam que a neoplasia de mama é um dos cânceres mais frequentes no estado de Pernambuco. O HCP e o IMIP são as grandes referências do estado no tratamento dessa neoplasia, estes possuem a maior quantidade de profissionais habilitados em oncologia. No entanto, verificou-se que há Unacon no interior com déficit de profissionais mastologistas e cancerologistas, fatores que contribuem para o descontrole no acesso aos serviços. As dificuldades no acesso às consultas e à mamografia ocorrem devido à baixa disponibilidade na oferta destes serviços (Gonçalves, 2014). Ao ser habilitado, o hospital precisa continuar garantindo a oferta de exames, recursos humanos, procedimentos e equipamentos mínimos para que a pacientes tenha o tratamento integral em todas as Unacon/Cacon

As desigualdades na produção dos hospitais por falta de estrutura física ou recursos humanos contribuem para a fragmentação na estrutura de rede assistencial. Os hospitais podem atrair a demanda de outras regiões e até outros estados na federação, provavelmente esquivando os mecanismos de transferência formal. Há uma necessidade de o estado tratar o câncer de mama utilizando mecanismos regulatórios, para que a mulher possa ser acompanhada em todos os níveis de complexidade durante o tratamento (Madi; Cerri, 2017). A desorganização no fluxo de pacientes, indicam falhas no sistema de regulação assistencial, proporcionando às pacientes a buscarem atendimentos nos serviços que garantem a integralidade do tratamento, mesmo quando isto implica sair de sua residência, viajando centenas de quilômetros para ficar na capital durante todo processo. A desestruturação da rede de assistência insuficiente e concentrada, promove a sobrecarga

dos centros especializados e favorece situações indesejáveis como a seleção adversa em favor dos casos de melhor prognóstico (Paiva, 2013). Além disso, sem a regulação estruturada, o paciente tem o papel de bater de porta em porta, até conseguir atendimento (Ramalho, 2010). Um sistema de regulação adequado poderia promover a equidade, a acessibilidade e a integralidade, permitindo um melhor planejamento na demanda e uso de serviços a partir da estrutura da rede instalada (Vilarins; Shimizu; Gutierrez, 2012).

As carências estruturais na rede de saúde podem ter um impacto significativo na prestação de assistência e funcionar como barreiras substanciais para o acesso aos serviços de saúde. Como é o caso da radioterapia, Pernambuco, é o quinto estado com maior número de hospitais habilitados em câncer, mas ainda não possui equipamentos de radioterapia suficientes para cobrir em tempo oportuno o número de pacientes com câncer que necessitam desse procedimento, levando-se em consideração, que a oferta desse tratamento está concentrada em apenas duas cidades, com referências para os pacientes dos 185 municípios pernambucanos. O acesso à radioterapia é desigual em diferentes regiões do estado de Pernambuco, pacientes das áreas mais remotas ou economicamente desfavorecidas podem enfrentar dificuldades em obter tratamento de radioterapia devido à falta de instalações e recursos adequados.

Os resultados deste estudo foram oriundos do produto de dissertação de mestrado, que ao trazer informações da rede de alta complexidade oncológica, infere-se que possam ajudar no direcionamento coordenado do sistema de saúde, governo, profissionais de saúde e população para melhorar o acesso, investir em infraestrutura e garantir que os pacientes recebam tratamento oportuno e de alta qualidade.

A avaliação da rede de oncologia de alta complexidade foi avaliada com o intuito de fornecer informações para melhoria da qualidade dos serviços prestados as pacientes com câncer de mama no estado de Pernambuco. Para isso, a rede instalada foi avaliada a partir dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para os serviços com habilitação em serviços de oncologia. A rede instalada possui estrutura e tamanho insuficientes para atender à demanda de novos casos de câncer no estado, o que dificulta o acesso oportuno das pacientes com câncer de mama, para algumas usuárias ter atendimento integral, tiveram que se deslocar centenas de quilômetros para a capital em busca de procedimentos que deveriam ser ofertados pelas Unacon próximas às suas residências.

O Estado deve adotar ferramentas eficazes para assegurar o atendimento integral às pacientes em todos os serviços de saúde, aprimorando a avaliação contínua dos hospitais habilitados. Isso é crucial para garantir que tanto a infraestrutura quanto os serviços essenciais sejam consistentemente cumpridos. Além disso, é imperativo investir em ferramentas gerenciais que facilitem a organização do fluxo de pacientes por meio de um sistema de regulação eficiente. Essa abordagem visa prevenir a superlotação em determinados serviços, ao mesmo tempo em que evita a evasão de pacientes de outras localidades, muitas vezes motivada pela migração de residentes de cidades do interior.

Esses pacientes, em busca de atendimento integral, acabam por se deslocar para a capital, abandonando tratamentos mais próximos de suas residências.

Apesar da Portaria nº 140 de 2014 que foi parâmetro para o estudo estar revogada, a Portaria nº 1.399 de 2019 manteve o quantitativo dos parâmetros de produção mínima. Em 2023, foi publicada a Portaria SAES nº 688 que altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia, os critérios e parâmetros de que trata a seção III passaram a ser referenciais, devendo ser observadas as necessidades regionais e o planejamento regional integrado (PRI), de forma a viabilizar a organização e o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde.

Apesar do tempo dos dados deste estudo, os dados são relevantes para fins de planejamento regional e apontam a necessidade de monitoramento e avaliação dos serviços habilitados pelos Ministério da Saúde, conforme diretrizes para a contratualização Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013), e a Portaria SAES/MS Nº 688, de 28 de agosto de 2023 (BRASIL, 2023) Infere-se que a estrutura da rede de oncologia será fortalecida a partir da Lei 14.758/23, ao estabelecer a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer como prioridades do SUS (BRASIL, 2023). Com metas de redução da incidência, acesso integral e melhoria de vida dos pacientes, a legislação é crucial diante das estimativas de casos novos para o país. OS dados deste estudo ressaltam a necessidade de fortalecer a estrutura das Unacon e proporcionar melhores condições de prevenção e agilizar o diagnóstico na atenção secundária.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.F.; UEMURA, G.; MACEDO, J.L.S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Revista Femina**. Rio de Janeiro, v. 40. p. 31-36. 2012.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Relator Ministro José Jorge. Brasília: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.42, 28 fev 2014b. Sessão 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Número de óbitos por neoplasia maligna de mama no Brasil. In: **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>> Acesso em 11 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 maio 2013a. Seção 1, p.129-132.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de agosto 2023. Sessão 1, p.90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de janeiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de dezembro 2023. Sessão 1, p.1.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GONÇALVES, L. L. C. et al.. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Aracaju, p.394-400, 2014.

INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Breast Cancer: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>>. Acesso em: 12 jan. 2015

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro, 2014a. 46 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2016**. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/index.asp>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Monitoramento das ações de controle de controle do câncer de mama: Linha de cuidado e rede de Atenção ao câncer de mama. **Boletim**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 3, set./dez. 2015.

MADI, Marisa Riscalla; CERRI, Giovanni Guido. Cancer care network: Structure analysis of enabled services. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 63, n. 10, p.890-898, out. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. 549 p.

PAIVA, C. J. K. de. **Câncer de Mama no Hospital de Câncer de Pernambuco: Perfil Sociodemográfico e aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

PORTER, P. "Westernizing" Women's Risks? Breast Cancer in Lower-Income Countries. **New England Journal Of Medicine**, Boston, v. 358, n. 3, p.213-216, 17 jan. 2008.

RAMALHO, A. Regular para garantir acesso: Uma complexa rede de regulação da assistência contribui para a equidade e o acesso democrático no Sistema Único de Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Revista Rede Câncer**, Rio de Janeiro, n. 10. p. 38, 2010.

RÊGO, I. K. P.; NERY, I. S. Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama assistidas em um Hospital de Oncologia. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 379-390, 2013.

TFAYLI, A. et al. Breast Cancer in Low- and Middle-Income Countries: An Emerging and Challenging Epidemic. **Journal of Oncology**, Egypt, v. 2010, p.1-5, 2010.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.640-647, dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated health services: what and why?** Technical Brief nº 1. Geneve: WHO, 2008.

GARANTINDO A EXCELÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE: QUALIDADE, AUDITORIA E SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de submissão: 19/01/2024

Data de aceite: 01/02/2024

Simone Souza de Freitas

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil.
<https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Kamilla da Costa Correia

Enfermeira pela Universidade Maurício de Nassau Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2867460391323996>

Deisy Conceição Monteiro Lins

Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Alpha. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2372868685894400>

Marcos David dos Santos Araújo

Especialista em Ensino na área Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem /ENSP-FIOCRUZ. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3569003048114684>

Raquel de Almeida da Silva

Mestranda em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco UFPE. Recife, PE, Brasil.

Ana Maria Soares da Silva

Especialista em saúde Pública pela Universidade Estadual de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil.

Carla Fernanda Emídio de Barros

Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFPE/EBSERH.
<http://lattes.cnpq.br/4337669372803917>

Alexsandra Maria Bezerra

Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFPE/EBSERH.

Jussara de Lucena Alves

Enfermeira do Hospital das Clínicas da UFPE/EBSERH.
<http://lattes.cnpq.br/6101673993973356>

Flavia Rejane de Souza

Hospital das Clínicas da UFPE/EBSERH.

Larisse Calou Pinheiro de Melo

Hospital das Clínicas da UFPE/EBSERH.

Nara Silva Prado

Mestre em Ciências farmacêuticas pela Universidade Vila Velha, UVV, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9456363947859604>

Pâmela Adelina da Silva Damasceno

Mestranda em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco UFPE. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7816258240818271>

Loyane Figueiredo Cavalcanti Lima

Mestre em Ciências e Saúde em Tecnologia UEPB. João Pessoa, PB, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9926401935831035>

Caline Sousa Braga Ferraz

Enfermeira pela Faculdade de enfermagem Nossa Senhora das Graças-FENSG Recife,
PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/6492784025206676>

RESUMO: Objetivo: Analisar com base na literatura a inter-relação entre qualidade, auditoria e segurança do paciente no contexto dos cuidados de saúde **Método:** Revisão integrativa de literatura, realizada no mês de dezembro de 2023, nas bases de dados PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS, BDEnf e SciELO. Os 05 estudos selecionados foram organizados e analisados com auxílio do *Microsoft Excel®*. **Resultados:** Os resultados evidenciam que os erros, falhas e eventos adversos ocorridos em pacientes internados em unidades hospitalares podem ter consequências severas, chegando até mesmo a resultar em óbito. **Conclusão:** Este estudo reforça a necessidade contínua de investimentos em protocolos de segurança, treinamentos e aprimoramentos, consolidando a visão de que a excelência nos cuidados de saúde é um compromisso dinâmico e ininterrupto.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente, Administração em Saúde, Gestão da Qualidade em Saúde.

ENSURING EXCELLENCE IN HEALTHCARE: QUALITY, AUDITING, AND PATIENT SAFETY

ABSTRACT: Objective: To analyze, based on the literature, the interrelation between quality, auditing, and patient safety in the context of healthcare. **Method:** Integrative literature review conducted in December 2023, using the PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS, BDEnf, and SciELO databases. The five selected studies were organized and analyzed using Microsoft Excel®. **Results:** The results highlight that errors, failures, and adverse events occurring in patients admitted to hospital units can have severe consequences, even leading to death. **Conclusion:** This study reinforces the ongoing need for investments in safety protocols, training, and improvements, solidifying the view that excellence in healthcare is a dynamic and uninterrupted commitment.

KEYWORDS: Patient Safety, Health Administration, Healthcare Quality Management.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a necessidade de cultivar a cultura da Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde tem ganhado destaque, especialmente nos processos educacionais promovidos pelos serviços de saúde¹. A busca pela excelência nos cuidados de saúde tornou-se uma exigência constante na contemporaneidade, destacando a importância dos pilares fundamentais que são a qualidade, auditoria e segurança do

paciente².

Diante do dinâmico cenário da assistência em saúde, torna-se essencial adotar abordagens abrangentes e estratégias inovadoras para garantir a manutenção dos mais elevados padrões³. Este compromisso visa não apenas aprimorar a eficácia clínica, mas também fortalecer a segurança e a satisfação do paciente⁴. Com o intuito de priorizar a segurança do paciente e reduzir riscos e agravos, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 529 em 1º de abril de 2013⁵. Esta medida busca qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, transformando a abordagem tecnicista de segurança em uma prática cultural⁶. A promoção da cultura de segurança torna-se, assim, uma peça-chave para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde⁷.

Nesse cenário, a qualidade nos cuidados de saúde está intrinsecamente ligada à eficiência, eficácia e equidade na prestação de serviços⁸. Manter padrões elevados não apenas beneficia os resultados clínicos, mas também contribui para uma experiência mais positiva por parte dos pacientes⁹. Nesse contexto, a implementação de práticas baseadas em evidências, a constante atualização dos profissionais de saúde e a adoção de tecnologias inovadoras são elementos fundamentais para alcançar e manter a excelência na qualidade dos cuidados de saúde¹⁰. Ao integrar essas práticas de maneira cultural, a segurança do paciente é fortalecida como uma prioridade essencial no ambiente de assistência¹¹.

Nesse contexto, a introdução de ferramentas de gestão, fundamentadas em análises, planejamento, controle e avaliação contínua, proporciona aos administradores de saúde uma visão mais abrangente e amplia as possibilidades para a correção de rumos em uma gestão mais científica^{1,2}. O estabelecimento de critérios de controle nos processos operacionais, alinhado às diretrizes estratégicas da instituição, assegura a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, gerando impacto positivo nos custos e na lucratividade⁴. Concomitantemente, surgiram as creditações em saúde como um desenvolvimento gradativo^{6,7}.

Por outro lado, a auditoria emerge como profissão que começou a se desenvolver com o propósito de ser uma ferramenta de análise e avaliação para atender às grandes empresas que surgiram naquela época². Inicialmente, a auditoria possuía um caráter estritamente contábil⁸. Atualmente, a auditoria em saúde desfruta de uma posição estratégica nas instituições de saúde e nos planos de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento, a segurança do paciente e a eficiência dos processos assistenciais^{9,10}. Seu objetivo é fornecer uma visão imparcial e confiável para garantir a integridade, transparência e responsabilidade na administração de recursos, tanto no setor público quanto no privado^{2,11}. A avaliação sistemática e imparcial dos serviços prestados não apenas reforça a responsabilidade institucional, mas também contribui para a otimização dos recursos, fortalecendo a gestão eficiente e eficaz dos serviços de saúde^{3,4}. Essas práticas, quando integradas de maneira sinérgica, promovem uma cultura de segurança e excelência que beneficia tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes atendidos¹.

No que tange à segurança do paciente, tornou-se importante adotar uma abordagem proativa para prevenir eventos adversos e promover um ambiente seguro^{5,6}. A cultura de segurança, que enfatiza a aprendizagem contínua, a comunicação aberta e a responsabilidade coletiva, é essencial para mitigar riscos e aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde^{9,10}. Estratégias como a identificação precoce de potenciais ameaças à segurança, a padronização de protocolos e a promoção de uma cultura de relato são elementos-chave para garantir a integridade e a segurança dos pacientes^{1,2}.

Portanto, a interseção entre qualidade, auditoria e segurança do paciente é vital para sustentar a excelência nos cuidados de saúde². À medida que a busca pela melhoria contínua ganha destaque, a sinergia entre esses elementos torna-se uma estratégia imperativa, garantindo que cada paciente receba cuidados de alta qualidade, seguros e alinhados às melhores práticas da área da saúde^{9,10}. Essa abordagem holística não apenas fortalece a confiança no sistema de saúde, mas também promove a inovação e a evolução constante na entrega de serviços cada vez mais excepcionais². Dessa forma, este estudo objetivou analisar com base na literatura a inter-relação entre qualidade, auditoria e segurança do paciente no contexto dos cuidados de saúde, visando compreender como esses elementos contribuem para a excelência na prestação de serviços e para a promoção de práticas assistenciais seguras e eficazes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cujo método permite a síntese de estudos já publicados, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas, resultando em uma análise ampliada e visualização de lacunas existentes². O delineamento do estudo se deu por meio das recomendações do check list do PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies e da elaboração de um protocolo, validado por parecerista expert, constituído de seis etapas metodológicas¹.

Na primeira etapa, delimitou-se a questão para a revisão: Como base nas evidências disponíveis na literatura, como a integração de práticas voltadas para a qualidade, auditoria e segurança do paciente contribui para garantir a excelência nos cuidados de saúde, considerando as interseções desses pilares, suas influências na eficácia clínica e na satisfação do paciente? Na segunda etapa foi realizada a busca na literatura e a seleção dos estudos. Utilizaram-se como filtros idiomas português, inglês e espanhol; no recorte temporal de 2019 a 2023.

Foram incluídos resultados de pesquisas, relatos de experiência, estudos de reflexão, revisões e relatórios de gestão, teses, dissertações. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, publicações duplicadas, dossiês, documentos oficiais, boletins epidemiológicos, livros e artigos que não atendessem o escopo desta revisão.

Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases bibliográficas eletrônicas no mês de dezembro de 2023, sendo elas: PubMed) Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Foram selecionadas palavras-chave sendo eles: Segurança do Paciente, Administração em Saúde, Gestão da Qualidade em Saúde; e seus respectivos termos em inglês e espanhol. Identificaram-se 3.890 estudos nas seis bases de dados pesquisadas.

Na terceira etapa os estudos identificados foram pré- -selecionados por meio da leitura de título, resumo, palavras-chave, excluindo-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 45 artigos. Estes foram lidos na íntegra, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo 30 estudos (Figura 1).

Na quarta etapa, os estudos selecionados foram organizados no Microsoft Excel® com os seguintes itens: base de dados, periódico, ano, autor, título, objetivo, método, atividades realizadas. A quinta etapa consistiu na análise e interpretação dos resultados e discussão, destacando-se dos trabalhos as atividades realizadas pela vigilância do óbito infantil para a prevenção do óbito infantil. Na última etapa, organizou-se a revisão e síntese do conhecimento produzido acerca das atividades realizadas pelos comitês para a prevenção do óbito infantil.

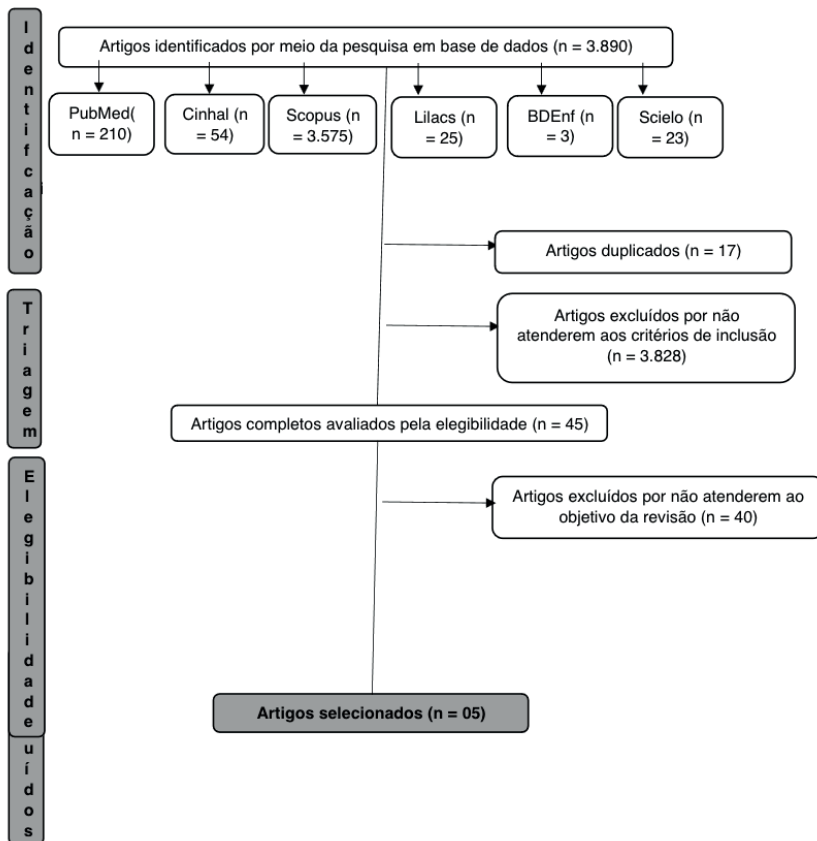


Figura 1 – Fluxograma de coleta e seleção dos estudos, Recife-PE, Brasil, 2024.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020/2023.

RESULTADOS

No que se concerne ao processo de busca nas plataformas utilizadas, foram encontrados o total de 3.890 achados, sendo que 17 estudos estavam duplicados em mais de uma plataforma o que levou a exclusão desses restando 3.828. Posteriormente, ao se iniciar o processo de triagem com base nos títulos e resumos, 45 foram eleitos para uma avaliação mais minuciosa do seu conteúdo em sua íntegra.

Os resultados obtidos nas bases passaram por dois examinadores independentes para seleção e triagem dos estudos. Na primeira fase foi realizada a leitura de títulos e resumos. Os estudos que contemplam os critérios de inclusão foram analisados com leitura integral. Ao final, os estudos incluídos passaram por análise minuciosa de seus escritos. Após avaliação criteriosa dos artigos, a amostra de revisão integrativa foi composta por cinco manuscritos, os quais foram analisados e caracterizados no quadro 1.

Autor	Título	Objetivos	Atividades
Nacional			
Oliveira Júnior, 2020.	Auditoria médica e custos assistenciais em uma cooperativa médica: um estudo sob a perspectiva de médicos auditores.	Investigar como ocorre a atuação da auditoria médica no tocante aos custos assistenciais, na perspectiva dos médicos auditores.	A pesquisa revelou uma percepção específica das atividades dos auditores, focada em seguir normas e regulamentos para prevenir excessos de custos assistenciais.
LFF Dalmazzo, et al., 2023	O impacto positivo da interação entre e a gestão integrada da qualidade e os setores da regional nordeste	Demonstrar a importância da interação entre a gestão integrada da qualidade e de todas as atividades realizadas pela equipe, para garantir cada vez mais a disseminando, ao da melhoria contínua ~ dos processos.	Evidenciou-se que, por meio das interações promovidas pela gestão integrada da qualidade, o número de notificações de ocorrências aumentou em 278% entre as unidades no ano de 2022.
Araújo, LGP et al., 2023	Gestão da qualidade hospitalar: um estudo de caso sobre os resultados da implementação da gestão da qualidade em um hospital no Distrito Federal	Analisar os resultados alcançados com a implementação da gestão da qualidade no hospital em Brasília-DF.	As principais contribuições desta é o incentivo aos hospitais a buscarem a certificação com objetivo de ofertar o melhor ao seu paciente e não apenas vender uma boa imagem institucional.
Lobato RMC et al., 2023	Alinhando Qualidade e Segurança: estratégias de excelência na gestão de prontuários	Discorrer sobre como a auditoria analítica de prontuários pode otimizar o atendimento oferecido pelos convênios de saúde.	A formação contínua de cooperados e colaboradores é enfatizada para reduzir perdas e fortalecer a identidade cooperativista.
Ceretta; Kinalski; Callegaro, 2023).	Impacto dos registros de enfermagem no processo de auditoria.	Avaliar a importância dos registros de enfermagem de uma operadora de saúde na perspectiva financeira.	A busca pela conformidade entre qualidade do atendimento e custos revelou desafios e oportunidades de aprimoramento.

Quadro 1: Síntese dos artigos incluídos na revisão, com enfoque na metodologia.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que os erros, falhas e eventos adversos ocorridos em pacientes internados em unidades hospitalares podem ter consequências severas, chegando até mesmo a resultar em óbito. Isso ressalta a compreensão de que tais incidentes estão relacionados a processos humanos, tecnológicos e materiais, o que impossibilita uma garantia total de segurança no ambiente hospitalar.

A pesquisa destaca que a qualidade exerce impacto direto na eficácia clínica, proporcionando resultados superiores para os pacientes. Além disso, demonstra que a integração eficaz de práticas baseadas em evidências e a adoção de tecnologias inovadoras

reduzem os riscos de eventos adversos na assistência ao paciente. Quanto à auditoria, identificou-se discrepâncias entre o registro no prontuário e as práticas efetivamente realizadas, contribuindo para a prevenção de erros e desvios na assistência.

Conforme observado por Guedes Júnior (2021), a conformidade dos prontuários médicos com os procedimentos realizados desempenha um papel crucial na garantia da qualidade e integridade das informações clínicas. Foi observado que a incorporação da qualidade em saúde e da segurança do paciente às práticas assistenciais os serviços de saúde exigem o desenvolvimento de protocolos e estratégias de monitoramento de desempenho que, respectivamente, possam nortear e auxiliar o processo de tomada de decisões, a fim de minimizar os riscos e evitar os eventos adversos.

Assim, ressalta-se que os conceitos de segurança do paciente incluem trabalhar na busca de ações, ferramentas, metodologias, soluções e estratégias que visam identificar, tornar visível, prevenir, reduzir ou mitigar riscos, e então, atenuar ou eliminar a ocorrência de eventos adversos e tornar cuidado seguro. As principais ações dos profissionais de saúde para prevenção de eventos adversos em hospitais estão associadas, em especial, à prevenção de infecções, quedas, erros na administração de medicações e na manipulação de dispositivos.

Ademais, compreende-se que os enfermeiros intensivistas são essenciais para a melhoria da segurança do paciente e desempenham um papel fundamental na promoção da qualidade da prestação do serviço de saúde, uma vez que os eventos adversos são frequentes nestas unidades e têm consequências graves. Além disso, há o reconhecimento da importância da auditoria como ferramenta de avaliação e do desenvolvimento da cultura de segurança como foco estratégico para a melhoria da assistência e da qualidade em saúde, principalmente em ambientes de alta complexidade. A implementação da cultura de segurança entre os profissionais é um avanço significativo. A avaliação por meio de auditoria torna-se crucial para apoiar a busca contínua por melhorias na assistência.

Destaca-se a importância de aprimoramentos e treinamentos contínuos para as equipes hospitalares, visando a implementação de medidas simples e efetivas na prevenção e redução dos riscos associados aos cuidados de saúde. Essas ações não apenas fortalecem a cultura de segurança na unidade, mas também contribuem para um ambiente mais seguro e eficiente para os pacientes. Reconhecemos que a auditoria e a atuação dos profissionais de saúde na gestão da qualidade são fundamentais para a segurança do paciente. Dada a proximidade constante desses profissionais com os pacientes, é crucial que estejam atentos a questões que possam desencadear eventos adversos, sendo, assim, os principais responsáveis por sua prevenção. Destaca-se, nesse cenário, a importância do desenvolvimento de protocolos de segurança e do investimento em medidas preventivas. Tais ações envolvem equipes assistenciais, controle de infecção e núcleos de segurança, visando aprimorar as práticas relacionadas à prestação de assistência à saúde no ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

Os estudos mostraram que, a busca incessante pela excelência nos cuidados de saúde, centrada nos pilares da qualidade, auditoria e segurança do paciente, é imperativa para aprimorar continuamente a prestação de serviços de saúde. Os resultados destacam a complexidade e interdependência desses elementos, onde a implementação eficaz de práticas baseadas em evidências, o uso de tecnologias inovadoras e a rigorosa aplicação de auditorias desempenham papéis cruciais.

A qualidade na assistência é um alicerce essencial, proporcionando benefícios diretos para a eficácia clínica e a satisfação do paciente. A auditoria, por sua vez, emerge como uma ferramenta vital para avaliação, identificação de oportunidades de melhoria e transparência nos processos de saúde. A cultura de segurança, integrada pelos profissionais de saúde, destaca-se como um elemento chave na prevenção de eventos adversos.

Assim, a sinergia entre qualidade, auditoria e segurança do paciente não apenas fortalece a base dos cuidados de saúde, mas também cria um ambiente propício para práticas assistenciais seguras, eficazes e centradas no paciente. Este estudo reforça a necessidade contínua de investimentos em protocolos de segurança, treinamentos e aprimoramentos, consolidando a visão de que a excelência nos cuidados de saúde é um compromisso dinâmico e ininterrupto. Este compromisso coletivo é essencial para garantir que cada paciente receba assistência de alta qualidade, promovendo, assim, a saúde e o bem-estar da comunidade atendida.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, H.O.C., GÓIS, R.M. O. Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. *Rev. Adm. Saúde (On-line)*, São Paulo, v. 20, n. 81, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.81.244>. Acesso em: 18 jan. 2023.
2. BARBOSA IEB et al. Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(2):1-9.
3. BARRETO RS et al. Concepções de segurança do paciente pelo prisma das representações sociais de enfermeiros intensivistas. *Invest Educ Enferm*. 2021; 39(2): e06.
4. BATISTA B et al. Adesão ao protocolo de controle glicêmico e dupla checagem de medicamentos em terapia intensiva. *Cuid Enferm*. 2021; 15(2):174-180.
5. BRASIL. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
6. COSTA, D.G.; et al. Atributos de satisfação relacionados à segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v.41, n. especial, 2020. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2020.20190152. Acesso em: 20 jan. 2023.

7. DE SOUZA, Juliana Flores Dias et al. A importância da auditoria de enfermagem na revisão de contas hospitalares da saúde suplementar. *Global Academic Nursing Journal*, v. 2, n. 3, p. e157–e157, 2021.
8. DIAS, Hugo da Cunha. Auditoria em saúde: um processo de gestão. [S. l.: s. n.], 2021.
9. FABRO, Gisele Caroline Richi et al. Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. *CuidArte, Enferm*, p. 147–155, 2020.
10. GUEDES JÚNIOR, Edmar Oliveira. Ciência de dados no apoio a gestão em uma operadora de saúde. 2021.
11. SOUZA CS et al. Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2019; 27:e38670.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS DE GÊNERO, POLÍTICAS PÚBLICAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ENFRENTAR OS AGRAVOS

Data de submissão: 27/11/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Simone Souza de Freitas

Mestre em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil.
<https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Cynthia Regina Albuquerque de Souza

Mestranda em Avaliação em Saúde pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP Recife, PE, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1526639169674984>

Raquel de Almeida da Silva

Mestranda em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco UFPE. Recife, PE, Brasil.

Laisa Darlem da Silva Nascimento

Enfermeira Assistencial da Rede EBSERH. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7210172179626412>

Carlos Vinicius Bezerra de Lima

Medicina pela UNINASSAU. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7515656043910507>

Isabella Fernandes Nogueira

Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais –UFMG. Minas Gerais, MG. Brasil.

Kamilla da Costa Correia

Enfermeira pela Universidade Maurício de Nassau. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2867460391323996>

Arthur Henrique Araujo da Silva

Enfermeiro pelo centro acadêmico Enfermagem (UNIFACISA). Joao Pessoa, PB, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7531160571421704>

Rebeca de Sousa Costa da Silva

Enfermeira pela Centro Universitário – UNIFACISA. Joao Pessoa, PB, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8909951562610580>

Morgana Valesca de Melo Bezerra

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso: enfermagem

Gicely Regina Sobral da Silva Monteiro

Doutora em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5641037917019913>

Athos Phillip de Carvalho Chaves

Especialização em Saúde Pública pela Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES UNITA). Recife, PE, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6447675168382023>

Juliana Maria Azevedo Pessoa da Silva

Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde. Universidade Estácio de Sá. Recife, PE, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/2344146995502381>

Bianca Bezerra da Silva Oliveira

Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de UNINASSAU. Recife, PE, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8282508908441706>

João Cristovão de Melo Neto

Mestre em Políticas e Administração de Educadores pelo PROFEI. Recife, PE, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/6347935233698093>

Wanessa Bezerra de Barros

Especialista em Nefrologia pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/6266774708195202>

RESUMO: Introdução: A teoria social do gênero conceitua-o como dinâmico, culturalmente enraizado e vinculado a fatores históricos e sociais, indo além da anatomia. O gênero desempenha um papel fundamental na política de saúde, exigindo uma compreensão mais abrangente. Objetivo: Investigar e analisar o estado de saúde da mulher, com ênfase na identificação dos desafios relacionados ao gênero. Metodologia: O presente estudo se caracteriza como uma revisão integrativa de literatura. Os artigos foram selecionados da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde se dispunham língua portuguesa e inglesa que foram publicados entre 2018 a 2022. Resultados: Foi observado que a educação em saúde desempenha um papel crucial, como estratégia para a capacitação das mulheres com informações sobre prevenção e autocuidado. Além disso, o acesso universal a serviços de saúde de qualidade, abrangendo atenção primária, planejamento familiar e prevenção, é essencial. Conclusão: A exploração de estratégias de educação em saúde desempenha um papel crucial na capacitação das mulheres para cuidarem de sua própria saúde e na conscientização sobre os fatores de risco específicos que as afetam. Isso pode levar a uma melhoria significativa na qualidade de vida e no bem-estar das mulheres, além de contribuir para a prevenção e tratamento eficazes dos agravos que as impactam.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde, Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação em Saúde.

ABSTRACT: Introduction: The social theory of gender conceptualizes it as dynamic, culturally rooted and linked to historical and social factors, going beyond anatomy. Gender plays a fundamental role in health policy, requiring a more comprehensive understanding. Objective: Investigate and analyze women's health status, with an emphasis on identifying challenges related to gender. Methodology: The present study is characterized as an integrative literature review. The articles were selected from the Virtual Health Library (VHL) database, which had Portuguese and English languages and were published between 2018 and 2022. Results:

It was observed that health education plays a crucial role, as a strategy for training women with information on prevention and self-care. Furthermore, universal access to quality health services, covering primary care, family planning and prevention, is essential. Conclusion: Exploring health education strategies plays a crucial role in empowering women to take care of their own health and raising awareness about the specific risk factors that affect them. This can lead to a significant improvement in women's quality of life and well-being, in addition to contributing to the effective prevention and treatment of health problems that impact them.

KEYWORDS: Health Promotion, Women's Health, Gender, Public Policies and Health Education.

INTRODUÇÃO

O gênero desempenha um papel fundamental na política de saúde, exigindo uma compreensão mais abrangente (Ribeiro, 2019). A teoria social do gênero conceitua-o como dinâmico, culturalmente enraizado e vinculado a fatores históricos e sociais, indo além da anatomia (Carneiro, 2021).

Nesse contexto, a percepção da sociedade em relação ao gênero influencia significativamente a saúde das mulheres, que historicamente foi focada na função reprodutiva, negligenciando outros aspectos essenciais (Cavalcanti, 2020). Nesta perspectiva, um marco importante na introdução da dimensão de gênero na política de saúde do país foi o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 (Ferreira, 2019). O qual, ampliou a concepção predominante de “saúde da mulher”, que antes se restringia ao pré-natal e ao parto, para uma proposta de atenção à saúde que considera as mulheres como cidadãs com múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deve responder (Freitas, 2019).

No entanto, é fundamental ressaltar que “gênero” e “mulher” não são termos sinônimos (Oliveira, 2019). Portanto, a dimensão de gênero deve ser incorporada às políticas de saúde pública não apenas no contexto da saúde da mulher, mas também ao abordar os processos sociais de adoecimento (Santos, 2019). Posteriormente, após cerca de vinte anos, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que se considera uma reformulação do PAISM. Essa política tem o objetivo de implementar a assistência integral à saúde da mulher de forma eficaz e eficiente (Santos, 2020).

Nesse contexto, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um desafio significativo em termos de saúde pública, afetando sobretudo as camadas mais vulneráveis da população, com destaque para as mulheres que, frequentemente, estão mais expostas a riscos e enfrentam limitações no acesso aos serviços de saúde, assim como às iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças (Ferreira, 2019). Além disso, as condições socioeconômicas desfavoráveis estão fortemente associadas a padrões irregulares de consumo de frutas e verduras, bem como ao abuso de álcool, constituindo

fatores de risco relevantes para o surgimento dessas doenças (Brito, 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são agora reconhecidas como as principais causas de morbimortalidade, com projeções indicando que se tornarão a principal causa de incapacidade em todo o mundo (OMS, 2020). No Brasil, em 2019, as DCNT foram responsáveis por 68,3% do total de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares (30,4%), seguidas pelas neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6,0%) e diabetes mellitus (5,3%) (Brito, 2020).

Diante desse cenário, a educação em saúde voltada para as mulheres se torna uma estratégia vital na prevenção dos fatores de risco associados às DCNT (Cavalcanti, 2020). Portanto, é fundamental contar com uma equipe interdisciplinar composta por profissionais qualificados e habilitados para planejar e implementar ações educacionais de saúde (Brito, 2023). O objetivo dessas ações é motivar as mulheres a adotar práticas de autocuidado que resultem em uma melhoria significativa da qualidade de vida e da saúde (Oliveira, 2019).

No desempenho de suas funções, esses profissionais consideram as necessidades específicas e os potenciais mudanças efetivas no dia a dia das mulheres, intervindo no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças (Santos, 2019). Neste contexto, o propósito deste estudo é investigar e analisar o estado de saúde da mulher, com ênfase na identificação dos desafios relacionados ao gênero. Além disso, busca avaliar as políticas públicas já existentes e explorar estratégias de educação em saúde que possam contribuir eficazmente para combater os agravos específicos que afetam as mulheres.

METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como uma revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo, abordando de gênero, políticas públicas e educação em saúde para enfrentar os agravos na saúde da mulher, tendo como pergunta norteadora “Quais são os desafios relacionados ao gênero, políticas públicas e educação em saúde que afetam a promoção da saúde da mulher e o enfrentamento dos agravos à saúde?”.

Esta revisão foi construída com base em outros estudos primários, sendo esses separados de forma sistemática de acordo com os critérios estabelecidos. Os artigos selecionados atenderam a critérios de inclusão e exclusão, conforme objetivo do artigo. Os artigos foram selecionados da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde se dispunham língua portuguesa e inglesa que foram publicados entre 2018 a 2022, sendo utilizado como descritores para busca: promoção da saúde, saúde da mulher, gênero, políticas públicas e educação em saúde. Os artigos foram tabelados com dados sobre título, autor, ano de publicação e um breve resumo. Os artigos encontrados foram analisados e triados pelos pesquisadores, sendo lidos na íntegra e analisados pelos autores e então utilizados como fonte para uma discussão acerca da pergunta norteadora, por meio de análise temática e interpretativa. As pesquisas apresentadas como relatos de caso, relatos

de experiência, dissertações de mestrado ou doutorado foram excluídas do rol de artigos encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa inicial retornou 150 textos. Após uma análise inicial, foram selecionados 100 para uma avaliação mais detalhada. Destes, 67 foram excluídos com base no título e resumo. Isso deixou 33 artigos para leitura completa. Após a análise completa, 29 artigos foram excluídos devido ao conteúdo não pertinente à temática, resultando na inclusão de 4 artigos na revisão (Figura 1).

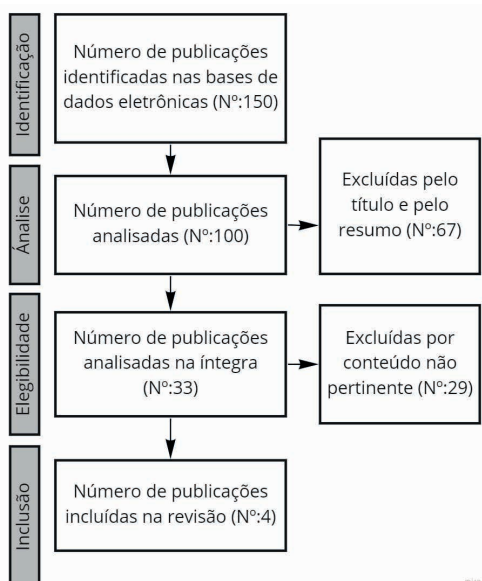


Figura 1 – Seleção dos artigos encontrados conforme critério de inclusão e exclusão.

Ao todo 16 artigos conseguiram atender a todos os critérios propostos sendo lidos na íntegra pelos autores, sendo fonte de discussão e servindo como resposta para a pergunta norteadora (Quadro 1). Estudos recentes lançaram luz sobre os principais desafios enfrentados pelas mulheres em relação à saúde, considerando as disparidades de gênero e o impacto desses desafios em seu bem-estar. Uma análise aprofundada das políticas públicas existentes voltadas para a saúde da mulher pode fornecer informações valiosas sobre como essas políticas contribuem para promover a equidade de gênero e abordar os agravos à saúde.

Os artigos identificados destacaram a ocorrência de agravos à saúde das mulheres, incluindo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), câncer de mama e colo do útero, diabetes e obesidade. Essas descobertas estão alinhadas com outros estudos na literatura, que

não se limitam apenas a alterações biológicas, mas também consideram as implicações psicológicas que impactam a saúde das mulheres.

Título	Autores e ano	Objetivos	Principais Resultados
Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia	Ferreira VC et al, 2020	Refletir sobre as competências necessárias aos graduandos em Medicina, buscando uma atenção integral à saúde da mulher e em diálogo com as políticas públicas vigentes e as DCN.	Observamos que, para garantir a saúde integral da mulher, as escolas médicas devem dar aos alunos oportunidades de aprender um conjunto de habilidades, para que, uma vez formados, possam: pautar sua conduta por evidências científicas, ouvir as mulheres, comunicar-se adequadamente com elas, respeitar suas singularidades.
A importância do médico no acolhimento ao cuidado da saúde da mulher na estratégia de saúde da família	Brito Élyta P. R., & Sousa M. N. A. de. (2023).	Evidenciar o acolhimento e cuidado à saúde da mulher na estratégia de saúde da família (ESF), na cidade de Patos, localizada no sertão paraibano, uma vez que o profissional médico deve ser capaz de identificar e oportunizar momentos educativos, facilitando o diagnóstico e o tratamento adequado que culmine com a prevenção e promoção da saúde.	Presente estudo pode auxiliar na prática clínica, bem como no estabelecimento de intervenções preventivas e de promoção da saúde do grupo.
A Determinação Social do HIV/AIDS no Brasil, a situação das Mulheres e os desafios à Política de Saúde	Souza NS et al, 2022	Refletir sobre a situação das mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil, fazendo uma análise sobre a determinação social do processo saúde-doença, das expressões da Questão Social e das Políticas públicas de saúde nesta área.	Verificamos com a pesquisa avanços nas políticas de atenção à saúde da mulher, porém, ainda existem muitos problemas e defasagens. A ausência de uma política que priorize a educação para prevenção, a baixa qualidade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde no Brasil contribuem para o aumento de casos de HIV/AIDS em mulheres.

<p>Características de ações de programas de atenção à saúde das mulheres no período de climatério: uma revisão de políticas públicas</p>	<p><i>Micke, LB et al, 2022</i></p>	<p>Caracterizar programas de atenção à saúde da mulher durante o período de climatério, visto que apesar de existirem alguns programas voltados à saúde da mulher, e nestes estarem previstas ações que contemplem o climatério (início do período que antecede a menopausa) e a menopausa (fim do período fértil - de menstruação), pouco ainda é divulgado à comunidade feminina.</p>	<p>Os programas avaliados preveem ações de natureza integrativa para mulheres que passam pelo climatério e menopausa, como atendimento qualificado e escuta atenta à essas mulheres. Os sintomas do climatério, associados a aspectos multifatoriais e ao contexto pessoal da vida das mulheres. No entanto, as queixas que chegam aos consultórios, como tristeza, instabilidade emocional, disfunções de peso, dores nas articulações, esquecimento, não são vistas como parte do processo de climatério. A falta de informação a respeito de ações que podem ser efetivas para amenizar o sofrimento vivenciado por algumas mulheres no climatério e menopausa faz com que se instale uma vinculação do processo à velhice de forma pejorativa, de desvalorização, do abandono da sexualidade, da vergonha pelo rebaixamento e autoestima, das distorções a respeito do fenômeno de passagem de uma fase orgânica reprodutiva para não reprodutiva.</p>
--	-------------------------------------	---	--

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados segundo título, autor/ano, objetivos e principais resultados.

Isso proporciona uma compreensão mais profunda das questões de saúde específicas das mulheres. No estudo conduzido por Assis (2020), foram ressaltadas as implicações psicológicas, como a depressão e ansiedade, destacando como esses fatores influenciam o bem-estar das mulheres e sua capacidade de enfrentar esses desafios. Já em um estudo realizado pela UNFPA Brasil (2020), para melhorar a promoção da saúde da mulher com ênfase nos desafios de gênero e na eficácia das políticas públicas, é fundamental adotar diversas estratégias.

Foi observado que a educação em saúde desempenha um papel crucial, como estratégia para a capacitação das mulheres com informações sobre prevenção e autocuidado. Além disso, o acesso universal a serviços de saúde de qualidade, abrangendo atenção primária, planejamento familiar e prevenção, é essencial. Segundo os estudos de Ribeiro (2019), as políticas de equidade de gênero devem ser formuladas e implementadas, considerando as necessidades específicas das mulheres, abordando questões como saúde reprodutiva e prevenção da violência de gênero. Outro ponto abordado é o empoderamento das mulheres, fornecendo-lhes acesso à informação e recursos, sendo considerado um pilar importante.

A participação ativa das mulheres nas decisões de saúde em suas comunidades,

o monitoramento e avaliação do progresso, a atenção integrada a diversas necessidades de saúde e investimentos em pesquisa são componentes fundamentais. O aprimoramento da capacitação dos profissionais da equipe interdisciplinar e o estabelecimento de redes de apoio emocional e social também representam estratégias de grande valor. A implementação eficaz dessas medidas contribuirá significativamente para uma abordagem ampla na promoção da saúde da mulher, permitindo a enfrentar os desafios de gênero de maneira eficaz e maximizando o impacto das políticas públicas no combate aos agravos à saúde nesse grupo populacional.

CONCLUSÃO

Assim, pode-se dizer que, a investigação e análise do estado de saúde da mulher com ênfase nos desafios relacionados ao gênero demonstram a necessidade de abordagens interdisciplinares e holísticas para lidar com as questões que afetam as mulheres. Ao avaliar as políticas públicas já existentes, é possível identificar lacunas e oportunidades de melhoria na maneira como as necessidades das mulheres são abordadas.

Essa análise pode levar a recomendações para aprimorar o acesso aos serviços de saúde, garantir a equidade de gênero e criar um ambiente mais favorável à promoção da saúde da mulher. A exploração de estratégias de educação em saúde desempenha um papel crucial na capacitação das mulheres para cuidarem de sua própria saúde e na conscientização sobre os fatores de risco específicos que as afetam. Isso pode levar a uma melhoria significativa na qualidade de vida e no bem-estar das mulheres, além de contribuir para a prevenção e tratamento eficazes dos agravos que as impactam.

Assim, esse estudo oferece uma visão abrangente e integrada da saúde da mulher, destacando a importância de abordar não apenas questões médicas, mas também aspectos sociais, econômicos e culturais. É um convite à reflexão sobre como podemos promover uma abordagem mais abrangente e inclusiva da saúde da mulher, visando à igualdade de gênero e ao bem-estar de todas as mulheres em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

BRITO Élyta P. R., & Sousa M. N. A. de. (2023). A importância do médico no acolhimento ao cuidado da saúde da mulher na estratégia de saúde da família. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(5), e11832. <https://doi.org/10.25248/reas.e11832.2023>

BRITO L, Borges L, Fortes P, Gomes A, Narciso L, Palácios M, et al. Impactos sociais da Covid-19: uma perspectiva sensível às desigualdades de gênero. Observatório Covid-19 Fiocruz; 2020 [acesso em 2 ago 2020]. Disponível em: Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41375/2/ImpactosSociais.PDF>
» <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41375/2/ImpactosSociais.PDF>

CARNEIRO JB, et al. Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. *Escola Anna Nery*, 2021; 25(5): 1-8.

CAVALCANTI GMB, et al. A violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2020; 12(3): 146-154.

FERREIRA L, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde Debate, 2019; 43(120): 223-229.

FREITAS CG e SILVA RB. A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. Revista Mosaico, 2019; 10(1): 79-87.

OLIVEIRA BLCA, et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2020; 23: e200006.

RIBEIRO AA, Thomaz EF, De Paula HMM, Diehl DA, Tacsí YC, Ferreira, VC, et al. Projeto Eu Quero: cartilha de direitos das mulheres. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2019.

SANTOS AM e GIOVANELLA L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2019; 32(3): 1-15.

SANTOS IB, et al. Violência contra a mulher a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. Ciência e Saúde Coletiva, 2020; 25(5): 1935-1946

UNFPA Brasil. COVID-19: um olhar para gênero. Promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero. Março 2020 [acesso em 16 ago 2020]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Portuguese-covid19_olhar_genero.pdf
» https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Portuguese-covid19_olhar_genero.pdf

World Health Organization. Sexual health [acesso em 2 ago 2020]. Disponível em: Disponível em: https://www.who.int/topics/sexual_health/en/
» https://www.who.int/topics/sexual_health/en/

TERAPIA DE SUPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EXCLUSIVA NA DOENÇA DE CROHN – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/02/2024

Sarah Yasmim Vaz de Lima

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Curso: Nutrição

Ingrid Camuri Alves Aguiar

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Curso: Nutrição

<http://lattes.cnpq.br/9472411495346386>

Luana Rocha Leão Ferraz Moreira

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Curso: Nutrição

<http://lattes.cnpq.br/3336807532049810>

Érica Isabel de Abreu Freire

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Curso: Nutrição

<http://lattes.cnpq.br/3462355711148303>

Gabriella Magalhães Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Curso: Nutrição

<http://lattes.cnpq.br/7595647736352304>

Isabel Mariana Barbosa Moraes

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Curso: Nutrição

<http://lattes.cnpq.br/8881938956273205>

processo inflamatório crônico, persistente ou recidivante, de intensidade variável e transmural que pode acometer de forma descontínua qualquer parte do trato gastrointestinal. A nutrição enteral exclusiva (EEN) é um método de tratamento bem documentado de primeira linha para induzir a remissão na DC. OBJETIVO: Este artigo visa verificar os resultados de estudos quanto ao uso da EEN (nutrição enteral exclusiva) na doença de Crohn. MÉTODOS: Revisão de literatura nas bases de dados: PubMed, Science Direct, NCBI e Periódicos da Capes. Foi incluído na pesquisa apenas artigos originais de 2016 a 2021 sobre estudos que abordavam a terapia de nutrição enteral exclusiva em um período de 6-8 semanas na doença de Crohn, em crianças e adultos em fase de remissão. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Foi observado efeitos positivos quanto ao uso da NEE na doença de Crohn em remissão em pacientes adultos, constatados através das porcentagens demonstradas na tabela 1, variando de 60 a 80% sua efetividade. Na tabela 2, foi observado também efeitos positivos em crianças, onde a taxa de remissão pediátrica após a utilização da terapia nutricional enteral exclusiva por 6 a 8 semanas variou de 70

RESUMO: INTRODUÇÃO :A doença de Crohn (DC) é caracterizada por um

a 85%. **CONCLUSÕES:** A terapia nutricional deve considerar a fase de doença em que se encontra o indivíduo, garantindo que as necessidades nutricionais serão alcançadas e que existem melhorias ao nível da sintomatologia e da evolução da cicatrização da mucosa, evitando o agravamento do estado inflamatório. Mais estudos devem ser realizados, para que se comprove a efetividade de NEE e as situações em que ela aplica, afim do bem estar nutricional do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Crohn, nutrição enteral exclusiva, suporte nutricional, dieta, doença inflamatória intestinal, terapia nutricional.

EXCLUSIVE ENTERAL NUTRITIONAL SUPPORT THERAPY IN CROHN'S DISEASE - A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** Crohn's disease (CD) is characterized by a chronic, persistent or recurrent inflammatory process, of variable and transmural intensity that can affect any part of the gastrointestinal tract in a discontinuous manner. Exclusive enteral nutrition (ENS) is a well-documented first-line treatment method to induce remission in CD. **OBJECTIVE:** This article aims to verify the results of studies on the use of ENS (exclusive enteral nutrition) in Crohn's disease. **METHODS:** Literature review in the databases: PubMed, Science Direct, NCBI and Capes Journals, only original articles from 2016 to 2021 were included and studies that addressed exclusive enteral nutrition therapy in a period of 6-8 weeks in Crohn's disease, in children and adults in remission phase. **RESULTS AND DISCUSSION:** Positive effects were observed regarding the use of SEN in Crohn's disease in remission in adult patients, verified through the percentages shown in table 1, ranging from 60 to 80% of its effectiveness. Table 2 also shows positive effects in children, where the pediatric remission rate after exclusive use of enteral nutritional therapy for 6 to 8 weeks ranges from 70 to 85%. **CONCLUSIONS:** Nutritional therapy must consider the stage of the disease in which the individual is, ensuring that the nutritional need will be met and that there are improvements in terms of symptoms and the evolution of mucosal healing, avoiding the worsening of the inflammatory state. More studies must be carried out to prove the effectiveness of SEN and the hypotheses in which it applies, in order to ensure the nutritional well-being of the patient. **KEYWORDS:** Crohn's disease, exclusive enteral nutrition, nutritional support, diet, inflammatory bowel disease, nutritional therapy.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC), é uma doença inflamatória intestinal incurável, que pode se desenvolver em qualquer idade. Essa inflamação intestinal pode se manifestar clinicamente como dor abdominal, frequência aumentada de movimentos intestinais soltos e bioquimicamente através de como marcadores inflamatórios fecais e séricos elevados (GOMOLLON, 2017).

Várias teorias são avaliadas com o intuito de elucidar a exata etiologia da doença, sendo a mais aceita a que descreve o processo inflamatório da doença de Crohn (DC) dependente da interação entre fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Considera-

se a produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias e o desequilíbrio da microbiota intestinal. (Associação Médica Brasileira, 2014).

Essa doença é frequentemente associada a deficiências nutricionais severas, relativas a má nutrição, dependente da duração, atividade e extensão da doença. Como tal, as questões nutricionais relacionadas com a alimentação devem ser consideradas fundamentais na monitorização de doentes com doença de Crohn, sendo a terapêutica planejada individualmente, de acordo com as necessidades do paciente (PAPACOSTA, et al, 2017).

A TN na Doença de Crohn, tem como objetivo corrigir a desnutrição e a deficiência de nutrientes e reverter suas consequências metabólicas e patológicas. A escolha adequada da terapia nutricional ao paciente enfermo auxilia no tratamento clínico, melhora o prognóstico e evita complicações (NOZAKI; PERALTA; FERNANDES, 2009); portanto oferecer um suporte nutricional adequado ao paciente diminui ou cessa o agravo nutricional (FALCÃO, 2001).

Nesse contexto, a nutrição enteral exclusiva (EEN) é um método de tratamento bem documentado de primeira linha para induzir a remissão na DC de início leve a moderada em crianças, onde é baseado em um suprimento de fórmula proteica por 6–8 semanas que cobre 100% da ingestão calórica diária mesmo sendo uma dieta restritiva e que possui uma aceitação limitada ao seu uso prolongado, principalmente em adultos.

Assim, o objetivo deste artigo visa verificar os resultados de estudos quanto ao uso da EEN (nutrição enteral exclusiva) na doença de Crohn em fase de remissão com base em informações obtidas na literatura atual.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cujas buscas de artigos foram realizadas em bases de dados bibliográficas: PubMed, Science Direct, NCBI e Periódicos da Capes, utilizando-se os seguintes descritores: doença de Crohn, nutrição enteral exclusiva, suporte nutricional, dieta, doença inflamatória intestinal, terapia nutricional nos idiomas português e inglês, no qual foram verificados previamente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ao finalizar as pesquisas em cada base, foram excluídas referências duplicadas, artigos de revisão, carta ao editor, comentários e foram incluídos todos os artigos originais no idioma inglês e português, que estivessem disponíveis os textos completos, indexados de 2016 a 2021. Ao todo, foram utilizados 21 artigos para avaliação do tema e foram incluídos estudos que abordavam sobre a terapia de nutrição enteral exclusiva na doença de Crohn, por um período de 6-8 semanas, com participantes sendo, crianças e adultos em fase de remissão da doença.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A garantia de uma boa nutrição é um fator importante na gestão da doença de crohn, sendo o objetivo da intervenção e tratamento nutricional a manutenção e melhoria do estado nutricional, uma vez que estes doentes estão em risco de desenvolver desnutrição e deficiências de nutrientes específicos, o que dificulta os tratamentos e o combate à infecção.

De modo frequente surgem deficiências nutricionais decorrentes da DC, principalmente quando existe um comprometimento extenso do intestino delgado. A prevalência de desnutrição proteico-energética está associada a uma ingestão diminuída de nutrientes devido a causa como a anorexia, náuseas, vômitos, dor, desconforto intestinal e uso concomitante de fármacos, má absorção dos mesmos, hipermetabolismo e perdas proteicas a nível intestinal aumentadas, levando a imunodepressão e consequentemente maior probabilidade de ocorrência de complicações infecciosas, atraso no crescimento, osteopénia, má cicatrização, maior risco cirúrgico, redução do trofismo da mucosa intestinal, entre outras complicações (MAHAN; RAYMOND, 2017).

Quando o tratamento com corticosteroides não é viável, a nutrição enteral é indicada como terapia exclusiva para DC em adultos. Nas crianças com a doença, a nutrição enteral é definida como terapia de primeira linha (YAMAMOTO, 2013).

A nutrição enteral é indicada quando os pacientes estão com trato gastrointestinal funcionante, mas que não querem ou não podem se alimentar pela via oral. Proporciona uma melhora dos mecanismos de defesa imunológica e preserva a mucosa intestinal, prevenindo a translocação bacteriana. É utilizada como tratamento básico para inflamação intestinal ativa (ALTOMARE et al., 2015).

AUTOR	TAXA DE REMISSÃO	AMOSTRA
Buchaman,2016	80%	110
Yamamoto,2016	71%	40
Roten,2018	63%	11
Parede, 2017	70%	38
Svalos, 2018	60%	25
Lídia, 2019	61,5%	63

Tabela 1. Amostra de pacientes adultos em remissão na doença de Crohn em um período de 6-8 semanas.

Dados da pesquisa, 2021.

De acordo com os estudos observados para avaliar a eficácia da terapia nutricional enteral exclusiva em pacientes que possuem doença de Crohn em remissão, os resultados foram positivos, constatados através das porcentagens demonstradas na tabela 1 acima, que variam de 60 a 80%.

Em uma coorte prospectiva realizada no Canadá e nos Estados Unidos, 90 pacientes

foram divididos em três grupos de acordo com a terapia de indução da remissão: NEE, NEE e anti-TNF. Ao final de oito semanas, os resultados foram positivos para NEE e anti-TNF no que diz respeito à cicatrização de mucosa, e a NEE ainda se mostrou superior à NEE em termos de qualidade de vida e redução da inflamação intestinal, avaliada pela queda da calprotectina fecal, apesar de a ingestão calórica ter sido maior no grupo que recebeu NEE, em conformidade com o nosso trabalho, constatando a eficácia da NEE (Lee D et al., 2017).

Segundo, (DURICOVA et al., 2017) EN mostrou influenciar a diversidade microbiana intestinal, um componente importante da patogênese da DC que pode restaurar a homeostase intestinal e prolongar a remissão, bem como melhorar nosso entendimento sobre a etiologia e os fatores desencadeadores da DC. No entanto, desistências em ensaios de NE são frequentes devido a formulações desagradáveis e má aceitação de uma sonda nasogástrica.

EEN demonstrou estar associado a uma maior taxa de cicatrização da mucosa, alteração da flora intestinal, aumento da renovação óssea, melhor qualidade de vida e melhora do estado nutricional. Um pequeno estudo piloto de viabilidade prospectivo não randomizado recente conduzido na Nova Zelândia mostrou que duas semanas de EEN em 38 pacientes com idade entre 16 e 40 anos melhorou significativamente os sintomas clínicos, proteína C-reativa sérica, fator de crescimento semelhante à insulina 1 (marcador de status) e calprotectina fecal (Wall CL et al., 2018).

Resultados semelhantes sobre a efetividade do uso da NEE, foram achados, de acordo com Hojsak et al., em 2016, onde depois de alcançada a remissão da DC com a utilização de NEE ou corticoide por um período de seis a oito semanas analisaram a influência de alguns fatores (como idade, peso para estatura, uso de medicamentos e de NEE) na duração do período de remissão e observaram que, após um ano, somente a NEE se mostrou como um fator protetor contra a recidiva da doença. Além disso, a duração do período de remissão foi significativamente maior nos pacientes que utilizaram a NEE como terapia de indução do que naqueles que recorreram a corticoides.

Soo et al., em 2017, compararam a densidade mineral óssea (DMO) corrigida para idade e estatura, por meio de densitometria por dupla emissão de raios X (DEXA), entre um grupo que recebeu NEE e outro que recebeu corticoide como terapia de indução de remissão por seis a oito semanas. Foram analisadas as mudanças na DMO (no início do estudo e após 12 a 18 semanas de acompanhamento) nos dois grupos, e, embora não tenha havido diferença estatística, a mudança no *z-score* foi maior nos pacientes que receberam NEE em comparação com os que receberam corticoide.

Quanto ao período de uso da NEE, a European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) recomenda que seja de pelo menos seis semanas, embora a cicatrização de mucosa seja observada em geral após oito semanas. Todos os estudos analisados nessa revisão mantiveram a recomendação de seis a oito semanas de NEE como protocolo, e a maioria deles conseguiu incentivar os participantes a completarem

as oito semanas.

De Bie et al., em 2018, utilizaram a terapia nutricional por apenas seis semanas e demonstraram efetividade da dieta em termos de remissão, porém foi constatado aumento de sintomas nas primeiras semanas após o fim do curso de NEE, e foram verificadas altas taxas de recidiva apesar do uso frequente de azatioprina (fármaco imunossupressor) como tratamento de manutenção, sugerindo que poderia ter havido melhores benefícios do uso prolongado da NEE.

Grover et al.2017, perceberam que a NEE também foi capaz de promover boa resposta endoscópica com redução das taxas de recidiva, hospitalização, necessidade de anti-TNF e ressecção cirúrgica em um ano após a remissão. Apesar de a patogênese da DII ser complexa, alguns estudos indicam relação direta com a disbiose principalmente por intermédio da desregulação da indução do sistema imune, o que reforça a necessidade de intervenções dietéticas que atuem de forma protetiva contra a inflamação intestinal. Os mecanismos pelos quais a NEE age no intestino, porém, ainda não são bem esclarecidos. Alguns estudos apontam para modificação da microbiota intestinal, redução da exposição da mucosa a antígenos alimentares provenientes da dieta convencional, diminuição da síntese intestinal de mediadores inflamatórios por causa da redução do fornecimento de gordura e maior fornecimento de micronutrientes ao intestino inflamado (Lavoie, et al., 2019).

As atitudes dos médicos em relação à NE e a adesão do paciente são as principais barreiras ao uso da NE na população adulta. Novas formulações precisam ser desenvolvidas para melhorar a palatabilidade e aumentar a adesão se a NE se tornar uma opção de tratamento realista (Heerasing et al., 2017).

AUTOR	TAXA DE REMISSÃO	AMOSTRA
Rubro, 2016	85%	106
Róten, 2017	70%	10
Mahan,2017	72,2%	47

Tabela 2. Amostra de pacientes pediátricos em remissão na doença de Crohn em um período de 6-8 semanas.

Dados da pesquisa, 2021.

A partir da tabela 2 podemos observar que segundo os estudos de Rúbio, 2016, Róten, 2017 e Mahan, 2017 a taxa de remissão pediátrica após a utilização da terapia nutricional enteral exclusiva por 6 a 8 semanas varia de 70 a 85%.

EN é recomendado como tratamento de primeira linha na população pediátrica. Isso se baseia no fato de que a importância do crescimento em crianças e adolescentes torna a prevenção da desnutrição e o uso de esteroides uma prioridade considerável e formulações específicas não são recomendadas. Assim, EN padrão (polimérico, gordura moderada, sem suplementos específicos) pode ser usado para terapia nutricional primária ou de suporte do EEN nos índices bioquímicos de atividade inflamatória, como proteína c-reativa, velocidade

de hemossedimentação e albumina, está bem estabelecido na população pediátrica com DC. (Smith Ma et al., 2016).

No estudo de Zachos et al., 2017, em relação ao PEN, o grupo EEN exibiu uma melhora maior nos sintomas sistêmicos com ajuste adicional para o estado de remissão clínica na semana, os sintomas sistêmicos melhoraram mais com EEN do que com anti-TNF.

Em outro estudo similar, a comparação com os participantes que receberam PEN, aqueles que receberam EEN tiveram maiores melhorias para sintomas sistêmicos. Dada a importância documentada da cicatrização da mucosa nos resultados clínicos, apoiam o uso de EEN em vez de PEN para pacientes que escolhem NE como um regime de indução e a necessidade de confirmar a cicatrização da mucosa. Apesar da natureza altamente restritiva da EEN, os participantes não tinham um funcionamento social inferior ou maior comprometimento associado ao tratamento (Colombel et al., 2016).

Sigall et al., 2017 levantou a hipótese de que a terapia com NE é eficaz devido à exclusão de alimentos de mesa. A descoberta de que uma maior porcentagem de calorias diárias provenientes de alimentos (líquidos claros e balas duras) foi associada a uma maior probabilidade de atingir uma resposta clínica no grupo EEN sugere que o tipo de alimentos ingeridos pode desempenhar um papel mais importante do que a quantidade de alimentos de mesa ingeridos.

Quando comparada com o uso de corticoides sistêmicos ou anti-TNF (fármaco imunomodulador), a NEE parece ser tão eficaz quanto os medicamentos para indução da remissão clínica da DC, caracterizada por redução do índice de atividade da doença (*pediatric Crohn's Disease activity index* - PCDAI). Além disso, existem as vantagens de minimizar efeitos adversos, de melhorar o estado nutricional e de promover recuperação da mucosa intestinal em crianças, analisada pela dosagem de calprotectina fecal, que se distingue como um marcador inflamatório sensível da mucosa intestinal, sendo bem correlacionado com achados endoscópicos (Gavin et al., 2018).

O estudo de Ruummele et al., 2017 demonstrou a capacidade da EEN, uma terapia nutricional altamente restritiva, de alterar a inflamação intestinal em curso e melhorar os aspectos da QV em crianças com DC.

De acordo com os estudos comparativos, pode-se perceber que EEN é muito eficaz na indução da remissão na DC pediátrica de início leve a moderado. No entanto, as taxas de remissão relatadas em estudos pediátricos variaram de 40% a 80%. A maior desvantagem é a dificuldade em implementar uma dieta líquida monótona exclusiva por 6 a 8 semanas. A terapia nutricional é amplamente subutilizada em DC adulto. Uma base de evidências mais robusta é necessária para elucidar o uso ideal de EN em algoritmos de tratamento. Os profissionais de saúde devem considerar a oferta de NE como uma potencial terapia de primeira linha em certas situações - particularmente em pacientes motivados e aqueles que preferem uma abordagem não farmacológica (Smith Ma et al., 2016).

Ainda há variação substancial no uso de EEN em diferentes partes do mundo, tanto na DC adulto quanto na pediátrica. EEN não é usado rotineiramente na América do Norte e apenas 4% dos gastroenterologistas americanos usam regularmente para tratar DC pediátrica leve a moderadamente ativa, em comparação com 62% dos gastroenterologistas da Europa Ocidental. EEN é amplamente usado como terapia de indução primária para crianças e adolescentes com DC em países europeus e na Nova Zelândia, Austrália, Canadá e países asiáticos (Takagi et al., 2016).

A revisão em questão, traz algumas limitações, como a exemplo: números de amostras pequenas, o que torna os resultados tendenciosos e inconsistentes. Os métodos de inclusão e exclusão de alguns estudos não foram bem explícitos, o que pode dar margem a erros.

Para alcançar a clareza e a padronização da terapia, há uma necessidade de abordar a incerteza em torno do uso de NE, particularmente em relação à duração do tratamento, se uma ingestão oral concomitante deve ser permitida e como reintroduzir alimentos uma vez que a remissão tenha sido induzida. Existe uma ampla gama de aceitação da terapia EN em todo o mundo (Bamba et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alimentação tem um papel importante na DC, uma vez que é considerada um fator que pode desencadear a doença e um método de tratamento desta. O suporte nutricional é considerado parte integrante do tratamento para a DC e deve ser individualizado às necessidades de cada paciente, visto que para além das necessidades nutricionais diferirem de pessoa para pessoa, também variam de acordo com a fase de doença, não esquecendo também que cada indivíduo possui intolerâncias que têm de ser consideradas ao ser construída a dieta.

Assim, a terapia nutricional deve considerar a fase de doença em que se encontra o indivíduo, garantindo que as necessidades nutricionais serão alcançadas e que existem melhorias ao nível da sintomatologia e da evolução da cicatrização da mucosa, evitando o agravamento do estado inflamatório.

REFERÊNCIAS

ALTOMARE, R. et al. **Enteral nutrition support to treat malnutrition in inflammatory bowel disease.** *Nutrients*, v. 7, n. 4, p. 2125-2133, mar, 2016.

Bamba S., Sasaki M., Takaoka A., Takahashi K., Imaeda H., Nishida A., Inatomi O., Sugimoto M., Andoh A. **A sarcopenia é um fator preditivo para ressecção intestinal em pacientes internados com Crohn doença.** *PLoS ONE*. 2017; 12 : e0180036. doi: 10.1371 / journal.pone.0180036.

Bie C, Kindermann A, Escher J. Use of exclusive enteral nutrition in paediatric Crohn's disease in The Netherlands. *J Crohns Colitis*. 2018;7:263-70. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2018.07.00>.

BUCHANAN, E. MAGRO, C. CASACO, T. et al. **O uso de nutrição enteral exclusiva para indução da remissão em crianças com doença de Crohn demonstra que o fenótipo da doença não influencia a remissão clínica.** *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;30:501-507.

Colombel JF, Sandborn WJ, Reinisch C, et al. **Infliximabe, azatioprina ou terapia combinada para a doença de Crohn.** *N Engl J Med.* 2016;362:1383-1395.

Duricova D., Fumery M., Annese V., Lakatos PL, Peyrin-Biroulet L., Gower-Rousseau

C. A história natural da doença de Crohn em crianças: Uma revisão de estudos de base populacional. *EUR. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2017; 29 : 125–134. doi: 10.1097 / MEG.0000000000000761.

FALCÃO, M. C. **Suporte nutricional em pediatria.** *Pediatria. São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 121, 2016.

Gavin J, Ashton JJ, Heather N, Marino LV, Beattie RM. **Nutritional support in paediatric Crohn's disease: outcome at 12 months.** *Acta Paediatr.* 2018;107:156-62. <https://doi.org/10.1111/apa.14075>

GOMOLLON, F. DIGNASS, A. ANNESE, V. TILG, H. VAN, A. G. LINDSAY, J. et al: **3º consenso europeu baseado em evidências sobre o diagnóstico e tratamento da doença de Crohn 2016: parte 1: diagnóstico e tratamento médico.** *J Crohns Colitis* 2017; 11: 3-25

Grover Z, Muir R, Lewindon P. **Exclusive enteral nutrition induces early clinical, mucosal and transmural remission in paediatric Crohn's disease.** *J Gastroenterol.* 2016;49:638-45. <https://doi.org/10.1007/s00535-013-0815-0>

Hojsak I, Pavić AM, Mišak Z, Kolaček S. **Risk factors for relapse and surgery rate in children with Crohn's disease.** *Eur J Paediatr.* 2016;173:617-21. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2230-1>

N. Heerasing, B. Thompson, P. Hendy et al., **"Nutrição enteral exclusiva fornece uma ponte eficaz para cirurgia eletiva de intervalo mais seguro para adultos com doença de Crohn,"** *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, vol. 45, não. 5, pp. 660–669, 2017.

JOHNSON, T. MACDONALD, S. COLINA, S. et al. **Tratamento da doença de Crohn ativa em crianças que usam nutrição enteral parcial com fórmula líquida um ensaio clínico randomizado.** *Intestino.* 2016;55:356-361.

Lane ER, Lee D, Suskind DL. **Dietary therapies in pediatric inflammatory bowel disease: an evolving inflammatory bowel disease paradigm.** *Gastroenterol Clin North Am.* 2017;46:731-44.

Lavoie S, Conway KL, Lassen KG, Jijon HB, Pan H, Chun E, et al. The Crohn's disease polymorphism, ATG16L1 T300A, alters the gut microbiota and enhances the local Th1/ Th17 response. *Elife.* 2019;8:e39982. <https://doi.org/10.7554/eLife.39982>

MAHAN, L.K. RAYMOND, J.L. Krause's **Food & The Nutrition Care Process.** 14a. Missouri: Elsevier Inc.; 2017.

Miele E, Shamir R, Aloï M, Assa A, Braegger C, Bronsky J, et al. **Nutrition in paediatric inflammatory bowel disease: a position paper on behalf of the Porto IBD Group of ESPGHAN.** *J Paediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66:687-708. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001896>

NOZAKI, V. T.; PERALTA, R. M. ; FERNANDES, C. A. M. **Terapia nutricional enteral: análise dos requerimentos energéticos e perfil nutricional.** Revista Brasileira de Nutrição Clínica. v. 24, n. 3, p. 143-148, 2009.

PAPACOSTA, N.G.; NUNES, G.M.; PACHECO, R.J.; CARDOSO, M.V.; GUEDES, V.R., **Doença de Crohn: Um artigo de Revisão.** Revista de Patologia do Tocantins, 2(4), 25-35, 2017.

RUBIO, U.M.A. PIGNEUR, B. GARNIER-LENGLINE, H. et al. **A eficácia da terapia nutricional exclusiva na doença de Crohn pediátrica, comparando alimentação enteral fracionada com alimentação enteral contínua.** Aliment Pharmacol Ther. 2011;33:1332-1339.

Ruemmele FM, Veres G, Kolho KL, et al. **Diretrizes de consenso da ECCO / ESPGHAN sobre o manejo médico da doença de Crohn pediátrica.** Colite J Crohns. 2017;10:1179-1207.

Sigall-Boneh R, Pfeffer-Gik T, Segal eu, et al. **A nutrição enteral parcial com dieta de exclusão da doença de Crohn é eficaz para indução da remissão em crianças e adultos jovens com doença de Crohn.** Inflamação intestinal. 2017;20:1353-1360.

Soo J, Malik BA, Turner JM, Persad R, Wine E, Siminoski K, et al. **Use of exclusive enteral nutrition is just as effective as corticosteroids in newly diagnosed pediatric Crohn's disease.** Dig Dis Sci. 2013;58:3584-91. <https://doi.org/10.1007/s10620-013-2855-y>

Smith, M.A. Smith, T. Trebble, T.M. **Nutritional management of adult with inflamatório bowel disease: Practical studies from the available evidence.** Frontline Gastroenterol. 2016; 3 : 172–179. doi: 10.1136 / flgastro-2011-100032

Stoner PL, Kamel A., Ayoub F., Tan S., Iqbal A., Glover SC, Zimmermann **EM Cuidado Perioperatório de Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal: Foco no Suporte Nutricional.** Gastroenterol. Res. Prato. 2018; 2018 : 7890161. doi: 10.1155 / 2018/7890161.

Takagi S., Utsunomiya K., Kuriyama S., Yokoyama H., Takahashi S., Iwabuchi M., Takahashi H., Takahashi S., Kinouchi Y., Hiwatashi N., et al. **Eficácia de uma “dieta semi-elementar” como terapia de manutenção para a doença de Crohn: um ensaio clínico randomizado.** Aliment. Pharmacol. Ther. 2016; 24 : 1333–1340. doi: 10.1111 / j.1365-2036.2006.03120.x.

Zachos M, Tondeur M, Griffiths SOU. **Terapia nutricional enteral para indução da remissão na doença de Crohn.** Cochrane Database Syst Rev. 2007;1: CD000542.

Wall, C.L. Geary, R.B. Day AS. **Treatment of Active Crohn's Disease with Exclusive and Partial Enteral Nutrition: A Pilot Study in Adults.** Inflamm Intest Dis. 2018 Jul;2(4):219-227. doi: 10.1159/000489630. Epub 2018 Jun 26. Erratum in: Inflamm Intest Dis. 2018 Jul;2(4):236. PMID: 30221149; PMCID: PMC6135224.

YAMAMOTO, T. NAKAHIGASHI, M. UMEGAE, S. et al. **Impacto da nutrição enteral de longo prazo na recorrência clínica e endoscópica após ressecção para doença de Crohn: um estudo prospectivo, não randomizado, paralelo e controlado.** Aliment Pharmacol Ther. 2016.

YAMAMOTO, T. **Nutrition and diet in inflammatory bowel disease.** Current Opinion in Gastroenterology, v. 29, n. 2, p. 216-221, mar, 2016.

THAIS FERNANDA TORTORELLI ZARILI - Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (2010), doutorado (2020) e mestrado (2015) em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FMB/UNESP). Realizou um período de doutorado sanduíche em 2016 na Universidade de Cabo Verde, em Cabo Verde – África. Possui especializações em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela FMB/UNESP (2013), em Avaliação dos Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (2015), em Preceptoría no SUS pelo Hospital Sírio Libanês (2017) e em Micropolítica e Gestão do Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (2018). Realiza o **Pós-doutoramento** pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMB/UNESP atuando no projeto “Validação de matriz de avaliação da qualidade da organização do trabalho da atenção primária à saúde para atenção à deficiência”. Professora do curso de graduação em Fisioterapia e do mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Membro do Grupo de Trabalho de Avaliação em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Possui experiência em pesquisas em Fisioterapia na Atenção Básica, gestão de serviços, redes de atenção em saúde, avaliação de serviços de saúde especialmente relacionadas à Atenção Primária e atenção a pessoas com deficiência.

A

- Abordagem qualitativa 20, 32
- Abordagem quantitativa 36, 39
- Acessibilidade 1, 2, 3, 4, 5, 6, 47
- Acesso aos serviços de saúde 6, 18, 47, 63, 66, 68
- Administração em Saúde 52, 55
- Alta complexidade 18, 20, 21, 23, 26, 29, 32, 34, 36, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 58
- Assistência oncológica 18, 34, 46
- Auditoria 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 62
- Avaliação em saúde 18, 61, 80

C

- Câncer de mama 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 32, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 65
- Cobertura vacinal 8, 10, 11, 12, 14, 15
- Covid-19 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 68, 69

D

- Dieta 71, 72, 75, 76, 77, 79
- Doença de Crohn 70, 71, 72, 73, 75, 78, 79
- Doença inflamatória intestinal 71, 72, 79
- Doenças preveníveis por vacina 8

E

- Educação em saúde 61, 62, 64, 67, 68
- Equidade 2, 18, 19, 23, 28, 33, 38, 47, 49, 53, 65, 67, 68
- Estratégia saúde da família 1, 2, 69
- Estrutura dos serviços 36
- Estruturas arquitetônicas 1, 4

G

- Gênero 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69
- Gestão da qualidade em saúde 52, 55

I

- Infraestrutura 2, 3, 4, 6, 14, 32, 36, 47
- Integralidade 2, 19, 34, 38, 39, 46, 47

M

Ministério da Saúde 6, 15, 16, 19, 29, 30, 32, 36, 39, 40, 43, 45, 47, 48, 49, 53

Mobilidade 1, 2

N

Necessidades nutricionais 71, 77

Neoplasias da mama 18, 36

Nutrição enteral exclusiva 70, 71, 72, 78

O

Organização Mundial de Saúde 38, 64

P

Pacientes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 57, 58, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 79

Perfil populacional 2

Planejamento 2, 21, 23, 32, 39, 47, 48, 53, 62, 67

Política de saúde 36, 62, 63, 66

Políticas públicas 15, 24, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68

Programas de imunização 8

Promoção da saúde 61, 62, 64, 66, 67, 68, 69

Q

Qualidade 2, 20, 21, 27, 29, 32, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 62, 64, 66, 67, 68, 74, 80

R

Regulação em saúde 18, 20, 24, 34, 50

Revisão integrativa 52, 54, 56, 62, 64, 69, 72

S

Saúde da mulher 25, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68

Segurança do paciente 51, 52, 53, 54, 58, 59

Serviço Hospitalar de Oncologia 36

Sistema Único de Saúde 1, 16, 21, 27, 33, 36, 38, 39, 44, 49, 69

Suporte nutricional 70, 71, 72, 77, 78, 79

T

Terapia nutricional 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 79

U

Utentes 1


V


Vacinação 8, 9, 12, 14, 15, 16

Vacinas contra Hepatite B 8

DA PREVENÇÃO À INTERVENÇÃO:

ABORDAGENS NA SAÚDE COLETIVA 2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

DA PREVENÇÃO À INTERVENÇÃO:

ABORDAGENS NA SAÚDE COLETIVA 2

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br