

ROBERTO JOSÉ LEAL
ORGANIZADOR



CIÊNCIAS DA SAÚDE: A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CURITIBA
EDITORIA REFLEXÃO ACADÊMICA
2024

Roberto José Leal
Organizador



Ciências da Saúde
A Produção de Conhecimento Multiprofissional
na Atenção Primária à Saúde

Reflexão Acadêmica
editora

Curitiba
2024

Copyright © Editora Reflexão Acadêmica
Copyright do Texto © 2024 O Autor
Copyright da Edição © 2024 Editora Reflexão Acadêmica
Editora-Chefe: Profa. Msc. Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan
Diagramação: Editora
Edição de Arte: Editora
Revisão: O Autor

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva da autora. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos a autora, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial:

Prof^a. Msc. Rebeka Correia de Souza Cunha, Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Prof. Msc. Andre Alves Sobreira, Universidade do Estado do Pará - UEPA
Prof^a. Dr^a. Clara Mariana Gonçalves Lima, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Prof^a. PhD Jalsi Tacon Arruda, Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Prof^a. Dr^a. Adriana Avanzi Marques Pinto, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP
Prof. Dr. Francisco Souto de Sousa Júnior, Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA
Prof. Dr. Renan Gustavo Pacheco Soares, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Prof. Dr. Sérgio Campos, Faculdade de Ciências Agronômicas, Brasil.
Prof. Dr. Francisco José Blasi de Toledo Piza, Instituição Toledo de Ensino, Brasil.
Prof. Dr. Manoel Feitosa Jeffreys, Universidade Paulista e Secretaria de Educação e Desporto do Amazonas, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Mariana Wagner de Toledo Piza, Instituição Toledo de Ensino, Brasil.
Prof. Msc. Gleison Resende Sousa, Anhanguera Polo Camocim, Brasil.
Prof^a. Msc. Raiane Vieira Chaves, Universidade Federal de Sergipe, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Thalita Siqueira Sacramento, Escola da Natureza- Secretaria de Educação do Distrito Federal, Brasil.
Prof. Msc. André Luiz Souza, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Leonice Aparecida de Fatima Alves Pereira Mourad, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Lenita de Cássia Moura Stefani, Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2024

Prof^a. Msc. Vanesa Nalin Vanassi, Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Khétrin Silva Maciel, Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Adriana Crispim de Freitas, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Prof. Esp. Richard Presley Silva Lima Brasil, Centro De Educação Superior De Inhumas Eireli, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Vânia Lúcia da Silva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
Prof.^a Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
Prof.^a Dr^a. Maria Clotilde Henriques Tavares, Universidade de Brasília, Brasil.
Prof.^a Dr^a. Márcia Antonia Guedes Molina, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Prof. Msc. Mateus Veppo dos Santos, Centro Universitário Euro-Americanano, Brasil.
Prof.^a Msc. Adriana Xavier Alberico Ruas, Funorte, Brasil.
Prof.^a Msc. Eliana Amaro de Carvalho Caldeira, Centro Universitário Estácio - Juiz de Fora MG, UFJF, Brasil.
Prof. Msc. João Gabriel de Araujo Oliveira, Universidade de Brasília, Brasil.
Prof.^a Dr.^a Anisia Karla de Lima Galvão, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Brasil.
Prof.^a Dr.^a Rita Mônica Borges Studart, Universidade de Fortaleza, Brasil.
Prof.^a Msc. Adriane Karal, UDESC/UCEFF, Brasil.
Prof.^a Msc. Darlyne Fontes Virginio, IFRN, Brasil.
Prof.^a Msc. Luciana Mação Bernal, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
Prof. Dr. Roberto José Leal, Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L435e Leal, Roberto José

Ciências da saúde a produção de conhecimento multiprofissional na atenção primária à saúde / Roberto José Leal
Curitiba: Editora Reflexão Acadêmica, 2024.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui: Bibliografia

ISBN: 978-65-84610-51-4

DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4

1. Saúde. 2. Ciências.

I. Leal, Roberto José. II. Título.

Editora Reflexão Acadêmica
Curitiba – Paraná – Brasil
[contato@reflexaoacademica.com.br](mailto: contato@reflexaoacademica.com.br)



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2024

SOBRE O ORGANIZADOR



Roberto José Leal: Enfermeiro. Professor do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Possui Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Possui Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. É Professor Permanente do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ. Foi Superintendente do Centro de Ciências da Saúde/UFRJ e atualmente é Diretor Geral HESFA/UFRJ.

Contatos:

Telefone: 21 98947-0124

E-mail: rjleal@hesfa.ufrj.br / lealrobertojose2022@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4371-6506>

Site: <https://hesfa.ufrj.br>

PREFÁCIO

O livro **Ciências da Saúde: a Produção de Conhecimento Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde** é uma coletânea que buscou reunir a produção científica resultante das pesquisas desenvolvidas no Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a partir dos Trabalho de Conclusão de Curso de Estudantes de Graduação, Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, bem como das Dissertações de Mestrado oriundas do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde.

Esta produção científica, estruturada em oito capítulos, apresenta algumas temáticas que emergiram da prática docente e discente, tendo como eixo condutor, a produção de conhecimento no campo da Atenção Primária, à luz da perspectiva ampliada do conceito de saúde e da Multiprofissionalidade.

Sendo assim, entre os artigos apresentados tem-se: um estudo que abordou o nível de conhecimento das equipes de saúde da família de uma unidade de atenção primária sobre saúde vocal. Esta investigação teve uma abordagem qualitativa e descritiva, empregando a análise do conteúdo segundo Bardin (2016).

Em outro capítulo é descrita as experiências e vivências de duas equipes de saúde da família durante a realização de uma ação educativa sobre planejamento familiar para mulheres residentes de uma comunidade no município do Rio de Janeiro, localizados na Coordenação de Área Programática 3.2.

Este livro compila ainda dois estudos descritivos de abordagem quantitativa que foram realizados por meio da coleta de dados secundários visando identificar a cobertura vacinal e incidência da coqueluche no Brasil no período entre os anos de 2010 e 2020, assim como a cobertura vacinal e as doenças imunizáveis reemergentes no Brasil, no período entre os anos de 2012 e 2021.

Outro assunto abordado diz respeito ao envelhecimento, a audição e os fatores associados à desvantagem auditiva em idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Este estudo descritivo transversal, teve amostra composta por 120 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, e identificou que o avançar da idade cronológica, frequentemente, é acompanhado de diversas perdas funcionais, inclusive auditivas, acarretando impacto significativos na qualidade de vida desses indivíduos.

Perfazendo uma síntese do conhecimento outros temas discorrem por meio de revisões bibliográficas sobre: 1) o Panorama do Acesso aos Dispositivos Intrauterinos na Atenção Primária à Saúde. Esta revisão integrativa conduzida no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, abrangeu o período de janeiro de 2018 a junho de 2023 e incluiu publicações completas nos idiomas português, inglês e espanhol; 2) A Qualidade da Atenção Primária no Perfil da Mortalidade Neonatal no Brasil. Esta revisão Integrativa teve como objetivo conhecer e analisar os aspectos que os estudos da literatura nacional e internacional revelam sobre o impacto da qualidade da atenção primária no perfil da mortalidade neonatal no Brasil.

Por último, mas não por fim tem-se uma revisão narrativa que abordou o tema da Telessaúde como Ferramenta de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde. O objetivo esta pesquisa foi conceituar a Telessaúde, explorando, com base na literatura científica, suas interfaces e aplicações no apoio à Atenção Primária à Saúde. Os autores deste capítulo optaram em realizar uma revisão narrativa de literatura, fundamentada nos pressupostos de Minayo e utilizando nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Boa leitura!

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas. RN; MD; PHD

Professor Associado da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01	1
ENVELHECIMENTO E AUDIÇÃO: FATORES ASSOCIADOS À DESVANTAGEM AUDITIVA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Felipe Gonçalves Martins	
Ianny Almeida Rocha	
Paloma dos Santos Jacintho	
Lívia Maria Santiago	
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_1	
CAPÍTULO 02	14
ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE TRÍPLICE VIRAL EM LACTENTES DE 1 ANO DE IDADE E A REEMERGÊNCIA DO SARAMPO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2012 A 2021	
Luana Gomes da Silva	
Carlos Eduardo Rodrigues Toledo	
Ana Maria Bezerra Bandeira	
Katerine Moraes dos Santos	
Danielle Amaral de Freitas	
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_2	
CAPÍTULO 03	28
ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL EM LACTENTES DE 1 ANO DE IDADE E A REEMERGÊNCIA DA COQUELUCHE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2020	
Luana Gomes da Silva	
Carlos Eduardo Rodrigues Toledo	
Ana Maria Bezerra Bandeira	
Katerine Moraes dos Santos	
Danielle Amaral de Freitas	
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_3	
CAPÍTULO 04	41
NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE SAÚDE VOCAL	
Carolina Farah Paes	
Roberto José Leal	
Lívia Maria Santiago	
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_4	
CAPÍTULO 05	56
PANORAMA DO ACESSO AOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Maria Gabriela Lopes de França	
Roberto José Leal	
Alan Messala de Aguiar Britto	
Livia Anniele Sousa Lisboa	
Ana Maria Bezerra Bandeira	
Danielle Amaral de Freitas	
Katerine Moraes dos Santos	
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_5	
CAPÍTULO 06	73
PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS FACILITADORAS	
Lucas Lima de Carvalho	
Gisele Venâncio da Silva	
Natasha Pereira da Silva	
Fernanda Alves Lima de Almeida	
Bruna Liane Passos Lucas	

Amanda dos Santos Cabral
Rodrigo Assumpção Rodriguez
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_6

CAPÍTULO 07**87**

TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Tharcisio Carvalho de Oliveira
Katerine Moraes dos Santos
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas
Leonardo Graever
Margareth Maria Gomes de Souza
Danielle Amaral de Freitas
Ana Maria Bezerra Bandeira
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_7

CAPÍTULO 08**107**

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Paula Gama Alves do Nascimento
Antônio Eduardo Vieira dos Santos
Maria Katia Gomes
Elisa da Conceição Rodrigues
Katerine Moraes dos Santos
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas
DOI: 10.51497/reflex.978-65-84610-51-4_8

CAPÍTULO 01

ENVELHECIMENTO E AUDIÇÃO: FATORES ASSOCIADOS À DESVANTAGEM AUDITIVA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Felipe Gonçalves Martins

Doutorando em Saúde Pública

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz

Endereço: Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: felipemartins.md@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2965-8637>

Ianny Almeida Rocha

Graduada em Fonoaudiologia

Instituição: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: ianntalmeida.2828@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-4384-489X>

Paloma dos Santos Jacintho

Graduada em Fonoaudiologia

Instituição: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: santospalomaa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-0314-8711>

Lívia Maria Santiago

Doutora em Saúde Pública e Meio Ambiente

Instituição: Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: liviams@medicina.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3784-9388>

RESUMO: Objetivo: Estimar a prevalência de problema auditivo autorreferido com impacto na realização de atividades cotidianas e identificar fatores associados em usuários idosos de uma unidade de atenção primária à saúde. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal, com amostra composta por 120 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Para o presente estudo foi considerada como variável dependente a autoavaliação de problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas. Resultados: Participaram do estudo indivíduos com idades entre 60 e 94 anos, com média de idade de 72,9 anos (mediana 70,0 e DP \pm 8,2). A maior parte era formada por mulheres n= 92 (76,7%), viúvos(as) n= 36 (30,0%) e com escolaridade superior ou ensino médio n= 51(42,9%). Do total de indivíduos da amostra, 15 (12.5%) responderam de forma

afirmativa à questão relativa a “problema de audição capaz de impedir a realização de atividades cotidianas”. As variáveis faixa etária e “Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?” apresentaram associações estatisticamente significativas com a autoavaliação do problema de audição. Conclusões: O avançar da idade cronológica, frequentemente, é acompanhado de diversas perdas funcionais com grande impacto para os indivíduos. Avaliar questões sensoriais que vão além de seus limites, incluindo as relacionadas à qualidade da função, é primordial para a identificação de queixas e problemas que afetam o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento, saúde, bem-estar, audição.

RESUMEN: Objetivo: Estimar la prevalencia de problemas auditivos auto-reportados que afectan las actividades diarias e identificar factores asociados en ancianos usuarios de una unidad de atención primaria de salud. Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal con una muestra de 120 individuos de ambos sexos con edad igual o superior a 60 años, registrados en un equipo de la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de Río de Janeiro. La variable dependiente de este estudio fueron los problemas auditivos autoevaluados que repercuten en las actividades diarias. Resultados: La edad de los participantes oscilaba entre 60 y 94 años, con una media de 72,9 años (mediana 70,0 y DE \pm 8,2). La mayoría eran mujeres n= 92 (76,7%), viudas n= 36 (30,0%) y con estudios superiores o secundarios n= 51 (42,9%). De todos los individuos de la muestra, 15 (12,5%) dieron una respuesta afirmativa a la pregunta sobre «problemas de audición que le impiden realizar las actividades diarias». Las variables grupo de edad y «¿Le ha dicho algún familiar o amigo que se está volviendo olvidadizo?» mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la autoevaluación de problemas de audición. Conclusiones: El avance de la edad cronológica suele ir acompañado de diversas pérdidas funcionales que tienen un gran impacto en las personas. La evaluación de los aspectos sensoriales que van más allá de sus umbrales, incluidos los relacionados con la calidad de la función, es esencial para identificar quejas y problemas que afectan al bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento, salud, bienestar, audición.

1. INTRODUÇÃO

Considerando a grande diversidade nas formas de envelhecer, o que é influenciado pela história de vida dos indivíduos e dos determinantes sociais nela presentes, há de se reconhecer a complexidade das demandas de saúde da população idosa, o que exige dos serviços de saúde a capacidade de trabalhar para além da prevenção de doenças e cuidados àquelas já estabelecidas, atuando também na promoção do bem-estar global e a preservação da capacidade funcional, questões determinantes para um envelhecimento saudável.¹

A capacidade funcional refere-se às habilidades que permitem às pessoas serem e fazerem aquilo que elas valorizam, podendo estar relacionadas à satisfação de suas necessidades básicas; ao aprendizado, crescimento e tomada de decisões; à sua mobilidade; à construção e manutenção de relacionamentos; e na sua contribuição para a sociedade.²

Dentre todas as manifestações orgânicas possíveis durante o processo de envelhecimento, que podem impactar na autonomia e no bem-estar dos indivíduos, a perda auditiva é uma das mais frequentes, repercutindo em diversas áreas do dia a dia, com destaque aos prejuízos na interação social e na inserção no meio ambiente.³ A perda auditiva é caracterizada como uma diminuição na capacidade de perceber os sons do ambiente e da fala e pode ser classificada de acordo com seus limiares, podendo ser leve, moderada, severa e profunda.⁴ Em idosos, relaciona-se ao declínio cognitivo, à depressão, à redução da capacidade funcional, ao prejuízo nas relações interpessoais e ao aumento do risco de mortalidade.⁵

As consequências não auditivas citadas, oriundas do sensorial auditivo, chamamos de desvantagem auditiva (*handicap* auditivo), pois elas impedem o indivíduo de cumprir plenamente o seu papel na sociedade, influenciando negativamente nos aspectos psicossociais, o que faz com que a adaptação às atividades do dia a dia seja mais limitada.⁶

A Atenção Primária à Saúde (APS), atuando como porta de entrada prioritária para os serviços de saúde, cujas ações visam a integralidade da assistência aos usuários, torna-se um espaço prioritário nos cuidados à saúde das pessoas idosas. Estudos realizados com idosos usuários da APS, que representam a realidade do envelhecimento geral das populações, podem fornecer informações

importantes de saúde pública, considerando que muitas queixas não chegam aos serviços especializados, ambulatoriais.

Embora a audiometria seja o teste padrão ouro para a avaliação da perda auditiva, sua realização não é possível sem equipamento, espaço físico e profissional adequados, o que dificulta seu acesso.⁶ Além disso, tal exame não avalia as questões relacionadas ao *handicap* auditivo, ou seja, o impacto subjetivo da redução da acuidade auditiva na vida das pessoas. Instrumentos de triagem ou questões específicas, autorreferidas, podem ser úteis na identificação de problemas auditivos na APS, devido à facilidade na aplicabilidade e o custo reduzido, podendo ser realizados em larga escala. E, assim, posteriormente, realizar os encaminhamentos necessários, caso sejam identificadas queixas importantes.

Ante o exposto, o objetivo deste trabalho é estimar a prevalência de autorreferência à problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas e identificar os fatores associados em usuários idosos de uma unidade de atenção primária à saúde da cidade do Rio de Janeiro.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal com dados do projeto de pesquisa: “**Análise do índice vulnerabilidade clínico-funcional em idosos em uma equipe de estratégias de saúde da família na zona central da cidade do Rio de Janeiro**”, coordenado por pesquisadores da UFRJ, que objetivou identificar fatores associados à vulnerabilidade clínico-funcional em idosos usuários da Atenção Primária à Saúde, por meio do instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20), no que se referia a variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e outros determinantes em saúde.

A estruturação e planejamento do estudo de onde deriva o presente projeto seguiram as normas dispostas na Resolução CNS no 466, de 12/12/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tal projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - Hospital São Francisco de Assis da UFRJ (EEAN/HESFA/UFRJ) e da Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (SMS/Rio), sendo aprovado pelos dois comitês, sob a numeração de CAAE 52209121.5.0000.5238 e 52209121.5.3001.5279, respectivamente.

2.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra foi composta pelos 120 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados na Equipe Estácio, da Clínica da Família Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Silva, pertencente à área programática 1.0, localizada na zona central da cidade do Rio de Janeiro, entrevistados na pesquisa fonte.

2.2 FONTE DE DADOS

Para o estudo fonte, foi elaborado um instrumento específico composto por 2 partes. A primeira parte do instrumento foi constituída por um questionário estruturado, contemplando variáveis sociodemográficas, de saúde e estilo de vida. A segunda parte foi constituída pelas questões do IVCF-20.

Sociodemográficas: sexo/gênero (masculino, feminino e outro), idade (em anos completos), escolaridade (dividido nas categorias: não foi à escola, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação ou mais), situação conjugal (casado, vive com companheiro, divorciado ou separado, viúvo, solteiro), renda familiar (valor em Reais somado de todos os moradores da residência) e se vive sozinho (sim ou não).

Saúde e estilo e modo de vida: autoavaliação da saúde (Muito Boa, Boa, Regular, Ruim ou Muito Ruim), referência a doenças crônicas (hipertensão, diabetes, dislipidemia, osteoarticulares, doenças cardíacas, derrame ou isquemia, doenças respiratórias graves e câncer), uso de medicação prescrita regular, tabagismo (atual, pregresso, nunca), consumo de bebida alcoólica (atual, pregresso, nunca), atividade física regular (sim ou não), vida saudável (sim ou não) e satisfação com o modo em que vive (sim ou não).

Vulnerabilidade Clínico-Funcional: Para esta avaliação, foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), desenvolvido pelo Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina da UFMG (NUGG), composto por 20 questões, divididas em 10 áreas principais: Idade; Autopercepção da saúde; Avaliação de atividades de vida diária; Avaliação cognitiva; Avaliação do humor; Avaliação da mobilidade/ prensa/ sarcopenia; Histórico de quedas; Avaliação da continência esfíncteriana; Avaliação da acuidade visual/ auditiva; Avaliação de comorbidades e uso de medicação.⁷

Para o presente estudo foi considerada como variável dependente a autoavaliação de problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas, obtida pela resposta sim ou não à questão “**Você tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade (é permitido o uso de aparelho auditivo)?**”.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise descritiva da distribuição das variáveis foi realizada por meio de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas e distribuições de frequência para variáveis categóricas.

Foram realizadas análises de X^2 de Pearson, para avaliar diferenças entre as categorias de resposta das variáveis independentes e a variável dependente “autoavaliação de problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas”.

O programa SPSS (*Statistical Package Social Science for Windows*) versão 20 (SPSS Inc. Chicago, IL) foi utilizado para a realização das análises e foi considerado um nível de significância estatística de 95%.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 120 indivíduos com idades entre 60 e 94 anos, com média de idade de 72,9 anos (mediana 70,0 e DP \pm 8,2). A maior parte era formada por mulheres n= 92 (76,7%), viúvos(as) n= 36 (30,0%) e com escolaridade superior ou ensino médio n= 51(42,9%).

Tabela 1: Distribuição da população de estudo segundo características sociodemográficas (N= 120)

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Masculino	28	12,7
Feminino	92	76,7
Faixa etária		
60-69 anos	49	40,8
70-79 anos	42	35,0
80 anos ou mais	29	24,2
Situação conjugal		
Casado/com companheira	33	27,5
Separado/divorciado	18	15,0
Solteiro	33	27,5
Viúvo	36	30,0

Variáveis	N	(%)
Escolaridade		
Graduação ou mais	19	16,0
Ensino médio	32	26,9
Ensino fundamental completo	24	20,2
Ensino fundamental incompleto	37	31,1
Não frequentou escola	7	5,9
Renda mensal familiar**		
1 salário mínimo	43	35,8
2 salários mínimos	53	44,2
3 ou mais salários mínimos	23	20,0
Quantas pessoas moram no domicílio		
Mora sozinho	41	34,2
2 pessoas	42	35,0
3 ou mais	37	30,8

* Diferenças entre os números absolutos devem-se a valores faltantes.

** Em número de salários-mínimos

Fonte: Os autores.

Do total de indivíduos da amostra, 15 (12,5%) responderam de forma afirmativa para a questão relativa a “problema de audição capaz de impedir a realização de atividades cotidianas”.

Na Tabela 2, encontra-se a distribuição das características sociodemográficas e de estilo de vida, pela variável referente à autoavaliação de problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas. As variáveis sexo, escolaridade, estado conjugal, história de tabagismo, etilismo ou realização de atividade física não se mostraram associadas à autoavaliação de problema auditivo. A única associação estatisticamente significativa com a autoavaliação do problema de audição foi a faixa etária.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e de estilo de vida por autoavaliação de problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas (N= 120)

	Problema de audição capaz de impedir a realização de atividades cotidianas	
Variável	Não n (%)	Sim n (%)
Faixa etária**		
60-69 anos	43 (87,8)	6 (12,0)
70-79 anos	40 (95,2)	2 (4,8)
80 anos ou mais	22 (75,9)	7 (24,1)
Sexo		
Masculino	25 (89,3)	3 (10,7)
Feminino	80 (87,0)	12 (13,0)
Escolaridade		
Superior/ Ensino médio	42 (82,4)	9 (17,6)
Ensino fundamental completo	22 (91,7)	2 (8,3)
Ensino fundamental incompleto	33 (89,2)	4 (10,8)

Variável	Problema de audição capaz de impedir a realização de atividades cotidianas	
	Não n (%)	Sim n (%)
Estado conjugal		
Casado/vive com companheiro	31 (93,9)	2 (6,1)
Solteiro/separado/ divorciado	45 (88,2)	6 (11,8)
Viúvo	29 (80,6)	7 (19,4)
Histórico de tabagismo		
Nunca	50 (84,7)	9 (15,3)
Tabagista pregresso	36 (92,3)	3 (7,7)
Tabagista atual	19 (86,4)	3 (13,6)
Histórico de consumo de álcool		
Nunca	36 (81,8)	8 (18,2)
Hábito pregresso	46 (88,5)	6 (11,5)
Hábito atual	23 (95,8)	1 (4,2)
Prática de atividade física nos últimos 12 meses		
Sim	41 (89,1)	5 (10,9)
Não	64 (86,5)	10 (13,5)

* A diferença entre os valores totais deve-se aos valores faltantes; ** p-valor < 0,05

Fonte: Os autores.

Na Tabela 3 pode-se observar a distribuição das características da saúde, pela variável referente à autoavaliação de problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas. Somente a variável “Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?” apresentou associação estatisticamente significativa com a autoavaliação do problema de audição.

Tabela 3: Caracterização da saúde por autoavaliação de problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas (N= 120)

Variável	Problema de audição capaz de impedir a realização de atividades cotidianas	
	Não n (%)	Sim n (%)
Autoavaliação da saúde		
Boa/muito boa/regular	50 (47,6)	6 (40,0)
Ruim/muito ruim	55 (52,4)	9 (60,0)
Diagnóstico de doença crônica		
Não	13 (12,4)	2 (13,3)
Sim	92 (87,6)	13 (86,7)
Polifarmácia		
Menos de 3 medicamentos prescritos	64 (60,9)	8 (53,3)
3 ou mais medicamentos prescritos	41 (39,1)	7 (46,7)
Acredita que tem uma vida saudável		
Sim	72 (68,6)	8 (53,3)
Não	33 (31,4)	7 (46,7)
Satisfeito com o modo em que vive		
Sim	78 (74,3)	11 (73,3)
Não	27 (25,7)	4 (26,7)

Variável	Problema de audição capaz de impedir a realização de atividades cotidianas	
	Não n (%)	Sim n (%)
Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?*		
Não	81 (77,1)	8 (53,3)
Sim	24 (22,9)	7 (46,7)
No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		
Não	61 (58,1)	6 (40,0)
Sim	44 (41,9)	9 (60,0)
No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em fazer atividades que eram prazerosas?		
Não	70 (66,7)	7 (46,7)
Sim	35 (33,3)	8 (53,3)

* p-valor < 0,05

Fonte: Os autores.

4. DISCUSSÃO

A percepção humana do mundo ocorre através dos órgãos sensoriais e a interação com o mundo e seu conhecimento ocorre por meio da combinação e estimulação dos sentidos, que facilitam o aprendizado e a percepção humana, pois o cérebro é responsável por receber e interpretar as sensações captadas pelos órgãos, transformando-as em informações importantes para o corpo.⁸ O declínio ou alterações nas funções sensoriais pode levar a déficits cognitivos que prejudicam a qualidade de vida e a capacidade funcional dos indivíduos.⁹

O envelhecimento é reconhecido como um dos fatores de risco para a perda auditiva adquirida. Mas, para além da perda ou redução de limiares auditivos, também se destaca a desvantagem auditiva como causa de possíveis transtornos na vida das pessoas idosas.

Em 1982, Ventry e Weinstein¹⁰ desenvolveram o instrumento Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE), com o objetivo de analisar o impacto da perda auditiva no aspecto emocional e social de pacientes idosos não institucionalizados. Os autores recomendaram seu uso, tanto em programas de acolhimento, quanto de requalificação auditiva e avaliação das vantagens do uso do aparelho auditivo, para que possam ser verificadas alterações na autopercepção do handicap.¹⁰

No presente estudo, foi utilizada a questão “Você tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade?”, do instrumento IVCF-20, de avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional da pessoa idosa ⁷, como uma variável

de aproximação do conceito de *handicap* auditivo numa população de usuários da Atenção Primária à Saúde, para investigar a autoavaliação de possível problema auditivo com impacto na realização de atividades cotidianas. A literatura demonstra que o uso da autoavaliação auditiva é de grande importância, visto que nelas são observadas e compreendidas as dificuldades do cotidiano desta população, já que os obstáculos durante a rotina raramente seriam pesquisados e referidos em avaliações normais, como as audiometrias e outros exames.¹¹

Destaca-se que a questão utilizada no estudo se refere ao impedimento na realização de atividades, não somente à restrição na sua execução. Assim, uma prevalência de 12,5% pode ser considerada importante. Lamentavelmente, como foram utilizados dados secundários, não foi possível investigar quais eram as atividades impactadas (comunicativas, religiosas, de lazer etc).

Por conta da desvantagem auditiva, pessoas idosas podem vir a ser mais introspectivas, com reduzida interação social, fazendo com que se tornem mais silenciosas e reclusas, por receio de raiva e frustração diante da possibilidade de ruídos na comunicação interpessoal. A partir disso, pode-se entender que a perda auditiva irá influenciar diretamente em questões psicológicas e sociais dos indivíduos.¹¹

A perda auditiva decorrente do processo de envelhecimento pode prejudicar a capacidade dos idosos de realizar atividades, aumentando significativamente o risco de declínio funcional.¹² Além das alterações na audição, a memória e outras funções cognitivas diminuem durante o processo de envelhecimento. A diminuição da percepção auditiva pode apressar o processo de declínio cognitivo em função das limitações que a perda auditiva gera, como complexidades na comunicação, exclusão social e ausência de independência.¹³

A função cognitiva em idosos está relacionada com a sua saúde física e bem-estar mental, e é considerada um importante indicador de envelhecimento saudável e longevidade.¹⁴ A estimulação cognitiva desenvolve as capacidades necessárias para controlar e orientar nossos pensamentos, emoções e comportamentos.¹⁵

Este estudo apresenta algumas limitações importantes. A elevada proporção de idosos jovens (faixa etária de 60 a 69 anos) provavelmente representou um fator atenuante para uma maior prevalência de queixa de desvantagem auditiva. Além disso, a variável utilizada para avaliação da desvantagem auditiva foi uma variável aproximada, não se tratando de um instrumento exclusivamente utilizado para tal finalidade (como o HHIE, por exemplo), o que restringe a precisão da informação

obtida. Ainda, como foram utilizados dados secundários, não foi possível buscar informações que pudessem identificar quais as atividades do dia a dia eram impactadas (comunicativas, religiosas, de lazer etc).

Como fortalezas do estudo, destacamos a realização de uma investigação feita com idosos não ambulatoriais, residentes e usuários dos serviços públicos de saúde de um território atendido pela Estratégia de Saúde da Família, o que significa tratar-se de uma população não específica da saúde auditiva e, portanto, representante da população mais geral de idosos do município do Rio de Janeiro. Também, se enfatiza o rigor metodológico e ético aplicado para tal estudo epidemiológico.

5. CONCLUSÃO

O avançar da idade cronológica, frequentemente, é acompanhado de diversas perdas funcionais com grande impacto para os indivíduos. No presente estudo, mais de 12.0% dos idosos usuários de serviços de atenção primária à saúde entrevistados apresentavam queixa de problema auditivo que interferia nas atividades cotidianas.

Avaliar questões sensoriais que vão além de seus limiares, incluindo as relacionadas à qualidade da função, é primordial para a identificação de queixas e problemas que afetam o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. As funções cognitivas, em especial a memória, devem ser priorizadas em planos de cuidado de saúde auditiva, uma vez que se relacionam à piora nas funções relacionadas à audição.

REFERÊNCIAS

1. SCHENKER, M.; COSTA, D. H. D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
2. BEARD, J. R.; OFFICER, A.; CARVALHO, I. A.; SADANA, R.; POT, A. M.; MICHEL, J. P. *et al.* The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 387, n. 10033, p. 2145-2154, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4).
3. RUSSO, I. C. P.; ALMEIDA, K. O Processo de Reabilitação Audiológica do Deficiente Auditivo Idoso. In: MARCHESAN, I. Q.; BOLAFFI, C.; GOMES, I. C. D.; ZORZI, J. L. **Tópicos de Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise; 1995. p. 430-447.
4. MOMENSOHN-SANTOS, T. M.; RUSSO, I. C. P. **Prática de Audiologia Clínica**. São Paulo: Cortez, 2011.
5. GOPINATH, B.; SCHNEIDER, J.; HICKSON, L.; MCMAHON, C. M.; BURLUTSKY, G.; LEEDER, S. R.; MITCHELL, P. Hearing handicap, rather than measured hearing impairment, predicts poorer quality of life over 10 years in older adults. **Maturitas**, v. 72, n. 2, p. 146-151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.03.010>
6. GATES, G. A.; MURPHY, M.; REES, T. S.; FRAHER, A. Screening for handicapping hearing loss in the elderly. **Journal of Family Practice**, v. 52, n. 1, p. 56-62, 2003.
7. MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Avaliação multidimensional do idoso**. 5. ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1).
8. GOLDSCHMIDT, A. I. *et al.* a importância do lúdico e dos sentidos sensoriais humanos na aprendizagem do meio ambiente. In: **XIII Seminário Internacional de Educação**, jul. 2008.
9. GIRO, A.; PAUL, C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. **Actas de Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2013. Disponível em: <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/51>
10. VENTRY, I. M.; WEINSTEIN, B. E. The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: a new tool. **Ear Hear**, v. 3, p. 128-34, 1982.
11. SANTIAGO, L. M.; NOVAES C. O. Auto-avaliação da audição em idosos. **Revista CEFAC**, v. 11, n. suppl1, p. 98-105, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000500015>
12. LOPES, L. C. **Análise do processamento auditivo central em idosos portadores de comprometimento cognitivo leve**. 2011. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo.
13. MICK, P.; REED, M.; PICHORRA-FULLER, M. Hearing, cognition, and healthy aging: social and public health implications of the links between age-related declines in hearing and cognition. **Semin Hear**, v. 36, n. 3, p. 122-39, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555116>
14. IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M.; GOMES, I.; SCHNEIDER, R. H. Funções cognitivas e bem-estar psicológico em idosos saudáveis. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 16, n. 2, 2011. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.18613>

15. LARA, D. D.; GULARTT, V.; CHICON, P. M. M.; QUARESMA, C. R. T. A contribuição dos jogos para o estímulo cognitivo social em idosos. *In: XXII Seminário Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 2017.

CAPÍTULO 02

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE TRÍPLICE VIRAL EM LACTENTES DE 1 ANO DE IDADE E A REEMERGÊNCIA DO SARAMPO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2012 A 2021

Luana Gomes da Silva

Mestranda Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: luanagds1989@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-9493-1706>

Carlos Eduardo Rodrigues Toledo

Mestrando Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: toledopharma@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8170-643X>

Ana Maria Bezerra Bandeira

Doutora em Engenharia Metalúrgica e de Materiais

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: anabandhesfa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2529-8280>

Katerine Moraes dos Santos

Doutora em Enfermagem

Instituição: Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (UFF); Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: katerine_moraes@id.uff.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2064-5207>

Danielle Amaral de Freitas

Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: dafufrj@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5460-8316>

RESUMO: Introdução: O Sarampo é uma doença viral, infecciosa aguda, transmissível e extremamente contagiosa. É uma doença grave, acontece principalmente em crianças menores de cinco anos de idade, em pessoas desnutridas e imunodeprimidas. A vacinação compreende uma das ações estratégicas de saúde pública mais efetiva na prevenção de doenças. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações é peça fundamental no controle, erradicação e eliminação de doenças imunopreveníveis e sua eficácia é medida sobretudo pelos percentuais de cobertura vacinal que possuem relação inversa com a taxa de incidência de doenças imunizáveis. Objetivo: Analisar a cobertura vacinal em lactentes de 1 ano de idade e a ocorrência do sarampo entre os anos de 2012 e 2021 no Brasil. Metodologia: Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado através da coleta de dados secundários sobre a cobertura vacinal e doenças imunizáveis reemergentes no Brasil, no período entre os anos de 2012 e 2021. Resultados e discussão: No período estudado observou-se uma queda gradativa da cobertura vacinal contra sarampo, principalmente após o ano de 2014, concomitante a isso houve o aumento da sua incidência que foi de 9,9 casos no mesmo ano, doença essa considerada até então controlada. Conclusão: A reemergência do sarampo no Brasil, coincide com a diminuição gradativa das coberturas vacinais no país, o que pode indicar uma relação entre as baixas coberturas vacinais e o reaparecimento ou aumento da incidência das doenças. Nesse contexto são imprescindíveis ações tanto governamentais como da sociedade civil para a retomada e, bem como estratégias para o aumento da oferta de vacinas, da adesão da população à imunização com consequente alcance de números satisfatórios no que se refere a cobertura vacinal no Brasil.

PALAVRAS CHAVE: vacinas, cobertura vacinal, imunização, sarampo.

RESUMEN: Introducción: El sarampión es una enfermedad vírica aguda, infecciosa, transmisible y extremadamente contagiosa. Es una enfermedad grave, que se presenta principalmente en niños menores de cinco años, en personas desnutridas e inmunodeprimidas. La vacunación es una de las estrategias de salud pública más eficaces para prevenir la enfermedad. En Brasil, el Programa Nacional de Inmunización es un elemento clave en el control, erradicación y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacunación y su eficacia se mide sobre todo por el porcentaje de cobertura de vacunación, que está inversamente relacionado con la tasa de incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación. Objetivo: Analizar la cobertura de vacunación en lactantes de 1 año y la incidencia de sarampión entre 2012 y 2021 en Brasil. Metodología: Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo realizado mediante la recolección de datos secundarios sobre cobertura de vacunación y enfermedades inmunizables reemergentes en Brasil entre 2012 y 2021. Resultados y discusión: En el período estudiado, hubo una caída gradual en la

cobertura de vacunación contra el sarampión, especialmente después de 2014, concomitante con esto fue un aumento en su incidencia, que fue de 9,9 casos en el mismo año, una enfermedad considerada controlada hasta entonces. Conclusión: La reaparición del sarampión en Brasil coincide con la disminución gradual de la cobertura de vacunación en el país, lo que puede indicar una relación entre la baja cobertura de vacunación y la reaparición o el aumento de la incidencia de enfermedades. En este contexto, son esenciales acciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil para reanudar la vacunación, así como estrategias para aumentar el suministro de vacunas y la adherencia de la población a la inmunización, con el consecuente alcance de números satisfactorios en términos de cobertura de vacunación en Brasil.

PALABRAS CLAVE: vacunas, cobertura de vacunación, inmunización, sarampión.

1. INTRODUÇÃO

O Sarampo é uma doença viral, infecciosa aguda, transmissível e extremamente contagiosa. É uma doença grave, principalmente em crianças menores de cinco anos de idade, pessoas desnutridas e imunodeprimidas. A transmissão do vírus ocorre de forma direta de pessoas doentes ao espirrar, tossir, falar ou respirar próximo a pessoas que não apresentam imunidade contra o vírus do sarampo, o que torna evidente a importância da vacinação, conforme recomendações do Ministério da Saúde¹.

No Brasil, após o ano 2000, os casos confirmados eram importados ou relacionados à importação (quando a exposição se deu durante viagem a um país onde existe circulação do vírus no momento da viagem). Entre janeiro de 2013 a agosto de 2015 no Brasil foram confirmados 1.310 casos de sarampo, sendo que a maior frequência dos casos referidos ocorreu no nordeste do país, nos estados de Pernambuco e Ceará². Por não haver notificação de casos confirmados de sarampo durante 12 meses consecutivos, o Brasil recebeu a certificação de eliminação do sarampo em 2016³, porém, com a reintrodução do vírus em território nacional, o Brasil perdeu a certificação. A reemergência do sarampo no Brasil tem sido associada ao aumento do fluxo migratório, com consequente importação de casos e à baixa cobertura vacinal.

As migrações ocorreram principalmente em 2017, devido à situação socioeconômica e política na Venezuela. Esse movimento migratório contribuiu para a propagação do vírus para outras áreas geográficas, contribuindo para a ocorrência de surtos na região Norte do Brasil em 2018⁴.

A forma mais eficaz de proteção contra o sarampo é a imunização, a vacina que protege contra o sarampo é a tríplice viral, que faz parte do calendário vacinal e é oferecida pelo sistema único de saúde (SUS) e protege o indivíduo também contra a rubéola e a caxumba. O Ministério da Saúde recomenda que todos os indivíduos de 1 a 29 anos de idade recebam duas doses da vacina contra o sarampo, sendo a primeira dose aos 12 meses e a segunda dose aos 15 meses. Adicionalmente, com o aumento do número de casos de sarampo no Brasil a partir do ano de 2019 foi recomendada uma dose zero de tríplice viral aos 6 meses de vida, em estados com circulação ativa do vírus¹.

A vacinação é uma das mais importantes medidas de prevenção de doenças, tem baixa complexidade e grande impacto nas condições de saúde de uma

população. Ela se constitui como uma das medidas mais custo-efetivas na prevenção primária de doenças. Para o fortalecimento das ações de imunização no Brasil foi formulado em 1973 o Programa Nacional de imunização (PNI), com o objetivo de coordenar as ações de imunizações, institucionalizado em 1975 e, desde então, constitui peça importante no controle das doenças transmissíveis que podem ser prevenidas mediante imunizações. O PNI se consolidou como uma estratégia a nível nacional e conseguiu eliminar ao longo do tempo doenças como a varíola, a poliomielite e o sarampo, que somente foi possível pelo esforço em disponibilizar imunobiológicos de qualidade e manter uma cobertura vacinal adequada⁵.

Apesar da sua importância, muitos são os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde na manutenção das coberturas vacinais. Estudar a cobertura vacinal da tríplice viral no Brasil, se mostra de fundamental importância na busca de estratégias para aumentar essa cobertura e manter doenças imunopreveníveis controladas no país. Portanto, o objetivo deste estudo será analisar a cobertura vacinal em lactentes de 12 meses de idade no Brasil e a incidência do Sarampo entre os anos de 2012 e 2021.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico descritivo. Para a análise da cobertura vacinal foi extraído o número de doses realizadas da vacina tríplice viral (TV), que protege contra sarampo, caxumba e rubéola, em crianças de 12 meses de idade, entre os anos 2012 e 2021 do Sistema de Informação sobre o Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) a partir do Departamento de informação e informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para a análise do perfil epidemiológico do sarampo, foram extraídas do Tabnet\DATASUS as variáveis faixa etária, ano do início dos sintomas, região de residência, país de origem da infecção, evolução e critério de confirmação dos casos entre os anos 2012 e 2021.

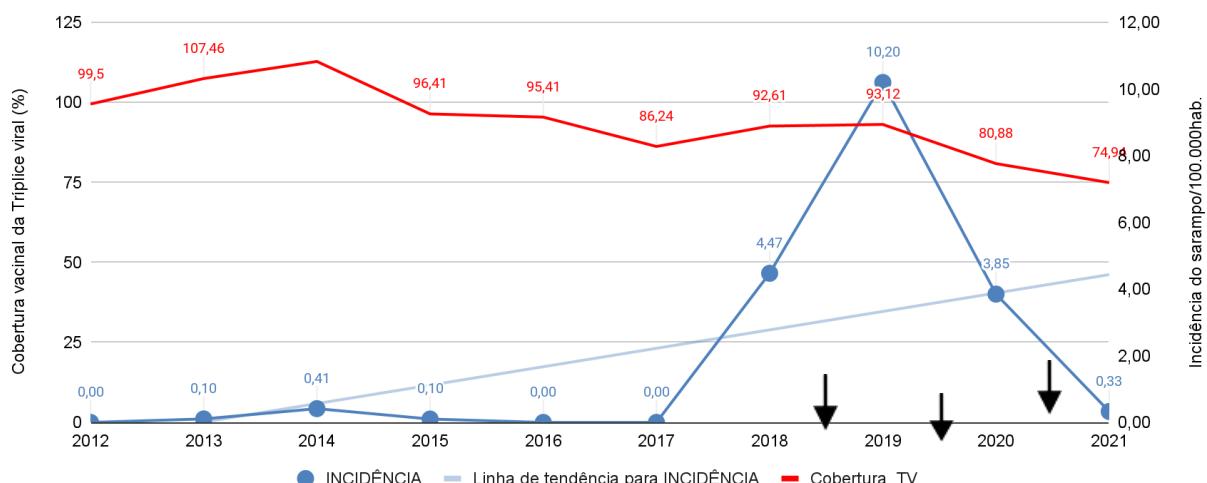
A análise dos dados foi realizada a partir do cálculo das medidas de frequência absolutas e relativas. Para o cálculo da incidência, foi utilizada como população de referência a projeção da população geral do Brasil, para os anos de estudo, acessível no DATASUS. Para situar as ações realizadas de vacinação ao longo do tempo, foram extraídas informações relativas às campanhas de vacinação através do DATASUS. As análises foram realizadas utilizando o programa Microsoft Excel 365. Não foi

necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, considerando a Resolução 466/12, pois foram utilizadas bases de dados de domínio público.

3. RESULTADOS

A cobertura da vacina tríplice viral em 2012 ultrapassou 95%, mantendo-se com coberturas adequadas até o ano de 2016 (95,41%), porém, a partir de 2017 houve declínio gradativo chegando a (80,88%) em 2020 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Cobertura vacinal da tríplice viral, campanhas de vacinação e taxa incidência de sarampo no Brasil entre 2010 e 2021.



Fonte: SI-PNI TABNET, 2024

No que diz respeito aos casos de sarampo, no período estudado foram confirmados 40.872 casos na população geral. De acordo com o gráfico 1, observa-se na série histórica que houve um aumento do número de casos entre 2013 e 2014, chegando a 835 casos em 2015 (incidência 0,41/100.000 habitantes), nos anos de 2016 e 2017 não houve casos autóctones, em contraponto, entre 2018 e 2021 ocorreram 97% do total de casos confirmados no período.

Com relação à região de residência dos casos confirmados, entre 2013 e 2015 a região nordeste obteve 98% ($n=1224$) dos casos notificados. Entre 2018 e 2021 os casos se concentraram nas regiões sudeste (51%, $n=20.961$) e norte do país (38%, $n=15.433$), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Casos de sarampo por região de residência no Brasil entre 2012 e 2021.

Região de residência	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total n	%
Norte	-	-	-	1	-	-	9150	424	5189	669	15433	38
Nordeste	1	199	823	202	1	3	12	558	85	15	1899	5
Sudeste	-	9	12	4	-	-	27	18640	2253	16	20961	51
Sul	-	1	-	-	-	-	47	1765	598	-	2411	6
Centro-Oeste	1	1	-	-	-	-	2	30	24	1	59	0
Ignorado/Exterior	-	-	-	-	-	-	91	16	2	-	109	0

Fonte: Os autores.

A Tabela 2 apresenta os casos de sarampo por faixa etária e situação de encerramento no Brasil, no período. Entre os casos notificados, 45% (n= 18.202) foi entre adolescentes e adultos jovens, 29% entre 20 e 29 anos de idade. Entre as crianças, 31% (n=12.679) eram menores de 5 anos de idade e 18% (n=7.478) menores de um ano. A maioria dos casos evoluiu para cura (90%, n=36.859), enquanto 56 vieram a óbito, 43 tendo como causa o sarampo. Entre os casos que evoluíram ao óbito, 66% (n=37) eram menores de 5 anos.

Tabela 2: Casos de sarampo por faixa etária e situação de encerramento no Brasil entre 2012 e 2021.

Faixa Etária	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo	Óbito por outra causa	Total de óbitos n(%)	Óbitos (%)	Total
Total	3957 (9,7%)	36859 (90,2%)	43 (0,11%)	13 (0,03%)		56	40.872
<1 Ano	708	6.741	23	6	29 (52)	52	7.478
1-4	513	4.680	8		8 (14)	14	5.201
5-9	112	1.300		1	1 (2)	2	1.413
10-14	107	1.232	1	1	2 (4)	4	1.341
15-19	488	5.913					6.401
20-29	1.209	10.588	2	2	4 (7)	7	11.801
30-39	532	4.138	2		2 (4)	4	4.672
40-49	173	1.416	4	2	6 (11)	11	1.595
50-59	100	725	3		3 (5)	5	828
60-64	10	71					81
65-69	2	31		1	1 (2)	2	34
70-79	3	16					19
80 e +		8					8

Fonte: Os autores.

Relativo ao critério de confirmação, observa-se que a maioria (68%, n=27.987) dos casos foi confirmado por critério laboratorial, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Critérios de confirmação de sarampo no Brasil entre 2012 e 2021.

Critério de confirmação	N	%
Ignorado/Branco	141	0
Laboratório	27987	68
Clínico-Epidemiológico	8417	21
Clínico	4310	11
Data da última dose de vacina	17	0

Fonte: Os autores.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo aponta que entre 2013 e 2015 houve aumento do número de casos de sarampo. Entretanto, como a cobertura vacinal estava acima de 90%, a doença não se propagou pelo país. Após o recebimento do Certificado Internacional de país livre do sarampo em 2016, com a queda gradativa da cobertura vacinal da tríplice viral, associada ao aparecimento de casos de sarampo, houve aumento importante da incidência, especialmente em locais turísticos e que fazem fronteira com outros países. Esse contexto destaca a importância da manutenção das coberturas vacinais adequadas.

As campanhas de vacinação oportunizam o acesso às vacinas, a atualização da situação vacinal, o aumento das coberturas vacinais e a homogeneidade, a redução da incidência de doenças imunopreveníveis e contribui para o controle, eliminação e a erradicação dessas doenças¹. Entretanto, nos últimos anos a cobertura vacinal no Brasil vem sofrendo um decréscimo importante, prova disso é o reaparecimento de doenças antes consideradas eliminadas, como o Sarampo⁴.

A análise dos dados permitiu constatar que o reaparecimento de casos autóctones de sarampo no Brasil, coincidiu com a diminuição gradativa das coberturas vacinais no país, o que pode indicar uma relação entre as baixas coberturas vacinais e o ressurgimento e aumento da incidência dessa doença. Nesse sentido, o monitoramento contínuo de casos, através da rede de Vigilância em Saúde e a intensificação de campanhas voltadas para a recuperação das altas taxas de coberturas vacinais devem ser objetivos perseguidos pelos órgãos responsáveis.

A baixa cobertura vacinal é um dos principais fatores que contribuem diretamente para o aumento de casos de doenças imunopreveníveis, que decorrem do desconhecimento da população sobre as vacinas e seus inúmeros benefícios⁶. Vale destacar, nesse contexto, a importância da gestão em saúde voltada para o acompanhamento da homogeneidade das coberturas vacinais da população e a incidência de doenças imunopreveníveis.

No Brasil, entre os anos de 2012 e 2014, foram confirmados casos isolados de sarampo, importados de outros países que, em decorrência da alta cobertura vacinal, não foram capazes de causar surtos. Entre 2012 e 2016, a cobertura vacinal da tríplice viral ultrapassou 95%. Adicionalmente, a ausência de casos autóctones de sarampo no Brasil em 2015, mantendo 12 meses sem notificação de casos confirmados,

corroboram para o recebimento da certificação da eliminação do sarampo em 2016. A certificação foi perdida em 2019 quando o Brasil registrou novos casos autóctones de sarampo no país, neste ano a cobertura vacinal contra o sarampo no país foi de 93,12%, quando o ideal seria de 95%. Os dados vão ao encontro dos resultados de pesquisa que correlacionou as baixas coberturas vacinais, principalmente a partir do ano de 2017, ao reaparecimento de casos de sarampo no Brasil⁷.

Cabe ressaltar que, em 2017, época com declínio acentuado da cobertura vacinal no Brasil, foram notificados novos casos importados da Venezuela. Neste período, diversos imigrantes chegaram provenientes do referido país, que faz fronteira com o Brasil e que ainda mantém a circulação do vírus do sarampo. Portanto, com a baixa cobertura vacinal, atrelada ao número expressivo de suscetíveis e a alta transmissibilidade do vírus, houve o reaparecimento da doença ocasionando surtos em diversas regiões do país a partir de 2018. Neste cenário, apesar de todos os esforços para manter o sarampo eliminado no Brasil, não foi possível interromper a cadeia de transmissão da doença que se manteve sustentada por doze meses consecutivos na região norte do país, configurando o restabelecimento da transmissão endêmica do sarampo no território nacional¹.

Após 2017, com as coberturas abaixo de 90%, houve um aumento significativo das internações por sarampo no país, especialmente entre menores de 2 anos de idade, o que demonstra não somente a relação entre as baixas coberturas vacinais e a incidência de doenças imunopreveníveis como também o potencial de gravidade para os grupos mais vulneráveis e o aumento do custo em serviços e equipamentos de saúde⁶.

As medidas de controle implementadas ao longo do tempo têm contribuído para a redução dos casos notificados, entretanto, não são suficientes para a eliminação da circulação do sarampo. As ações empregadas como a intensificação das campanhas de vacinação, a adoção da dose ZERO de tríplice viral aos seis meses de vida e o monitoramento da cobertura vacinal e da taxa de abandono visam atingir a proteção individual, especialmente para crianças menores de um ano; e coletiva, com vistas a atingir as metas estabelecidas pela OMS para manter a população livre do sarampo e impedir a propagação do vírus⁶.

Em 2020, período da pandemia por covid-19, houve a redução da incidência do sarampo, assim como das demais doenças por via de transmissão respiratória⁸. A covid-19 é uma doença emergente, causada pelo vírus SARS-CoV-2, possui perfil

pandêmico que ocasionou uma grave emergência de saúde pública iniciada em março de 2020⁹. Na ausência do conhecimento da fisiopatologia da doença, de medicações efetivas e seguras no combate à doença e a inexistência de vacinas, foram adotadas medidas não farmacológicas para minimizar a circulação do vírus como distanciamento social, uso de máscaras e lavagem frequente das mãos¹⁰, o que pode ter contribuído para conter a disseminação do sarampo.

Além da redução da transmissão, a covid-19 pode ter influenciado na detecção de casos, visto que neste período os vírus não deixaram de circular, mas o atendimento restrito nas unidades de saúde juntamente com o medo do contágio pela covid-19, podem ter contribuído para diminuição na identificação de casos suspeitos de sarampo e consequentemente a confirmação deste. Ademais, o momento da pandemia da covid-19 foi o período com a menor cobertura vacinal registrada no período do estudo, o que pode estar relacionado com a diminuição da circulação das pessoas, a procura por atendimento que não estivesse relacionada a Covid-19.

Durante a pandemia somaram-se aos desafios já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) outros relacionados a interrupções de serviços e da cadeia de suprimentos, medidas de prevenção que limitavam o acesso e a disponibilidade do serviço de imunização^{11,12}. Adicionalmente, o contexto político complexo que o Brasil enfrentava, trouxe outros desafios como o aumento da desinformação com a propagação de *fake news*, inclusive difundidas por representantes do próprio governo, além de recusa à vacina e desvio de recursos para resposta à pandemia.

A problemática relativa à imunização está relacionada não só às baixas coberturas vacinais, mas também à resistência por parte de muitos atores da sociedade no que se refere à vacinação. Pode-se citar como explicação para diminuição da aceitação vacinal: a diminuição da percepção de risco dessas doenças e o aumento da percepção de risco de eventos supostamente atribuíveis à vacinação e imunização (ESAVI)¹³.

Entre outros fatores que influenciaram a queda das coberturas vacinais a partir de 2016, podem ser citados o surgimento da hesitação vacinal, fenômeno que tem ganhado importância em várias partes do mundo e se caracteriza pelo atraso em aceitar ou pela recusa da vacina, independentemente de sua disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde¹³. Outra possibilidade que se pode citar também foi a crise político-econômica e a disseminação através das redes sociais de *fake news* sobre vacinas, que possivelmente contribuíram para a acentuada queda das

coberturas nos últimos anos e que ficou evidenciada mais claramente durante a implementação da vacinação contra o Coronavírus e que pode ter afetado a confiança da população no que se referem as demais vacinas¹⁴.

São necessárias ações imediatas para a recuperação das altas coberturas vacinais no país, bem como a confiança da população nas vacinas. Tais ações somente poderão ser efetivas com mobilização popular, buscando o fortalecimento da rede, com diversas frentes de atuação¹⁵. Em 2021 foi lançado o projeto “Pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais (PRCV)”, liderado pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz (Bio-Manguinhos/Fiocruz), pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) e pelo PNI, ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS)¹⁶. Para atingir as metas ideais de cobertura vacinal, o PRCV incentiva o protagonismo dos representantes de cada território, promovendo a articulação entre diferentes parceiros, formando, consolidando e ampliando redes colaborativas, com o intuito de identificar dificuldades, trocar ideias, compartilhar soluções e fazer Planos Municipais pela reconquista das altas coberturas vacinais que beneficiem os municípios e estados, de acordo com suas necessidades, singularidades e diversidade¹⁵.

Iniciativas como estas devem ser apoiadas e incentivadas em todo território nacional, visando a recuperação das coberturas vacinais e consequentemente a eliminação e controle de doenças que podem ser prevenidas através da vacinação no país. Sem essas ações de conscientização e busca pela recuperação de coberturas vacinais satisfatórias enfrenta-se um risco iminente de retorno de doenças já erradicadas no território nacional¹⁷.

Este estudo apresenta limitações em relação ao uso de dados secundários, tanto no que diz respeito a cobertura vacinal quanto aos números de incidência do sarampo, foi encontrada dificuldades em obter dados no que se refere a duas temáticas, por este motivo cabe ressaltar a importância da disponibilidade de informações de saúde corretas nos meios eletrônicos de divulgação, pois as pesquisa e estudos de temáticas relevantes para a saúde pública tendem a serem prejudicadas se as fontes de dados oficiais não forem alimentadas periódicas e corretamente.

5. CONCLUSÃO

O sarampo é uma doença reemergente, imunoprevenível, de grande importância epidemiológica, de alta transmissibilidade e potencialmente letal para a população mais vulnerável do país. Como não existe tratamento específico para essa doença o meio mais eficaz de preveni-la é através da vacinação.

A cobertura vacinal no Brasil vem sofrendo uma importante redução, principalmente nos últimos sete anos para todas as vacinas, o que pode expor a população ao risco do aparecimento de doenças imunopreveníveis já eliminadas, tais como a poliomielite e a reemergência do sarampo. Sabendo-se que a baixa cobertura vacinal está intimamente ligada ao retorno e incidência de casos de doenças imunopreveníveis, buscando alcançar uma cobertura vacinal adequada no Brasil, realidade já vivenciada pelo país. Para o alcance das metas estabelecidas pela OMS e OPAS, com o aumento da cobertura vacinal, deve-se implementar um conjunto de ações estratégicas, que vão desde melhora do ambiente e recepção das unidades de saúde, maior aporte tecnológico, treinamento de profissionais, educação em saúde para familiares e pacientes, realização de busca ativa de usuários com doses em atraso, juntamente com o fortalecimento da rede vigilância epidemiológica para detecção de novos casos, tanto de suspeitos como de casos confirmados e a adoção de políticas públicas de combate a desinformação sobre as vacinas e seus efeitos colaterais e o risco eminente do retorno de doenças imunopreveníveis ao nosso país.

A mobilização de todos os atores, governos e sociedade civil e entidades não governamentais na formulação de propostas e alternativas que visem a recuperação das altas coberturas vacinais, por meio de políticas de apoio e incentivo a ações voltadas para a educação em saúde, fortalecimento da vigilância com ações de capacitação de profissionais e promoção da saúde, aumento de rede laboratorial para diagnóstico e campanhas de imunização.

REFERÊNCIAS

1. SAÚDE M DA SS DE V EM. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Ms; 2014.
2. SAÚDE M DA SS DE V EM. **Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública: sarampo.** Ms; 2015. (PNAUM - Pesquisa Nacional Sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil).
3. BRASIL. Brasil recebe certificado de eliminação do sarampo. **Ministério da Saúde**, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2016/setembro/brasil-recebe-certificado-de-eliminacao-do-sarampo>. Acesso em: 18 set. 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde atualiza casos de sarampo. **Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/setembro/ministerio-da-saude-atualiza-casos-de-sarampo-7>. Acesso em: 18 set. 2024.
5. DOMINGUES, C. M. A. S.; MARANHÃO, A. G. K.; TEIXEIRA, A. M.; FANTINATO, F. F. S.; DOMINGUES, R. A. S. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad Saúde Pública**, v. 36, p. e00222919, 26 out. 2020.
6. SANTOS, B. M.; GUIMARÃES, É. L. O.; NARCISO, I. A. T.; MEDEIROS, J. C. P.; GORAYEB, J P. D. P.; OLIVEIRA, J. S. et al. Sarampo: perfil epidemiológico e cobertura vacinal. **Rev Unimontes Científica**, v. 23, n. 2, p. 01–14, 9 nov. 2021.
7. ALMEIDA, C. M. S.; SOUZA, L. G. D. de, COELHO, G. N.; ALMEIDA, K. C. de. Correlação entre o aumento da incidência de sarampo e a diminuição da cobertura vacinal dos últimos 10 anos no Brasil. **Braz J Health Rev**, v. 3 ,n. 1, p. 406–15, 23 jan. 2020.
8. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Progresso global contra sarampo fica ameaçado em meio à pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-11-2021-progresso-global-contra-sarampo-fica-ameacado-em-meio-pandemia-covid-19>. Acesso em: 18 set. 2024.
9. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 18 set. 2024.
10. ÁVILA, F. M. V. P.; NOGUEIRA, W. P.; GÓES, F. G. B.; BOTELHO, E. P.; GIR, E.; SILVA, A. C. de O. E. Medidas não farmacológicas para prevenção da Covid-19 entre a população idosa brasileira e fatores associados. **Estud Interdiscip Sobre O Envelhec**, v. 26 ,n. 2, 28 dez. 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/110117>. Acesso em: 28 dez. 2024.
11. UNICEF. Pandemia de covid-19 alimenta o maior retrocesso contínuo nas vacinações em três décadas. **UNICEF**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/pandemia-de-covid-19-alimenta-o-maior-retrocesso-continuo-nas-vacinacoes-em-tres-decadas>. Acesso em: 18 set. 2024.
12. LOPES JÚNIOR, L. C.; SOUZA, T. M. D.; SOBREIRA, L. B.; DALEPRANE, C. L. V.; DENADAI, I. R.; MARTINS N. B. et al. Análise da cobertura vacinal durante a pandemia de covid-19 em vitória, brasil. **J Hum Growth Dev**, v. 31, n. 3, p. 387–397, 1º dez. 2021.

Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/12122>. Acesso em: 18 set. 2024.

13. SATO, A. P. S. Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas. **Rev Saúde Pública**, v. 54, p. 115, 15 dez. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/179935>. Acesso em: 18 set. 2024.
14. GALHARDI, C. P.; FREIRE, N. P.; FAGUNDES, M. C. M.; MINAYO, M. C. de S.; CUNHA, I. C. K. O. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1849–58, 4 maio 2022.
15. FIOCRUZ. Fiocruz lança projeto Reconquista das Altas Coberturas Vacinais. **Fiocruz**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-projeto-reconquista-das-altas-coberturas-vacinais>. Acesso em: 18 set. 2024.
16. HOMMA, A.; MAIA, M. de L. de S.; AZEVEDO, I. C. A. de, FIGUEIREDO, I. L.; GOMES, L. B.; PEREIRA, C. V. da C. et al. Pela reconquista das altas coberturas vacinais. *Cad Saúde Pública*, v. 39, p. e0024002, 27 abr. 2023.
17. REGO, A. L. H.; SILVA, E. L.; ROSADO, L. F.; ROSADO, L. F.; COSTA, L. C. da, MENDES, L. G. de O. et al. O retorno dos que não foram: sarampo, tuberculose e pólio - uma revisão integrativa. **Científic - Multidiscip J**, v. 8, n. 2, p. 1–14, 18 nov. 2021.

CAPÍTULO 03

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL EM LACTENTES DE 1 ANO DE IDADE E A REEMERGÊNCIA DA COQUELUCHE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2020

Luana Gomes da Silva

Mestranda Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: luanagds1989@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-9493-1706>

Carlos Eduardo Rodrigues Toledo

Mestrando Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: toledopharma@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8170-643X>

Ana Maria Bezerra Bandeira

Doutora em Engenharia Metalúrgica e de Materiais

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: anabandhesfa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2529-8280>

Katerine Moraes dos Santos

Doutora em Enfermagem

Instituição: Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (UFF); Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: katerine_moraes@id.uff.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2064-5207>

Danielle Amaral de Freitas

Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: dafufrj@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5460-8316>

RESUMO: Introdução: A Coqueluche também conhecida como tosse comprida ou tosse convulsa é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, de distribuição universal, imunoprevenível e considerada como uma importante causa de morbimortalidade infantil tendo como agente causador a bactéria *Bordetella pertussis*; A vacinação compreende uma das ações estratégicas de saúde pública mais efetiva na prevenção de doenças. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações é peça fundamental no controle, erradicação e eliminação de doenças imunopreveníveis e sua eficácia é medida sobretudo pelos percentuais de cobertura vacinal que possuem relação inversa com a taxa de incidência de doenças imunizáveis. Objetivo: Analisar a cobertura vacinal em lactentes de 1 ano de idade e a reemergência da coqueluche entre os anos de 2010 e 2020 no Brasil. Método: Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado através da coleta de dados secundários sobre a cobertura vacinal e incidência da coqueluche no Brasil, no período entre os anos de 2010 e 2020. Resultados e discussão: No período estudado observou-se uma queda gradativa da cobertura vacinal contra a coqueluche, concomitante a isso houve o aumento da incidência da coqueluche 4,1 em 2014, essa doença era tida como controlada no território nacional. Conclusão: A reemergência da coqueluche no Brasil, coincide com a diminución gradativa das coberturas vacinais no país, o que pode indicar uma relação entre as baixas coberturas vacinais e o reaparecimiento ou aumento da incidencia da coqueluche no país, nesse contexto são imprescindíveis acciones tanto gubernamentales como da sociedad civil para la retomada e, bien como estrategias para el aumento de la oferta de vacunas, de la adesión de la población a la imunización con consequente alcance de números satisfactorios no que se refiere a la cobertura vacinal en Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: vacinas, cobertura vacinal, imunização, coqueluche.

RESUMEN: Introducción: La tos ferina, también conocida como tos convulsa, es una enfermedad infecciosa aguda, altamente transmisible, de distribución universal y prevenible por vacunación, considerada una importante causa de morbilidad y mortalidad infantil, siendo su agente causal la bacteria *Bordetella pertussis*. La vacunación es una de las estrategias de salud pública más eficaces para la prevención de enfermedades. En Brasil, el Programa Nacional de Inmunización es un elemento clave en el control, erradicación y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacunación y su eficacia se mide sobre todo por el porcentaje de cobertura vacunal, que está inversamente relacionado con la tasa de incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación. Objetivo: Analizar la cobertura vacunal en lactantes de 1 año y la reemergencia de la tos ferina entre 2010 y 2020 en Brasil. Material y método: Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo realizado a través de la colecta de datos secundarios sobre la cobertura de vacunación y la incidencia de tos ferina en Brasil

entre 2010 y 2020. Resultados y discusión: En el período estudiado, hubo una caída gradual en la cobertura de vacunación contra la tos ferina, concomitante con esto ocurrió un aumento en la incidencia de la tos ferina 4,1 en 2014, esta enfermedad se consideró controlada en el territorio nacional. Conclusión: La reaparición de la tos ferina en Brasil coincide con la disminución gradual de la cobertura de vacunación en el país, lo que puede indicar una relación entre la baja cobertura de vacunación y la reaparición o el aumento de la incidencia de la tos ferina en el país. En este contexto, las acciones tanto gubernamentales como de la sociedad civil son esenciales para reanudar y, así como las estrategias para aumentar el suministro de vacunas, la adherencia de la población a la inmunización con el consiguiente logro de cifras satisfactorias en términos de cobertura de vacunación en Brasil.

PALABRAS CLAVE: vacunas, cobertura vacunal, inmunización, tos ferina.

1. INTRODUÇÃO

A Coqueluche, também conhecida como tosse comprida ou tosse convulsa é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, de distribuição universal, imunoprevenível e considerada como uma importante causa de morbimortalidade infantil tendo como agente causador a bactéria *Bordetella pertussis* (Brasil, 2019). A doença é transmitida principalmente através do contato direto entre pessoas doentes e suscetíveis, através de gotículas de secreção da orofaringe ao ser eliminada durante a fala, tosse ou espirros¹.

No Brasil a incidência da coqueluche no ano de 2010 era de 0,32/100.000 habitantes. Acredita-se que esse índice atribuía-se principalmente às altas taxas de coberturas vacinais, entretanto a partir de 2011 foi observado um aumento súbito no número de notificações de casos suspeitos e confirmados, tendo o maior número de casos em 2014 onde a incidência passou para 4,2/100.000 habitantes².

A forma mais eficaz de prevenção da coqueluche é a imunização. O Sistema único de Saúde (SUS) oferece através do Programa Nacional de Imunização (PNI) as vacinas penta (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus Influenzae* tipo b (conjugada) e a tríplice bacteriana (DTP), que fazem parte da rotina do calendário nacional de vacinação. A recomendação atual na rotina de vacinação da criança inclui três doses da vacina pentavalente, aplicada aos 2, 4 e 6 meses de idade, com reforço da vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis (DTP) aos 15 meses e aos 4 anos³ e desde 2014 com o intuito de proteger mãe e bebê contra a coqueluche, o Ministério da Saúde oferece no Calendário Nacional de Vacinação a dTpa para todas as gestantes¹. Adicionalmente a isto como forma de proteger os mais vulneráveis ao agravamento da doença que são os menores de 1 ano é oferecido a dTpa para pessoas que trabalhem diretamente com estes grupos como profissionais de maternidades, UTI neo e setores afins⁴.

Nos últimos anos a cobertura vacinal no Brasil vem sofrendo um decréscimo importante, prova disso é o aumento de casos de doenças que estavam sob controle, como no caso da coqueluche. Identificar a dinâmica da cobertura vacinal, associada ao monitoramento da doença torna-se essencial para a formulação de estratégias para aumento dessa cobertura e manter doenças imunopreveníveis controladas no país⁵. O objetivo será analisar a cobertura vacinal em lactentes de 12 meses de idade no Brasil e a ocorrência da coqueluche entre os anos de 2010 e 2020.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico descritivo. Para a análise da cobertura vacinal foram extraídas as coberturas vacinais tetravalente (tétano, difteria, coqueluche e *Haemophilus influenzae*) e pentavalente (tétano, difteria, coqueluche e *Haemophilus influenzae* e hepatite B) por ano, de crianças de 12 meses de idade, entre 2010 e 2020. Para calcular a cobertura vacinal de dTpa, foram extraídas as doses da tríplice bacteriana acelular (dTpa) administradas em gestantes. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação sobre o Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) a partir do Departamento de informação e informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Com a introdução gradativa da vacina pentavalente em substituição a tetravalente, as doses realizadas para cálculo da cobertura vacinal foi considerada a vacina com a maior cobertura vacinal. Como a coqueluche é mais incidente e grave entre menores de 1 ano de idade, foi considerada na análise a cobertura vacinal da dTpa.

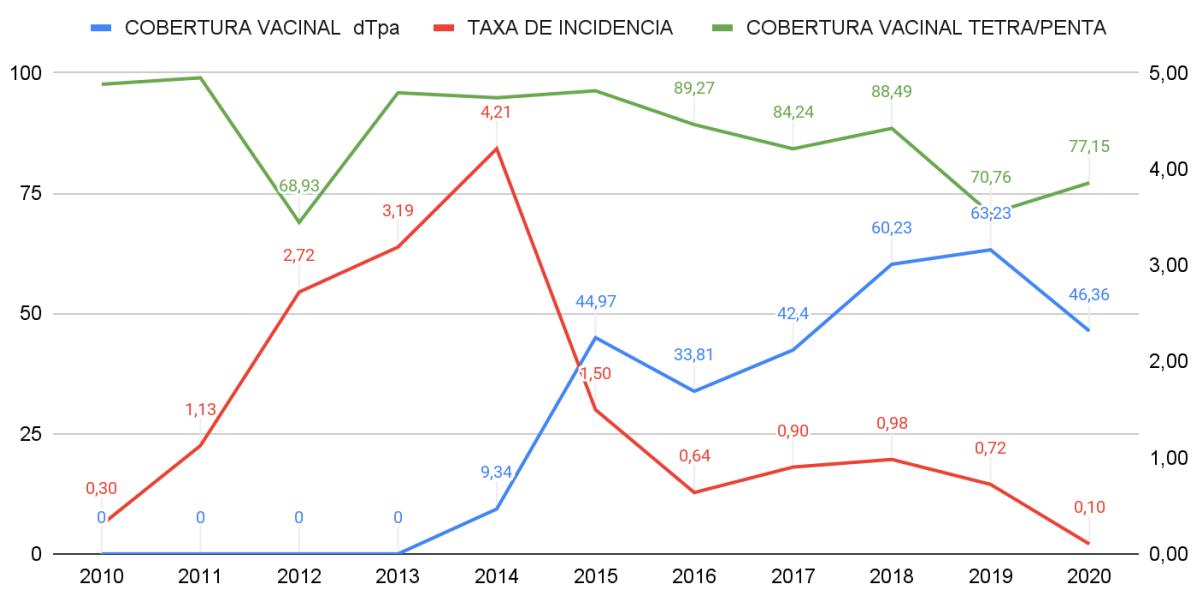
Para a análise do perfil epidemiológico da coqueluche, foram extraídas do Tabnet\DATASUS as variáveis faixa etária, ano do início dos sintomas, região de residência, país de origem da infecção, evolução e critério de confirmação dos casos entre 2010 e 2020. Foram calculadas medidas de frequência absolutas e relativas. Para o cálculo da incidência, foi utilizada como população de referência a projeção da população geral do Brasil, para os anos de estudo, acessível no DATASUS. Para situar as ações realizadas de vacinação ao longo do tempo, foram extraídas informações relativas às campanhas de vacinação através do DATASUS. As análises foram realizadas utilizando o programa *Microsoft Excel* 365. Não foi necessária submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, Resolução 466/12, pois foram utilizados dados secundários provenientes de bases de domínio público.

3. RESULTADOS

Entre 2010 e 2020, a cobertura vacinal da tetra/pentavalente variou entre 99% a 68%. Em 2012, ano que iniciou a transição entre as vacinas tetravalente e pentavalente, a cobertura sofreu uma queda de 30%, recuperando para 98% no ano seguinte. A partir de 2016 verifica-se redução gradativa da cobertura vacinal da pentavalente, chegando a 71% em 2019 (Figura 1).

A incorporação da vacina dTpa ao calendário nacional de vacinação da gestante ocorreu em novembro de 2014, a cobertura vacinal neste ano ficou muito aquém do desejado, atingindo apenas 9,34% de cobertura. Apesar do aumento substancial da cobertura vacinal de dTpa nos anos subsequentes em nenhum ano da série histórica a cobertura de gestantes com a vacina ficou dentro do desejável que é de no mínimo 95%¹. A melhor cobertura vacinal alcançada para este imunizante ocorreu em 2019 (63,23%), com importante declínio (46,6%) em 2020 (Figura 1.)

Figura 1: Cobertura vacinal da tetravalente, da pentavalente e da tríplice bacteriana acelular e dos casos e taxa incidência de coqueluche no Brasil entre 2010 e 2020.



Fonte: Elaborado pela autora, SI-PNI TABNET, 2024

Entre 2010 e 2020 foram confirmados 33.326 casos de coqueluche no Brasil, com incidência variando entre 0,06/100.000 habitantes em 2020 a 2,5/ 100.000 habitantes em 2014 (Figura 1). Os anos com as maiores incidências do período foram entre 2012 e 2014. Após 2014 a incidência da doença tem apresentado declínio gradativo chegando a 0,6/100.000 habitantes em 2020 (Tabela 1).

Com relação à evolução, a maioria dos casos de coqueluche evoluíram para cura (91% – 30.340). Entre os 597 óbitos registrados, 95% (n=570) ocorreram entre menores de 1 ano de idade. A letalidade foi maior em menores de 1 ano de idade (2,85%) e em idosos de 60 a 69 anos (2,17%) e com 80 anos ou mais (6,25%) (Tabela 1).

Tabela 1: Casos de coqueluche por faixa etária e situação de encerramento no Brasil entre 2010 e 2020.

Faixa etária	Cura		Óbito pelo agravo		Óbito por outra causa		Total de óbitos		Total	
	n	%			n	%	Letalidade	Ign/Branco	n	%
<1 Ano	17896	59,0	458	112	570	95,5	2,85	1547	20013	60,1
1-4	4905	16,2	5	9	14	2,3	0,26	373	5292	15,9
5-9	2644	8,7	1	2	3	0,5	0,11	173	2820	8,5
10-14	1513	5,0	2	1	3	0,5	0,19	87	1603	4,8
15-19	510	1,7	0	0	0	0,0	0,00	26	536	1,6
20-39	1943	6,4	0	2	2	0,3	0,10	125	2070	6,2
40-59	747	2,5	1	2	3	0,5	0,38	44	794	2,4
60-64	63	0,2	0	0	0	0,0	0,00	3	66	0,2
65-69	43	0,1	0	1	1	0,2	2,17	2	46	0,1
70-79	25	0,1	0	0	0	0,0	0,00	4	29	0,1
80 e +	13	0,0	0	1	1	0,2	6,25	2	16	0,0
Ign/Branco	38	0,1	0	0	0	0,0	0,00	3	41	0,1
Total	30340	100,0	467	130	597	100,0	1,79	2389	33326	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, SI-PNI TABNET, 2024

Entre os casos de coqueluche, 60,1% ocorreu em menores de 1 ano de idade. Do total de casos a maioria (42% – 14.066) na região Sudeste, seguido pela região nordeste (25% – 8.310) e Sul (20% – 6.744) (Tabela 2).

Tabela 2: Casos de coqueluche por região de residência no Brasil entre 2010 e 2020.

Região	n	%
Norte	1.871	6
Nordeste	8.310	25
Sudeste	14.066	42
Sul	6.744	20
Centro-Oeste	2.335	7
Total	33.326	100

Fonte: SI-PNI TABNET, 2024

Com relação ao critério de confirmação dos casos, a maioria dos casos tiveram confirmação por critério clínico sendo 51% (n=16.930), por critério laboratorial foram 34% (n=11.383) laboratorial (Tabela 3).

Tabela 3: Critérios de confirmação de coqueluche no Brasil entre 2010 e 2020.

Critério de confirmação	Total	%
Laboratório	11.383	34
Clínico-epidemiológico	4.779	14
Clínico	16.930	51
Ignorado/em Branco	234	1
Total	33.326	100

Fonte: SI-PNI TABNET, 2024

4. DISCUSSÃO

Entre 2010 e 2020, houve uma mudança significativa na estratégia de vacinação contra coqueluche no Brasil, com a transição da vacina tetravalente para a pentavalente a partir de 2012.

No ano de 2012, com a transição da vacina tetravalente para a pentavalente, houve queda abrupta na cobertura vacinal, que foi seguida por uma recuperação nos anos subsequentes. Porém após o ano de 2016 as taxas de cobertura vacinal para a pentavalente, não alcançaram números satisfatórios, e seguiram em queda chegando a 77,15% em 2020. O Ministério da Saúde e especialistas em epidemiologia e saúde pública, enumeram razões para explicar a queda abrupta das taxas de cobertura vacinais.

Os motivos vão da percepção enganosa de parte da população de que não é preciso vacinar porque as doenças desapareceram; problemas com o sistema informatizado de registro de vacinação; o desconhecimento de quais são os imunizantes que integram o calendário nacional de vacinação; o medo de que as vacinas causem reações prejudiciais; o receio de que o número elevado de imunizantes sobrecarregue o sistema imunológico; e a falta de tempo das pessoas para ir aos postos de saúde. Esses motivos são os mais mencionados nos monitoramentos feitos em municípios brasileiros. Todas são causas plausíveis e prováveis e possivelmente atuam em conjunto. Elas, porém, ainda não foram quantificadas, o que ajudaria a identificar e a executar ações complementares às campanhas de vacinação⁶.

A coqueluche apresenta uma incidência significativamente maior em menores de 1 ano, especialmente em lactentes com menos de 2 meses, faixa etária que ainda não é elegível para a vacinação e depende exclusivamente dos anticorpos maternos adquiridos durante a gestação⁷. Em 2014, momento em que a coqueluche atinge a maior incidência da série histórica⁸, a introdução da vacina dTpa para gestantes foi uma estratégia importante para proteger esses lactentes, e estudos mostram que a redução dos casos após essa implementação confirma a eficácia da imunização passiva conferida pelos anticorpos maternos⁹. No entanto, a adesão à vacinação começou de forma tímida em 2014, com apenas 9,34%. Nos demais anos, a cobertura foi baixa, mantendo a média de 45% (Figura 1), evidenciando a necessidade do estabelecimento de medidas, principalmente durante o pré-natal, para aumentar a adesão.

No que se refere a coqueluche, “o Brasil” apresentava em 2010 uma baixa incidência da doença, embora fosse considerada controlada no país, porém a partir de 2011 identificou-se um aumento do número de casos da doença e o que chamava mais atenção era a faixa etária que estava sendo acometida com casos de maior gravidade. A maioria dos casos graves identificados eram em crianças menores de 12 meses de vida, sobretudo lactentes abaixo de 2 meses de idade. No esquema de vacinação contra a coqueluche é realizado com três doses da vacina pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de vida e com dois reforços realizados com a DTP aos 15 meses e 4 anos de idade³. Após a introdução da vacina dTpa para gestantes no calendário nacional de vacinação em 2014, os casos de hospitalizações diminuíram mesmo a cobertura vacinal não atingindo 50% naquele ano, o que evidencia a importância da vacinação para controle e diminuição da incidência de casos de doenças preveníveis através da vacinação¹⁰.

Estudos também mostram que a letalidade entre idosos, particularmente aqueles com mais de 80 anos, é igualmente preocupante. Esse grupo é vulnerável a infecções respiratórias devido a comorbidades e fragilidades, tendo em vista que em decorrência da imunossenescênci a resposta imunológica cai com o avanço da idade, tornando mais suscetível a infecções da doença o que contribui para uma maior taxa de mortalidade^{11, 12, 13}.

As regiões Sudeste e Nordeste foram as mais afetadas pela coqueluche durante o período analisado. Esse padrão pode estar relacionado às características populacionais e climáticas dessas regiões¹⁴. Na região Sudeste esse fator pode ser explicado pelo clima tropical que varia no decorrer do ano, no entanto, nos períodos da primavera e do verão a região chega a atingir picos superiores a 30°C, o que favorece o desenvolvimento da bactéria no local, além da densidade populacional¹⁵. Enquanto no Nordeste, o clima litorâneo úmido com temperaturas elevadas, possibilita o metabolismo da bactéria, além de ser uma região com grande rotatividade de turismo o que pode contribuir com a proliferação^{15, 16}.

A coqueluche, embora seja uma doença respiratória aguda, pode ser transmitida por até três semanas após o início da tosse, o que amplia a cadeia de transmissão em situações de diagnóstico tardio ou ausente. A confirmação laboratorial por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) é considerada o padrão ouro, mas muitas vezes é realizada de forma tardia, especialmente nos estágios iniciais da doença, que se assemelham a resfriados comuns⁴. Assim, mais de 50%

dos casos são confirmados por critérios clínicos, destacando a importância de uma vigilância epidemiológica eficiente¹⁷.

Nossos resultados corroboram com a literatura, que aponta uma relação direta entre a queda na cobertura vacinal e o aumento da incidência de doenças imunopreveníveis, como a coqueluche no Brasil¹⁸. A introdução de novas vacinas e a implementação de campanhas de vacinação são estratégias fundamentais para conter surtos e reverter a tendência de aumento de casos dessas doenças¹⁹. Contudo, é necessário um esforço contínuo para garantir que as coberturas vacinais não apenas alcancem, mas também mantenham níveis elevados, de modo a prevenir a reemergência de doenças previamente controladas²⁰. Assim, a análise da coqueluche no Brasil entre 2010 e 2020 exemplifica como variações na adesão à vacinação podem impactar a saúde pública, destacando a necessidade de políticas robustas e de longo prazo para assegurar a proteção contra doenças imunopreveníveis²¹.

Neste estudo constatou-se que a reemergência da coqueluche no Brasil, coincide com a diminuição das coberturas vacinais no país, o que pode indicar uma relação entre as baixas coberturas vacinais e o reaparecimento ou aumento da incidência das doenças. Nesse sentido, o monitoramento contínuo de casos, através da rede de Vigilância em Saúde e a intensificação de campanhas voltadas para a recuperação das altas taxas de coberturas vacinais de anos atrás devem ser objetivos perseguidos pelos órgãos responsáveis. A baixa cobertura vacinal é um dos principais fatores que contribuem diretamente para o aumento de casos de doenças imunopreveníveis, que decorrem do desconhecimento da população sobre as vacinas e seus inúmeros benefícios²².

5. CONCLUSÃO

A coqueluche é uma doença reemergente imunoprevenível de grande importância nacional, de alta transmissibilidade e pode ser potencialmente letal para a população mais vulnerável do país. Como não existe tratamento específico para essa doença, o meio mais eficaz de preveni-la é através da vacinação.

A cobertura vacinal no Brasil vem sofrendo uma grande diminuição, com a vacina que protege contra a coqueluche o cenário não é diferente, a partir do ano de 2016 as taxas de cobertura vacinal para esta vacina, ficou abaixo do preconizado em todos os anos da série histórica. Neste estudo foi constatado que a baixa cobertura

vacinal está intimamente ligada com o retorno e incidência de casos de doenças imunopreveníveis no país.

No contexto atual no Brasil, há um aumento de casos de coqueluche suspeitos ou confirmados, nesse sentido o incentivo a vacinação e medidas que visem o aumento da cobertura vacinal das vacinas que protegem contra essa doença são fundamentais para a contenção da disseminação dos surtos de coqueluche pelo Brasil.

Para o alcance das metas de coberturas vacinais, deve-se adotar estratégias que vão desde a educação em saúde para a população, melhoria das unidades de saúde, treinamento e aporte tecnológico para os profissionais, como cursos de aperfeiçoamento e melhoria da rede de frio; investimento na rede vigilância epidemiológica para detecção de novos casos, tanto de suspeitos como de casos confirmados e a adoção de políticas públicas de combate a desinformação sobre as vacinas e seus efeitos colaterais e o risco eminente do retorno de doenças imunopreveníveis ao nosso país.

Neste contexto é imprescindível a mobilização de todos os atores, governos e sociedade civil e entidades não governamentais na formulação de propostas que visem a melhoria dos serviços e a reconquista das altas coberturas vacinais, por meio de políticas de apoio e incentivo a ações voltadas para capacitação de profissionais, fortalecendo a rede vigilância, aumento de rede laboratorial para diagnóstico da coqueluche e o retorno das campanhas de vacinação que fazem a diferença nos números de vacinados na população.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>. Acesso em: 03 set. 2024.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
3. MEDEIROS, A. T. N. **Análise da reemergência da coqueluche no Brasil**. 2017. Disponível em: https://www.teses.ufrj.br/teses_2024/. Acesso em: 7 set. 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coqueluche**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/coqueluche>. Acesso em: 7 set. 2024.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atualiza casos de sarampo**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/agosto/ministerio-da-saude-atualiza-casos-de-sarampo-no-brasil-08-2018>. Acesso em: 22 jun. 2022.
6. ZORZETTO, R. Ao menos nove fatores contribuem para a redução na imunização infantil e aumentam o risco de doenças graves ressurgirem. **Rev FAPESP**, v. 270, p. 18–24, 2018. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2018/08/018-024_CAPA-Vacina_270.pdf
7. FAUCETTE, A. N.; UNGER, W. W. J.; VAN DER KLEIJ, D.; VERHASSELT, V.; TAPPAREL, C. et al. Immunization of pregnant women: Future of early infant protection. **Hum Vaccin Immunother**, v. 11, n. 11, p. 2549–2555, 2015. DOI: 10.1080/21645515.2015.1073390.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública**: Febre Amarela. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
9. BARUG, D.; PRONK, I.; VAN HOUTEN, M. A.; VERSTEEGH, F. G. A.; KNOL, M. J.; VAN DE KASSTEELE, J. et al. Maternal pertussis vaccination and its effects on the immune response of infants aged up to 12 months in the Netherlands: an open-label, parallel, randomised controlled trial. **Lancet Infect Dis**, v. 19, n. 4, p. 392–401, 2019. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30703-8.
10. SILVA, S. D. da, FRIEDRICH, F.; BITENCOURT, L. T. G.; CERETTA, L. B.; SORATTO, J. Hospitalização por coqueluche em crianças no período pré e pós-implantação da vacina dTpa para gestantes. **Cad saúde colet**, v. 29, n. 3, p. 344–50, jul. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129030289>
11. KARKI, S.; WARE, R. S.; LAMBERT, S. B. Risk factors for pertussis hospitalizations in Australians aged 45 years and over: A population-based nested case-control study. **Vaccine**, v. 33, n. 42, p. 5647–5653, 2015. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.07.093.
12. MALAFAIA, G. Implicações da imunossenescênci na vacinação de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 3, p. 433–441, dez. 2008.

13. VAN TWILLERT, I. **Cellular and humoral immunity after infection with *B. pertussis*: the role of age, antigen and vaccination history.** Dissertation. Disponível em: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/344995>. Acesso em: 7 set. 2024.
14. MANÇANEIRA, J. F.; BENEDETTI, J. R.; ZHANG, L. Hospitalizations and deaths due to pertussis in children from 1996 to 2013. **J Pediatr.**; v. 92, n. 1, p. 40–5, 2016. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.06.003.
15. DIVISÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA. Situação epidemiológica atual da coqueluche – Cenário global. **Bepa**, v. 9, n. 97, p. 26-35, 30 jan. 2012. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/38384>. Acesso em: 19 set. 2024.
16. INMET. Instituto Nacional de Meteorologia – INMET. Disponível em: <https://portal.inmet.gov.br/>. Acesso em: 7 set. 2024.
17. MESSIAS, A. G.; AMORIM, L. V. A.; POL-FACHIN, L. O. O perfil epidemiológico da Coqueluche no Brasil entre 2013 e 2022 e seus impactos de confirmação diagnóstica via exames laboratoriais. **Braz J Implant Health Sci**, v. 6, n. 5, p. 229–245, 2024.
18. DOMINGUES, C. M. A.; MARANHÃO, A. G. K.; TEIXEIRA, A. M.; FANTINATO, F. F. S.; DOMINGUES, R. A. S. **46 anos do Programa Nacional de Imunizações**: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=pt>. Acesso em: maio 2022.
19. ALMEIDA, C. M. S.; SOUZA L. G. D.; COELHO G. N.; ALMEIDA K. C.; SOUZA T. M. Correlação entre o aumento da incidência de sarampo e a diminuição da cobertura vacinal dos últimos 10 anos no Brasil. **Braz J Health Rev**, v. 3, n. 1, p. 406–415, 2020.
20. FIOCRUZ. **Projeto Reconquista das Altas Coberturas Vacinais**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-projeto-reconquista-das-altas-coberturas-vacinais>.
21. REGO, A. L. H., SILVA E. L. , ROSADO L. F.; ROSADO L. F.; COSTA L. C.; MENDES L. G. O. *et al.* **O retorno dos que não foram**: sarampo, tuberculose e pólio: uma revisão integrativa. 2021.
22. SANTOS, V. S. **Doenças emergentes e reemergentes**. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/doencas/doencas-emergentes-reemergentes.htm>. Acesso em: 24 ago. 2022.

CAPÍTULO 04

NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE SAÚDE VOCAL

Carolina Farah Paes

Mestre Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: cfarahpaes@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0067-9530>

Roberto José Leal

Doutor em Enfermagem

Instituição: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Escola de Enfermagem Anna Nery; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: rjleal@hesfa.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4371-6506>

Lívia Maria Santiago

Doutora em Saúde Pública e Meio Ambiente

Instituição: Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: liviams@medicina.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3784-9388>

RESUMO: Objetivo: Descrever o nível de conhecimento dos profissionais da atenção primária de um Centro de Saúde Escola (CSE) sobre saúde vocal. Método: O estudo teve uma abordagem qualitativa e descritiva. Participaram duas equipes de saúde da família, totalizando 13 profissionais, com idade entre 32 e 58 anos e tempo de Atenção Primária à Saúde variando de 24 dias a 20 anos. O CSE não apresentava o profissional fonoaudiólogo em sua equipe de apoio. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, a partir de um roteiro com doze perguntas fechadas/abertas, seguindo as ideias de Triviños (1987) e a análise do conteúdo segundo Bardin (2016). Resultados: O conhecimento sobre saúde vocal foi categorizado de acordo com o conceito “fonte de conhecimento e impacto de uma alteração vocal na saúde de um indivíduo”. Todos os participantes apontaram percepções a respeito do conceito sobre saúde vocal apresentado, porém metade da amostra incluiu outras áreas da fonoaudiologia como se fizessem parte da saúde vocal. Conclusão: Os participantes demonstraram compreensão limitada sobre o conceito de saúde vocal, o que pode impactar na identificação de uma possível demanda e no direcionamento de ações relacionados ao tema. O estudo aponta para

a importância da presença do fonoaudiólogo na atenção primária, visando contribuir no manejo da saúde vocal da população.

PALAVRAS-CHAVE: voz, atenção primária à saúde, fonoaudiologia, saúde pública, estratégia saúde da família.

ABSTRACT: Objective: To describe the level of knowledge of vocal health of professionals working in primary health care at a Study Center (SC). Method: This is a qualitative and descriptive study. The participants were 13 professionals from two family health teams from 32 to 58 years old, working in Primary Health Care from 24 days to 20 years. The SC did not have speech-language pathologists in their support team. Data collection occurred through individual semi-structured interviews and was based on a script with twelve closed and open questions, according to Triviños (1987) ideas and Bardin's (2016) content analysis. Results: The level of knowledge of vocal health was categorized according to "the concept, the source of knowledge, and the impact of a voice disorder on an individual's health". All participants pointed out their perceptions regarding the vocal health concept; however, half of them included other fields of speech-language pathology as being part of vocal health. Conclusion: The participants presented limited knowledge of vocal health that may impact identifying the need for vocal care and referral. This study shows the importance of having a speech-language pathologist in primary health care; this professional may contribute to the population's vocal health.

KEYWORDS: voice, primary health care, speech, language and hearing sciences, public health, family health strategy.

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde que adotam a Atenção Primária à Saúde (APS) em sua organização apresentam melhores resultados com relação à saúde da população (1).

A APS oferece assistência aos usuários que muitas vezes necessitam de um olhar mais ampliado, com queixas complexas e possibilidade de múltiplos diagnósticos, visando a melhoria da sua qualidade global de vida. Tal viabilização favorece um sistema amparado no princípio da equidade e aumenta o acesso do usuário aos serviços de saúde (2).

No Brasil, a APS está configurada na Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui como premissa relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes de saúde da família e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (3).

O fonoaudiólogo atua na APS principalmente por meio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (4, 5), hoje nomeada de equipe do núcleo ampliado de saúde da família e atenção primária (eNASF-AP) (6). A sua atuação potencializa as ações na APS pelo apoio matricial, com ações específicas ou compartilhadas, levando-se em conta as características epidemiológicas do território em que atua (4).

A rouquidão é um dos sintomas que uma pessoa pode apresentar diante de um câncer de laringe, sendo uma doença com alta taxa de cura quando detectada no seu estágio inicial (7). No que tange à assistência oncológica, considerando-se ser uma das mais custosas, a detecção precoce tem recebido maior atenção na rede pública de saúde, iniciando o cuidado na rede básica para então se encaminhar para os serviços especializados (8). No Brasil, o número estimado de novos casos de câncer de laringe para cada ano do triênio 2020-2022 era de 6470 nos homens e de 1180 nas mulheres (9).

O manejo da saúde vocal é fortalecido pela inserção dos Fonoaudiólogos na APS. Porém, a inserção deste profissional na estratégia saúde da família pode ser prejudicada quando as atribuições desta categoria forem desconhecidas por parte das equipes de saúde da família e dos usuários (10).

Os profissionais da saúde que atuam na APS devem possuir um olhar mais ampliado durante a assistência, com uma escuta qualificada, e usando como recurso o acolhimento, entendido como uma das diretrizes da política nacional de humanização do SUS, onde se iniciará a construção de vínculo na relação de cuidado

com o usuário (11). É neste vínculo que cada profissional poderá exercitar a sua escuta e perceber as demandas de saúde que cada voz é capaz de transmitir.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever o nível de conhecimento que os profissionais de saúde de um CSE possuíam sobre saúde vocal.

2. MÉTODO

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), tendo o parecer aprovado sob o n. 4.046.955, em maio de 2020. A participação de todos os voluntários contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Visando buscar a percepção dos profissionais de saúde a respeito do tema saúde vocal, adotou-se uma coleta qualitativa, com abordagem descritiva, aplicada em um Centro de Saúde Escola, caracterizado como uma clínica da família do município do Rio de Janeiro. Participaram da pesquisa duas equipes de saúde da família, totalizando 13 profissionais (7 agentes comunitários de saúde, 2 técnicas de enfermagem, 2 médicas e 2 enfermeiros), com média de idade entre 32 e 58 anos e tempo de APS de 24 dias a 20 anos. As equipes possuíam suporte de uma equipe do eNASF-AP, porém sem o fonoaudiólogo em sua composição. O Quadro 1 mostra quais foram as especialidades que os profissionais tiveram contato na APS, desconsiderando as da equipe nuclear.

Quadro 1. Caracterização dos participantes

Participantes	Tempo na APS	Profissionais com quem já atuaram na APS (desconsiderando a Equipe de Saúde da Família)
1	24 dias	Nenhum
2	10 anos	Residentes: Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; eNASF-AP: Psicólogo, Fisioterapeuta, Psiquiatra, Nutricionista e Educador Físico.
3	17 anos	Residentes: Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo; Matriciamento: Dermatologista e Psiquiatra; eNASF-AP: Psicólogo e Assistente Social e Nutricionista.
4	6 meses	Nenhum
5	2 anos e 6 meses	Residentes: Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; Matriciamento: Dermatologista e Psiquiatra; eNASF-AP: Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo (durante 1 mês), Assistente Social e Nutricionista.
6	4 anos e 6 meses	Residentes: Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; Matriciamento: Dermatologista e Psiquiatra; eNASF-AP: Psicólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social e Nutricionista.
7	4 anos	Residentes: Dentista; eNASF-AP: Psicólogo, Nutricionista e Assistente Social.
8	11 anos	Residentes: Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; eNASF-AP: Fisioterapeuta e Assistente Social.
9	3 anos	Residentes: Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; Matriciamento: Dermatologista e Psiquiatra; eNASF-AP: Psicólogo e Assistente Social.
10	20 anos	PACS: Assistente Social; Residentes: Assistente Social, Dentista e Psicólogo; Matriciamento: Dermatologista e Psiquiatra; eNASF-AP: Psicólogo e Assistente Social
11	15 anos	Residentes: Nutricionista, Dentista e Psicólogo; Matriciamento: Dermatologista e Psiquiatra; eNASF-AP: Psicólogo, Psiquiatra, Fisioterapeuta e Assistente Social.
12	13 anos	Residentes: Nutricionista, Dentista, Assistente Social e Psicólogo; Matriciamento: Psiquiatra;
13	16 anos	Residentes: Assistente Social, Dentista e Psicólogo; Matriciamento: Dermatologista e Psiquiatra; eNASF-AP: Psicólogo e Assistente Social.

Fonte: Os autores.

As entrevistas foram norteadas por um questionário contendo 12 perguntas abertas e fechadas sobre saúde vocal, onde os profissionais puderam informar de maneira livre as suas experiências e os conceitos que possuíam a respeito da saúde vocal na APS.

Considerando o período de pandemia da Covid-19, o estudo foi realizado com adaptações para seguir as normas de segurança previstas pela Organização Mundial de Saúde, sem aglomerações, com distanciamento social, uso de máscaras, uso de álcool 70° para higienização de mãos e de objetos, e uso de espaços bem ventilados.

A metodologia do estudo foi guiada pelas ideias de Triviños (12), por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente, com o recurso de um gravador de áudio para registrar o conteúdo. Não foram adotadas entrevistas coletivas visto que os conteúdos dos indivíduos pertencentes às diferentes categorias profissionais possuíram semelhanças, com possibilidades de categorização de suas respostas, independente da profissão.

Cabe a ressalva de que a categoria médica apresentou maior conhecimento do ponto de vista técnico a respeito das patologias de pregas vocais, previsto em sua formação.

Utilizou-se a análise do conteúdo das entrevistas, respeitando as três etapas pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (13). A organização das categorias ocorreu pela seleção de trechos com sentidos próximos e de sinônimos.

Buscando-se preservar a identidade dos participantes, foram nomeados com a letra “P” e um número correspondente a ordem que foram entrevistados.

3. RESULTADOS

3.1 CONCEITO SOBRE SAÚDE VOCAL

Metade dos participantes associou o conceito de saúde vocal com produção sonora, porém a outra metade confundiu as áreas de atuação do Fonoaudiólogo, relatando que a saúde vocal inclui tanto questões ligadas à área da voz como outras alterações fonoaudiológicas desvinculadas à voz.

Segundo alguns relatos, a maior demanda para fonoaudiologia discutida neste CSE foi de crianças que apresentavam alterações na fala, considerando tal demanda dentro da área de Voz.

“É o estudo da voz, né? E um evento da fala, se a fala está sendo correta, se está sendo pronunciada corretamente, se não está trocando letras, entendeu? ... muitas crianças, já desde pequena, gaguejando, trocando letra, e crescem muitas delas assim ...” (P7).

“Dificuldade na produção da fala ... criança a gente pode estar orientando a mãe sempre que, para poder tá vendo como que tá a dicção dessa criança. A fala: se ela tem língua presa” (P1).

Apesar de ter prevalecido a definição da saúde vocal baseada em patologias encontradas na Fonoaudiologia, houve citações de outros componentes atrelados ao impacto na comunicação e na qualidade de vida, que foram categorizados em elementos prejudiciais à saúde vocal, cuidados com a voz, demanda vocal e fatores que podem influenciar a voz.

"Porque às vezes quando você começa a falar muito alto, quando você começa a se desequilibrar de alguma forma, você traz danos a sua saúde" (P12).

"... uma coisa que aprendi muito com ela que você beber muita água, comer maçã é muito bom pra voz e a gente acaba aprendendo um monte de coisa, né" (P10).

"Pensar muito na parte do trabalhador, né? Com o quê que trabalha, isso é importante. Qual a implicação daquela alteração da voz pra ele, se ele é professor" (P6).

"A situação da voz, de repente, aqui das glândulas, tudo que pega essa parte da garganta, que pode até agravar, né? De repente, uma situação até mais grave, câncer na garganta, na língua" (P8).

Ao questioná-los sobre quais profissionais cuidam de demandas relacionadas à saúde vocal, apenas um participante não citou o fonoaudiólogo. Dentre os profissionais citados, além do fonoaudiólogo, estavam o otorrinolaringologista, o médico da equipe, o psicólogo e o fisioterapeuta.

3.2 FONTE DE CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE VOCAL

Os participantes da pesquisa apresentaram conceitos sobre saúde vocal com base em experiências profissionais com usuários que apresentaram alterações vocais; experiência profissional com atividades realizadas na UBS; experiência pessoal, com familiares ou amigos; cotidiano; contato com o especialista fonoaudiólogo fora da APS e formação.

"Por eu pegar pacientes, né? Porque com problemas, né? nas cordas vocais e a maioria deles que eu conhecia, eram tabagistas, assim, com fluxo muito grande de maços de cigarros por dia, e com isso ia, foi atrapalhando a voz, né? Aí eu entendo por isso" (P7).

"Fiz parte do grupo de tabagismo da outra Unidade onde a médica falava muito disso, câncer de garganta, câncer de boca..." (P2).

"A voz, canto, rouquidão, fenda nas cordas vocais porque cantava na noite e não cantava corretamente e comecei a ficar rouco, e comecei a desafinar...E

aí comecei bem jovem a me atentar um pouco mais para essa questão de uso da voz e desgaste da voz ... o meu irmão é fumante, não teve problema nenhum sério, mas ele tinha uma rouquidão, o que a fono, quando ele foi fazer a fono, foi fazer a avaliação ela disse que poderia ser por conta do cigarro e tal e aquilo vai me despertando..." (P2).

"Então, a gente lê um pouco de cada coisa. Por isso a gente tem as informações" (P4)

"Mais da época que eu trabalhava com home care. Eu tinha muito acompanhamento em conjunto com fono, principalmente para pacientes mais demenciados, né?" (P5).

"A residência em medicina de família dá um olhar um pouquinho mais assim, extrapolar mais a questão da doença e investigar, né? Para ser sincera, nunca parei para ler, por exemplo, sobre saúde vocal, nunca!" (P6)

Apesar de ter um relato sobre atividade realizada na UBS sobre câncer de laringe vinculado ao tabagismo, não houve abordagem sobre saúde vocal.

Nenhum participante conhecia as Campanhas do Dia Mundial da Voz e o Protocolo de Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT).

"A importância de se falar sobre. Eu, por exemplo, quase não vejo queixas sobre esse assunto, principalmente algum ou qualquer panfleto falando da importância de ter atenção sobre esse assunto" (P9).

3.3 IMPACTO DE UMA ALTERAÇÃO VOCAL NA SAÚDE DO INDIVÍDUO

Questionados sobre possíveis impactos de uma alteração vocal na vida de um indivíduo, os participantes apontaram questões relacionadas à vida social, profissional, emocional e à saúde de maneira geral.

"... no caso rouca ... chega a dar uma agonia, né? ... a pessoa se esforça, você chega a ver aqui na garganta aqui da pessoa, tá tipo se esgoelando e a voz não está saindo. É meio desconfortável até você conversar com uma pessoa assim" (P7).

"Acho que dependendo até do que ela faz para sobreviver, no próprio trabalho, né?" (P10).

"A pessoa vir a chegar a ter até uma depressão por conta de não conseguir falar, né?" (P7).

"É ... e isso pode impactar tanto na saúde, impacto diretamente assim, não tem como não ter, tanto é que é considerado uma doença, né?" (P5).

4. DISCUSSÃO

A Fonoaudiologia é uma profissão relativamente recente, sendo regulamentada no Brasil pela Lei nº 6965, em 1981 (14), desde então vem sofrendo transformações e progressões nas suas especialidades, evidenciando a sua importância com as crescentes publicações científicas. Atualmente, o Fonoaudiólogo possui a possibilidade de se qualificar como especialista pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia dentre as quatorze áreas de atuação.

A confusão conceitual sobre saúde vocal que metade dos participantes mostrou pode ser atribuída tanto pelo desconhecimento das diversas áreas de atuação que a profissão oferece, como pela ausência do Fonoaudiólogo na eNASF-AP que oferecia apoio às equipes deste CSE.

A presença do Fonoaudiólogo na APS pode promover uma disseminação de informações, tanto com respeito ao manejo da saúde vocal, diferenciando as diversas áreas de atuação da profissão, bem como em sua atuação no Matriciamento.

Neste sentido, a educação interdisciplinar possibilita que os profissionais das equipes de saúde compreendam os campos de atuação de cada profissão (15), contribuindo na sensibilização e qualificação das ações relacionadas à saúde vocal, bem como o papel da Fonoaudiologia na saúde pública, evitando práticas de encaminhamentos semelhantes às atuações ambulatoriais, ampliando para planejamentos de ações conjuntas territoriais.

Entretanto, a literatura indica um desconhecimento das práticas fonoaudiológicas pelas equipes de saúde e pela população (10, 16). Dentre os resultados de um estudo de caso sobre as relações técnicas e sociais entre as equipes do NASF-AP e as equipes de saúde da família, foi apontado que as equipes de saúde da família apresentavam uma expectativa de suporte à demanda reprimida de atendimentos das equipes, mostrando desta maneira, um trabalho em equipe voltado para um contexto de racionalidade médica (17).

Outro estudo sobre a percepção de 85 ACS sobre os aspectos da saúde fonoaudiológica dos usuários do município de Itabira, utilizando-se um questionário com situações hipotéticas referentes às questões fonoaudiológicas durante as visitas domiciliares, concluiu que os ACS apresentaram percepções às situações de risco à saúde fonoaudiológica, incluindo a saúde vocal. Porém, tais percepções foram limitadas apenas à identificação do problema, não gerando ações (18).

A mesma percepção reducionista a respeito do papel do fonoaudiólogo na atenção básica também foi encontrada em um estudo realizado no sul do país com 39 profissionais de equipes do NASF, que não possuíam o fonoaudiólogo em sua composição (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia e medicina) (19).

O fato de não se ter o Fonoaudiólogo na equipe do CSE estudado aponta para uma realidade onde há escassez de oportunidade de vagas para o profissional nas eNASF-AP.

Conforme descrito acima, o desconhecimento acerca das práticas fonoaudiológicas pode influenciar na composição das eNASF-AP, pois além da escolha desse profissional para a composição das equipes depender de uma análise das necessidades de saúde do território (20), dependerá também de decisões conjuntas entre gestores, equipes de saúde da família e conselhos de saúde (21). Outro ponto importante a destacar é que com a mudança da proposta de financiamento da APS (22), diminuiu a possibilidade de implantar novas equipes, impactando, desta maneira, na presença do fonoaudiólogo nas eNASF-AP.

Uma pesquisa que estimou o déficit da oferta de fonoaudiólogos na Atenção Básica no período de 2005 a 2015, em todos os estados do Brasil, mostrou que o déficit estimado seria referente à metade da população brasileira sem acesso às práticas fonoaudiológicas e que a distribuição do profissional era desigual entre os estados, sendo o seu maior número no Sudeste. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, havia um déficit absoluto de 276 fonoaudiólogos (23). Tal distribuição desigual dos fonoaudiólogos pelos estados brasileiros impacta no acesso universal ao profissional (19).

Dentre as áreas da Fonoaudiologia, a saúde vocal também é importante ser discutida na APS uma vez que a Voz reflete as características individuais e biológicas de um indivíduo e um possível comprometimento pode gerar impactos na sua comunicação (24) e na sua qualidade de vida (25, 26, 27).

Trazer o conceito de saúde vocal para a APS faz sentido a partir do momento em que notamos congruência entre a premissa de que seja importante correlacionar voz com a qualidade de vida da pessoa, considerando a demanda que esta pessoa traz nas suas relações pessoais e profissionais, e a premissa do cuidado que já é realizado dentro da APS com as demais demandas de saúde, centradas na qualidade de vida das pessoas (28).

Tomando como base que não há o fonoaudiólogo na equipe do CSE estudado, foram feitas perguntas relacionadas a outras ferramentas que existem na saúde pública que podem oferecer informações relacionadas à saúde vocal, tanto aos profissionais de saúde, quanto à população. Uma delas foi a Campanha da Voz, que é um evento de grande importância dentro da Fonoaudiologia, que teve início em 1999, no Brasil. Houve a disseminação da ideia pelos outros países até que em 2002 passou a se chamar Dia Mundial da Voz, no intuito de aumentar a consciência pública sobre a voz humana (29).

A outra ferramenta dentro da saúde pública que pode ter um alcance na APS, sobre informações relacionadas à saúde vocal para os profissionais da saúde, é o Protocolo de Distúrbios de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT). O protocolo criado pelo Ministério da Saúde em 2018 é uma proposta de cuidado para orientar os profissionais da saúde a respeito da saúde vocal de usuários que usam a voz como instrumento de trabalho, com possibilidades de fluxos de encaminhamentos e de notificação, a fim de gerar produção de dados epidemiológicos e desdobramento de ações (30).

Apesar de existirem estas duas ferramentas potentes para divulgação da importância da saúde vocal de um indivíduo, elas eram desconhecidas pelos participantes desta pesquisa. Os resultados mostraram que apesar de os participantes terem uma percepção sobre a saúde vocal, trazendo noções de cuidado, há uma limitação deste conceito, mostrando que metade deles confundem a área de voz com as outras áreas da fonoaudiologia, podendo desta maneira, trazer prejuízo na identificação de uma alteração vocal do usuário e de possíveis encaminhamentos.

Além disso, há de se considerar que uma vez que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, com foco no cuidado em todos os ciclos de vida do usuário, de forma longitudinal, há muitas demandas para os profissionais de saúde se atentarem. É neste contexto que entra a importância da inserção de especialistas para sensibilizarem o olhar para demandas específicas. Segundo os participantes, nunca realizaram na APS atividades relacionadas à saúde vocal do usuário e nunca levaram o tema para ser discutido em reunião de equipe.

5. CONCLUSÕES

Os profissionais de saúde do CSE estudado possuíam um conceito limitado sobre saúde vocal. Tal fato reforça a importância de se investir na inserção do fonoaudiólogo na APS para atuar no planejamento e execução de ações de prevenção e de promoção da saúde vocal nos equipamentos de saúde do território, no direcionamento do itinerário terapêutico de cada usuário com demanda relacionada à voz e na divulgação das ferramentas já disponibilizadas na saúde pública sobre o cuidado com a saúde vocal, contribuindo para que as informações cheguem até a população adscrita.

Sugere-se investimento em políticas públicas que fortaleçam a divulgação do papel do fonoaudiólogo na APS, bem como o impacto de suas ações na qualidade de vida relacionada à saúde vocal dos indivíduos, para que assim, a sua presença na APS seja justificada, revisada e priorizada.

REFERÊNCIAS

1. MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, 18-37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
2. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
4. SOLEMAN, C.; MARTINS, C. L. The work of speech therapists under support centers for family health (NASF) – specificities of primary care. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1241-1252, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517417114>.
5. RECH, R. S.; HUGO, F. N.; SCHMIDT, J. G.; GOULART, B. N. G.; HILGERT, J. B. Speech-language therapy offer and primary health care in Brazil: an analysis based on socioeconomic development. **CoDAS**, v. 31, n. 1. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018083>.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020**. Redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, 2020.
7. RAITIOLA, H.; PUKANDER, J. Symptoms of Laryngeal Carcinoma and their Prognostic Significance. **Acta Oncologica**, v. 39, n. 2, p. 213-216, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/028418600430798>.
8. BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2004v50n2.2041>.
9. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2019. Acesso em: 19 dez. 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
10. ZANIN, L. E.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; MELO, D. H. Speech, language and hearing sciences and the family health strategy: the state of the art. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 5, p. 1674-1688, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517513414>.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
13. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Reto L. A. e Pinheiro, A. 3. reimp. São Paulo: Edições 70, 2016.
14. BRASIL. **Lei no 6.965, de 9 de dezembro de 1981**. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências [acesso em dez 2022]. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/129429/lei-6965-81>.

15. MARTINS, W. S.; SILVA, J. M.; SOUSA, F. O. S. Speech, Language and Hearing Sciences in the Expanded Family Health Center and Basic Care: a case study on the characterization of the performance in teachers' vocal health. *Distúrb Comum*, v. 34, n. 2, p. e54909, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2022v34i2e54909>.
16. MEDEIROS, Y. P. O.; SOUSA, F. O. S.; LIMA, M. L. L. T.; NASCIMENTO, C. M. B. Activities of speech-language-hearing therapists in the Extended Family Health and Primary Care Center from the perspective of team cooperation. *Rev. CEFAC*, v. 23, n. 2, p. e7220, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212327220>.
17. SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. *Saúde debate*, v. 42, n. spe2, p. 145-158, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>.
18. SANTOS, J. N.; RODRIGUES, A. L. V.; SILVA, A. F. G.; MATOS, E. F.; JERÔNIMO N. S.; TEIXEIRA LC. Perception of community health workers regarding risks for hearing and communication disorders. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*, v. 17, n. 3, p. 333-339, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000300016>.
19. GUCKERT, S. B.; SOUZA, C. R.; ARAKAWA-BELAUNDE, A. M. The role of speech-language therapists in primary healthcare from the perspective of professionals in family health support centers. *CoDAS*, v. 32, n. 5, p. e20190102, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019102>.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília, 2010.
22. BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019.
23. VIEGAS, L. H. T.; MEIRA, T. C.; SANTOS, B. S.; MISE, Y. F.; ARCE, V. A. R.; FERRITE, S. Speech, Language and Hearing services in Primary Health Care in Brazil: an analysis of provision and an estimate of shortage, 2005-2015. *Rev. CEFAC*, v. 20, n. 3, p. 353-362, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182031918>.
24. CORREIA, M. E.; VIANNA, K. M. P.; GHIRARDI, A. C. A. M. Voice and quality of life of totally laryngectomized patients: a comparative study. *Rev. CEFAC*, v. 18, n. 4, p. 923-330, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618423115>.
25. BEHLAU, M.; OLIVEIRA, G.; SANTOS, L. M. A.; RICARTE, A. Validation in Brazil of self-assessment protocols for dysphonia impact. *Pró-Fono R. Atual. Cient.*, v. 21, n. 4, p. 326-32, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000400011>.
26. PUTNOKI, D. S.; HARA, F.; OLIVEIRA, G.; BEHLAU, M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*, v. 15, n. 4, p. 485-490, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000400003>.

27. COSTA, T.; OLIVEIRA, G.; BEHLAU, M. Validation of the Voice Handicap Index: 10 (VHI-10) to the Brazilian Portuguese. **CoDAS**, v. 25, n. 5, p. 482-485, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000500013>.
28. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.
29. SVEC, J. G.; BEHLAU, M. Editorial: April 16th: The World Voice Day. **Folia Phoniatr. Logop.**, v. 59, n. 2, p. 53–44, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000098337>.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT**. Brasília: 2018.

CAPÍTULO 05

PANORAMA DO ACESSO AOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Gabriela Lopes de França

Mestranda Profissional em Atenção Primária à Saúde

Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: mariaglfranca@outlook.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-1566-7436>

Roberto José Leal

Doutor em Enfermagem

Instituição: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Escola de Enfermagem Anna Nery; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: rjleal@hesfa.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4371-6506>

Alan Messala de Aguiar Britto

Doutorado em Ciências Biológicas (Genética)

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: liviaanniele@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5835-9038>

Livia Anniciele Sousa Lisboa

Doutoranda em Saúde Coletiva

Instituição: Hospital Universitário da UFMA/EBSERH; Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Endereço: São Luís, Maranhão, Brasil

E-mail: liviaanniele@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5835-9038>

Ana Maria Bezerra Bandeira

Doutora em Engenharia Metalúrgica e de Materiais

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: anabandhesfa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2529-8280>

Danielle Amaral de Freitas

Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: dafufrj@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5460-8316>

Katerine Moraes dos Santos

Doutora em Enfermagem

Instituição: Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (UFF); Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: katherine_moraes@id.uff.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2064-5207>

RESUMO: Objetivo: investigar as evidências relacionadas ao acesso aos dispositivos intrauterinos. Métodos: Revisão integrativa conduzida no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, abrangendo o período de janeiro de 2018 a junho de 2023 e incluindo publicações completas nos idiomas português, inglês e espanhol. Utilizou-se termos livres e descritores combinados por meio da chave de busca: ((dispositivo* intrauterino*) OR (DIU)) AND ((acesso) OR (barreira*) OR (oferta)). Resultados: 264 publicações foram identificadas, sendo incluídos 57 artigos e destes 17 foram selecionados a partir da leitura na íntegra. Dentre as temáticas sobre o acesso aos dispositivos intrauterinos/métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, emergiram 3 categorias: 1- Estratégias de gestão para ampliar o acesso à população; 2- Barreiras e facilitadores percebidos para a escolha e/ou uso do método; e 3- Diagnóstico situacional do acesso em territórios específicos. Considerações Finais: Apesar do DIU ser considerado um recurso para o desenvolvimento sustentável da sociedade, seu acesso continua a ser desafiador devido a questões sociais, econômicas, culturais e subjetivas. No âmbito da APS cabe destacar o protagonismo do enfermeiro na garantia do acesso a essa tecnologia.

PALAVRAS-CHAVE: dispositivos intrauterinos, anticoncepcionais, planejamento familiar, saúde reprodutiva, acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde.

RESUMEN: Introducción: En Brasil, el dispositivo intrauterino (DIU) es suministrado gratuitamente por el Sistema Único de Salud (SUS). A pesar de los esfuerzos para garantizar el suministro del DIU, persisten varias barreras de acceso en los servicios de salud, incluyendo desafíos para mantener un stock adecuado, dificultades en la distribución a la población y las prácticas de los profesionales de la salud relacionadas con el método. Objetivo: Investigar la evidencia relacionada con el acceso a dispositivos intrauterinos. Métodos: Revisión integrativa realizada en el Portal Biblioteca Virtual en Salud, abarcando el período de enero de 2018 a junio de 2023 e incluyendo publicaciones completas en portugués, inglés y español. Se utilizaron

términos y descriptores libres combinados mediante la clave de búsqueda: ((dispositivo intrauterino*) OR (DIU)) AND ((acceso) OR (barrera*) OR (suministro)). Resultados: Se identificaron 264 publicaciones, se incluyeron 57 artículos y se seleccionaron 17 de ellos tras su lectura completa. Entre los temas sobre acceso a dispositivos intrauterinos/métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, surgieron 3 categorías: 1- Estrategias de gestión para aumentar el acceso de la población; 2- Barreras y facilitadores percibidos para la elección y/o uso del método; y 3- Diagnóstico situacional del acceso en territorios específicos. Consideraciones finales: A pesar de que el DIU es considerado un recurso para el desarrollo sostenible de la sociedad, su acceso sigue siendo desafiante debido a cuestiones sociales, económicas, culturales y subjetivas. En el contexto de la APS, cabe destacar el papel de las enfermeras para garantizar el acceso a esta tecnología.

PALABRAS CLAVE: dispositivos intrauterinos, anticonceptivos, planificación familiar, salud reproductiva, acceso a medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção primária à saúde (APS), a principal via de promoção da saúde reprodutiva no país, e em maternidades, para inserção pós-parto e pós-abortamento. O DIU hormonal, por sua vez, não é garantido pelo Governo Federal. Apesar dos esforços para garantir o fornecimento do DIU, várias barreiras de acesso persistem nos serviços de saúde, e incluem desafios na manutenção do estoque adequado, dificuldades na distribuição para a população e nas práticas dos profissionais de saúde relacionadas ao método⁽¹⁾.

Esse cenário preocupa, considerando que o DIU é o contraceptivo mais seguro disponível no SUS, excluindo os métodos irreversíveis, porém, subutilizado, alcançando apenas 4,4% das pessoas do sexo feminino em idade fértil⁽²⁾. A qualidade do acesso aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva é essencial para promover o sexo livre, seguro, consciente e autônomo. Sem superar barreiras como essas, as necessidades contraceptivas da população não serão atendidas, o que contribui para a crise de gravidezes não intencionais no país, que em 2022 alcançou metade das gestações⁽³⁾.

As dificuldades de acesso aos contraceptivos acarretam grandes prejuízos para pessoas do sexo feminino, que muitas vezes precisam arcar sozinhas com os custos financeiros, psicológicos, biológicos e sociais decorrentes da falta de atendimento de suas necessidades contraceptivas pelo Estado⁽³⁾ constituindo uma negação a um direito previsto na Constituição Federal e em acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

A partir do exposto e considerando que o acesso aos DIUs é uma questão de saúde pública, que impacta na saúde reprodutiva, esta pesquisa visa colaborar com essa discussão e teve como objetivo investigar as evidências relacionadas ao acesso a esse dispositivo. Pretende-se fornecer insights para melhorar políticas, práticas de saúde e a acessibilidade a essa tecnologia, como também socializar estratégias exitosas e identificar desafios comuns.

2. MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de abordagem qualitativa tendo como método uma revisão integrativa de literatura sobre os aspectos relacionados ao acesso ao DIU nacional e internacionalmente. Os artigos foram pesquisados no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no mês de junho de 2023.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A revisão integrativa da literatura tem como objetivo compilar e sintetizar evidências de outros estudos, teóricos e/ou empíricos, de maneira ordenada e sistematizada, visando proporcionar uma compreensão ampla do objeto de pesquisa. Para tal, esse tipo de estudo percorre seis etapas distintas: 1- Formulação da questão de pesquisa; 2- Definição dos critérios de inclusão e exclusão da amostra; 3- Determinação dos achados a serem extraídos das pesquisas selecionadas; 4- Avaliação dos estudos selecionados; 5- Interpretação dos resultados; e 6- Apresentação da síntese do conhecimento⁽⁴⁾.

2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

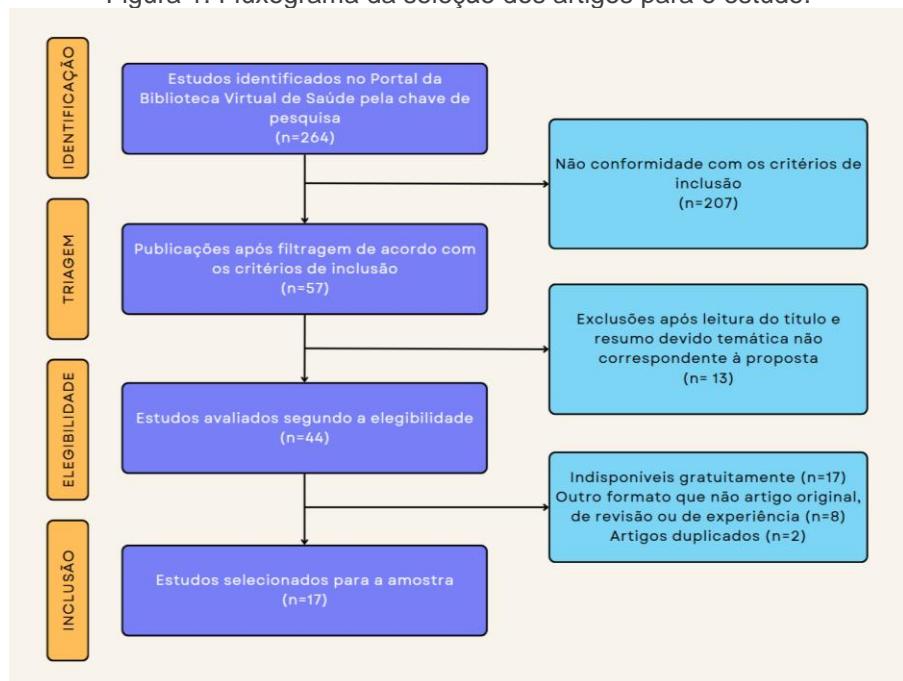
Na fase 1 desta revisão integrativa, optou-se por utilizar termos livres para torná-la abrangente. Montou-se a seguinte chave de pesquisa: ((dispositivo* intrauterino*) OR (DIU)) AND ((acesso) OR (barreira*) OR (oferta)).

Quanto à fase 2, os critérios de inclusão foram os estudos disponíveis na íntegra; nos idiomas português, inglês e espanhol; dentro do recorte temporal de janeiro de 2018 a junho de 2023, que foi estabelecido com base na Portaria N.º 3.265, de dezembro de 2017, que ampliou o acesso aos DIUs no SUS. Foram excluídos os estudos de acesso não gratuito; que não correspondiam à temática proposta; duplicados entre as bases de dados; que tivessem um formato diferente de artigo original, de revisão ou de experiência.

Na fase 3, a chave de pesquisa no Portal da BVS retornou 264 achados. Desses, apenas 57 foram pré-selecionados pela aplicação dos critérios de inclusão.

Em seguida, foi realizada a etapa de exclusão, começando pela leitura de títulos e resumos. Os documentos alinhados com a temática proposta foram acessados, lidos na íntegra e avaliados conforme os demais critérios de exclusão, sendo selecionados 17 artigos para esta revisão. (Figura 1)

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos para o estudo.



Fonte: Os autores.

Na fase 4, da avaliação dos estudos selecionados, extraíram-se as seguintes informações da amostra: autor, nome do estudo, revista de publicação, ano de publicação, nível de evidência do estudo⁽⁵⁾ e os achados sobre o acesso aos DIU e fatores relacionados.

Os artigos foram avaliados segundo a temática do acesso aos DIU/métodos reversíveis de longa duração (LARC), resultando na identificação de três categorias emergentes: 1- Estratégias de gestão para ampliar o acesso à população; 2- Barreiras e facilitadores percebidos para a escolha e/ou uso do método; e 3- Diagnóstico situacional do acesso em territórios específicos. Nas etapas 5 e 6, os achados foram, respectivamente, interpretados e discutidos à luz da literatura científica, considerando também aspectos da realidade brasileira, e as evidências posteriormente apresentadas de forma concisa e coesa.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que o estudo se baseia em dados secundários de bases de acesso público, não foi necessária a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

Ao todo, 17 artigos foram selecionados para compor a amostra. Destes, cinco eram nacionais e 12 internacionais. O ano de maior publicação sobre a temática neste estudo foi 2018, com cinco estudos publicados. Ao todo, 16 eram artigos originais e um artigo de revisão. Dos artigos originais, sete eram quantitativos (n.º 2, n.º 4, n.º 6, n.º 10, n.º 12, n.º 13 e n.º 14), quatro relatos de experiência (n.º 3, n.º 5, n.º 16 e n.º 17), três qualitativos (n.º 1, n.º 7 e n.º 11) e dois estudos mistos (n.º 9 e n.º 15).

Sobre o nível de evidência, nove artigos tinham nível de evidência 4 (evidências de estudos descritivos não-experimentais ou com abordagem qualitativa); 4 nível de evidência 3 (evidências de estudos quase-experimentais); e 4 nível de evidência 5 (provenientes de relatos de caso ou de experiência). (Quadro 1)

Os achados dos estudos foram extraídos e classificados segundo as categorias temáticas. Sete artigos foram classificados na categoria 1 (Estratégias de gestão para ampliar o acesso à população); seis na categoria 2 (Barreiras e facilitadores percebidos para a escolha e/ou uso do método); e quatro na categoria 3 (Diagnóstico situacional do acesso em territórios específicos). (Quadro 2)

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde, de acordo com: autor, ano, revista, título, objetivo e nível de evidência. 2023.

Número do artigo	Autor(es)/ Ano/ Revista	Título	Objetivo	Nível de evidência
1	Martins et al. (2023) Enfermería global	Conhecimento de enfermeiros sobre o dispositivo intrauterino no contexto das unidades básicas de saúde	Verificar o conhecimento de enfermeiros sobre o dispositivo intrauterino no contexto das Unidades Básicas de Saúde.	4
2	Yoder; Boudreaux (2023) PLoS ONE	<i>The effect of contraceptive access reform on privately insured patients: Evidence from Delaware</i>	<i>To evaluate changes in the probability of initiating a contraceptive method by women with employer sponsored insurance after implementation of Delaware Contraceptive</i>	3

Número do artigo	Autor(es)/ Ano/ Revista	Título	Objetivo	Nível de evidência
		<i>Contraceptive Access Now</i>	<i>Access Now, a statewide initiative that aimed to increase access to long-acting reversible contraceptives.</i>	
3	Silva, ACM. et al. (2022) Revista de APS (Impresso)	Garantindo o acesso ao dispositivo intrauterino na atenção primária através das redes sociais durante a pandemia do novo coronavírus	Relatar a experiência na ampliação do acesso das mulheres ao dispositivo intrauterino através das redes sociais e da Telemedicina no município de João Pessoa, Paraíba.	5
4	Baniquid, A. et al. (2022) <i>Hawai'i journal of health & social welfare</i> (Online)	<i>Expanding Access to Contraception: Identifying Accessibility Gaps Across Hawai'i Communities</i>	<i>The objective of this study was to assess contraception availability by determining the number and location of healthcare providers in Hawai'i that prescribed at least one form of contraception.</i>	4
5	Lacerda et al. (2021) Enfermagem em Foco (Brasília)	Inserção de Dispositivo Intrauterino por Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	Descrever a vivência de enfermeiros na implementação do serviço de inserção de dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina.	5
6	Ruivo et al. (2021) Caderno de Saúde Pública (Impresso)	Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018	Avaliar a disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo em unidades básicas de saúde que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, e sua distribuição segundo fatores contextuais.	3
7	Henry et al. (2021) <i>Journal of pediatric and adolescent gynecology</i>	<i>Facilitators and Barriers to Implementation of Long-Acting Reversible Contraceptive Services for Adolescent Girls and Young Women in Gaborone, Botswana</i>	<i>Using an implementation science framework, we assessed barriers and facilitators to long-acting reversible contraceptive implementation among adolescent girls and young women in Botswana.</i>	4
8	Barreto et al. (2021) Revista brasileira de medicina de família e comunidade	Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa	Realizar uma revisão integrativa na literatura sobre os artigos relacionados ao dispositivo intrauterino na Atenção Primária à Saúde nos últimos dez anos.	4
9	Kanakuze et al. (2020) BMC	<i>Factors associated with the uptake of immediate</i>	<i>The objective of the study was to assess the prevalence and</i>	4

Número do artigo	Autor(es)/ Ano/ Revista	Título	Objetivo	Nível de evidência
	<i>pregnancy and childbirth</i>	<i>postpartum intrauterine contraceptive devices (PPIUCD) in Rwanda: a mixed methods study</i>	<i>factors associated with the uptake of postpartum intrauterine contraceptives device among postpartum women in Muhima Hospital.</i>	
10	Krug et al. (2020) PLoS One	<i>Evaluation of Senegal supply chain intervention on contraceptive stockouts using routine stock data</i>	<i>The aims of this paper were to evaluate the impact of Informed Push Model on contraceptive availability and on stockout duration.</i>	3
11	Ribeiro; Morley (2020) <i>Ghana Medical Journal</i> (Online)	<i>Increasing access to intrauterine contraceptive device uptake in Ghana: stakeholders views on task sharing service delivery with community health nurse</i>	<i>To explore stakeholders' views on task sharing Intrauterine Contraceptive Device services with Community Health Nurses in Ghana.</i>	4
12	Ali et al. (2019) <i>BMC pregnancy and childbirth</i>	<i>Expanding choice and access in contraception: an assessment of intrauterine contraception policies in low and middle-income countries</i>	<i>This study assess national policies pertaining to IUD from a diverse set of countries.</i>	4
13	Bernard et al. (2018) <i>Contraception</i>	<i>Integration of contraceptive services into anticoagulation management services improves access to long-acting reversible contraception</i>	<i>Our objective was to evaluate a model of care integrating contraceptive counseling and provision within an anticoagulation management clinic in Eldoret, Kenya, to determine the impact on long-acting reversible contraception use.</i>	3
14	Channel et al. (2018) PLoS One	<i>Leveraging long acting reversible contraceptives to achieve FP2020 commitments in sub-Saharan Africa: The potential of implants</i>	<i>We examine market composition and volume alongside LARC availability, service readiness, and price to understand where women are accessing LARCs and how LARCs can be leveraged to help countries achieve their Reaching Family Planning 2020 commitments.</i>	4
15	Ho; Wheeler (2018) <i>Global health science and practice</i>	<i>Using Program Data to Improve Access to Family Planning and Enhance the Method Mix in Conflict-Affected Areas of the Democratic Republic of the Congo</i>	<i>This article presents routine program data from June 2011 through December 2013 from 2 health zones as well as results from a qualitative assessment of family planning clients and of male and female non-users, conducted in 2013. It then describes how these findings</i>	4

Número do artigo	Autor(es)/ Ano/ Revista	Título	Objetivo	Nível de evidência
			<i>were used to make program adjustments to improve access to family planning services and client informed choice and assesses the effects of the program design changes on family planning uptake and method mix using routine program data from January 2014 through December 2016.</i>	
16	Tang et al. (2018) <i>Hawaii Journal of Medicine & Public Health</i>	<i>Implementation of postpartum intrauterine device (PPIUD) services across 10 districts in Malawi</i>	<i>Our objective is to describe the implementation of PPIUD services by 4 local organizations at 14 government health services across 10 districts in Malawi.</i>	5
17	White et al. (2018) <i>Health Services Research</i>	<i>Providing Family Planning Services at Primary Care Organizations after the Exclusion of Planned Parenthood from Publicly Funded Programs in Texas: Early Qualitative Evidence</i>	<i>To explore organizations' experiences providing family planning during the first year of an expanded primary care program in Texas.</i>	5

Fonte: Os autores.

Quadro 2: Categorização temática dos achados do acesso aos LARC/DIU.

Categorização temática	Achados do acesso ao dispositivo intrauterino/ métodos contraceptivos reversíveis de longa duração	Número do artigo
Estratégias de gestão para ampliar o acesso à população	Educação permanente dos profissionais de saúde para melhorar a prática clínica e promover a divulgação dos serviços de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração.	2
	Implementação de teleconsultas, utilização de redes sociais e ferramentas online no planejamento reprodutivo.	3
	Habilitação de enfermeiros para inserções de dispositivos intrauterinos.	5
	Utilização de software para gerenciamento da cadeia de suprimentos dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, visando evitar rupturas de estoque.	10
	Evidência de apoio das partes interessadas na capacitação de enfermeiros de saúde comunitária para a inserção de dispositivos intrauterinos.	11

Categorização temática	Achados do acesso ao dispositivo intrauterino/ métodos contraceptivos reversíveis de longa duração	Número do artigo
Barreiras e facilitadores percebidos para a escolha e/ou uso do método	Integração dos serviços de planejamento reprodutivo e distribuição de contraceptivos com a atenção especializada à anticoagulação.	13
	Aumento da inserção de dispositivos intrauterinos pela integração do planejamento reprodutivo aos cuidados de saúde no pós-abortamento.	16
	Lacuna de conhecimento entre os profissionais sobre o dispositivo intrauterino.	1
	Influências externas, socioculturais e dos serviços de saúde e das características dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração.	7
	Fatores relacionados ao aprovisionamento do método; lacunas de conhecimento entre profissionais e usuários; dificuldades na dinâmica do processo de inserção dos dispositivos intrauterinos nas unidades de saúde; uso de protocolos sem base científica; e julgamento moral do profissional na recomendação do método contraceptivo.	8
	Fatores relacionados à escolha e motivação pessoal para o uso do DIU pós-parto, bem como as razões para a não escolha do dispositivo, segundo relatos de usuárias e profissionais de saúde.	9
	Impacto de fatores como características do método, motivações pessoais, influência da rede de apoio, lacunas de conhecimento entre usuários e profissionais, fatores culturais e treinamento da equipe.	15
Diagnóstico situacional do acesso em territórios específicos	Influência de aspectos como financiamento do programa; o aprovisionamento de insumos; número de profissionais capacitados e confiantes na inserção; alcance da clientela; abordagem contraceptiva em relação a outras demandas do serviço; e variações na oferta, apesar do protocolo clínico estabelecido.	17
	Análise da frequência de prescrição; fornecimento de insumos; e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de saúde.	4
	Avaliação da disponibilidade do dispositivo intrauterino em unidades de atenção primária, correlacionando com o Índice de Desenvolvimento Humano e o modelo da Estratégia de Saúde da Família.	6
	Comparação de políticas, dos custos, disponibilidade de insumos no setor público e privado e critérios de elegibilidade entre diferentes países.	12
	Comparação dos custos, disponibilidade, distribuição de insumos, dos serviços de inserção e da prontidão para a inserção em diferentes países.	14

Fonte: Os autores.

4. DISCUSSÃO

Esta revisão buscou na literatura científica artigos que abordassem o acesso ao DIU e identificou três categorias temáticas. A primeira, estratégias de gestão para ampliar o acesso à população, mostrou que a capacitação de enfermeiros para a inserção do DIU de cobre é uma forma de ampliar o acesso ao contraceptivo. Esta estratégia resultou em um aumento de 60% nos procedimentos em três anos em Santa Catarina⁽⁶⁾, mesmo com as restrições à inserção do DIU de levonorgestrel pelo enfermeiro, por se tratar de procedimento ainda restrito aos médicos.

Persiste também o receio quanto à segurança da inserção do DIU por enfermeiros, apesar do reconhecimento dos seus benefícios ao acesso. A competência teórico-prática desses profissionais é frequentemente questionada, mesmo após a habilitação. Contudo, pesquisa não encontrou diferença significativa nos desfechos indesejados pós-inserção entre enfermeiros e médicos⁽⁶⁾. No mais, a pesquisa destacou que a realização do procedimento por enfermeiros valoriza essa classe profissional e desafia o paradigma biomédico.

No contexto da pandemia de COVID-19, a diversificação dos meios de comunicação se destacou, incluindo: a implementação das consultas de telessaúde; a integração de aplicativos de mensagens ao fluxo de trabalho; e o uso de ferramentas online, como formulários do Google. Embora úteis de forma a complementar o acesso à APS, torná-las a única forma de acesso constituiria uma barreira adicional devido à necessidade de dispositivos tecnológicos, internet de qualidade, alfabetização tradicional e digital, não disponíveis a todas as classes sociais. Na perspectiva de inclusão de ferramentas tecnológicas, um estudo senegalês investigou o uso de um software na gestão da cadeia de suprimentos de contraceptivos em 103 unidades de saúde públicas e mostrou redução nas quebras de estoque e no tempo de reposição, especialmente para os LARC⁽⁷⁾. Essa abordagem foi eficaz em resolver problemas de abastecimento relacionados a falhas nos fluxos de reposição, mas talvez não se adeque a realidade brasileira dada a escassez sistêmica de insumos observada no país⁽⁸⁾.

Outras estratégias, evidenciadas nos artigos, para ampliar o acesso aos LARC, como o DIU, incluíram melhorias na prática clínica por meio de educação permanente, maior divulgação em mídias sociais e espaços públicos sobre o método, e a associação dos serviços contraceptivos a locais estratégicos de saúde, como no

cuidado pós-abortamento e de anticoagulação. Além disso, o uso de veículos para estabelecer novos pontos de atendimento é uma alternativa relatada e potencialmente viável, em especial para comunidades e públicos com dificuldades de acesso devido a barreiras geográficas e de tempo, como trabalhadoras com jornadas extensas, pessoas que residem em áreas rurais ou em favelas verticais.

A segunda categoria, barreiras e facilitadores da escolha e/ou uso do DIU/LARC, trouxe as lacunas de conhecimento dos profissionais de saúde como uma grave barreira para o acesso. Restrições incorretas de acesso ao DIU são comuns entre os profissionais, que acabam, equivocadamente, não ofertando, nem inserindo o dispositivo em pessoas com histórico de infecções sexualmente transmissíveis (IST) recentes, gravidez ectópica prévia, sem colpocitológico recente, não monogâmicas, adolescentes, solteiras, nulíparas, HIV positivo, no pós-parto ou pós-abortamento e que tenham feito uso recente de contracepção de emergência⁽⁹⁾.

Entre os usuários, os mitos sobre o DIU são variados e podem mudar conforme a nacionalidade. No cotidiano dos serviços e em redes sociais, por exemplo, é comum associarem o DIU à aquisição e desenvolvimento de IST, de câncer uterino, ao risco de infertilidade, acne grave e até mesmo à ideia de que o conceito possa nascer segurando o dispositivo ou com ele aderido a alguma parte do corpo.

O aprovisionamento de insumos, especialmente de DIUs, foi uma barreira significativa devido às frequentes quebras de estoque nas unidades de saúde e à demora na reposição dos materiais. Na região Sudeste brasileira, a mais rica do país, havia DIU em estoque em apenas 35,9% das unidades da APS. Em nível nacional, a disponibilidade de DIUs está diretamente relacionada ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e mesmo com o aumento progressivo de 2012 a 2018, permaneceu baixa⁽⁸⁾.

Contudo, isto não é exclusividade do Brasil, visto que dentre os escritórios da Organização Mundial da Saúde (OMS), o das Américas tem a menor disponibilidade de DIU hormonal no setor público, apesar de ser aquele com o maior número de países com políticas relacionadas ao DIU⁽¹⁰⁾. Esses desafios somam-se à dificuldade de incorporar o procedimento de inserção do DIU devido às múltiplas demandas na APS e à sobrecarga frequente dos profissionais que atuam nesse contexto, destacando a necessidade de mais atenção e tempo para realizar esse procedimento de forma adequada.

Dos aspectos facilitadores, as características específicas dos LARC foram decisivas para o uso e escolha do DIU, pois não dependem da memória ou reaplicação, reduzindo as visitas aos serviços de saúde e a necessidade de renovações de receitas⁽¹¹⁾.

O conhecimento do profissional sobre os planos de vida e objetivos de cada indivíduo foi um diferencial, facilitando o uso do DIU a quem buscava aumentar o intervalo entre gestações, dedicar mais tempo a um filho já nascido ou permanecer no mercado de trabalho. Além disso, ter realizado o pré-natal e ter sido apresentado ao DIU nessa fase influenciou a escolha contraceptiva no pós-parto. A experiência positiva de uma pessoa próxima com o DIU e os serviços contraceptivos também foi importante para a decisão^(12,13).

A análise dos diagnósticos situacionais em territórios específicos, terceira categoria encontrada, mostra diversos parâmetros considerados para avaliar o acesso ao DIU. Em um nível micropolítico, foram examinados os locais de prescrição do DIU, a disponibilidade do insumo no local e a presença de quadro treinado para realizar a inserção. Outras variáveis incluíram a capacidade da equipe em realizar a inserção em uma única consulta e a confiança percebida dos profissionais de realizá-la após a capacitação. Esses aspectos oferecem ideias para estudos em território nacional.

Em um contexto macropolítico, diversos estudos compararam as políticas de acesso ao DIU entre países e continentes. Eles investigaram como o acesso à tecnologia era predominantemente realizado, seja pelo setor público, organizações sem fins lucrativos ou pelo setor privado. Além disso, analisaram o custo médio dos diferentes tipos de DIU e como esses custos eram cobertos, se pelo sistema de saúde, pelos usuários ou por uma combinação de ambos. Os critérios de elegibilidade adotados pelos países também foram examinados, com alguns países divergindo das recomendações da OMS e impondo restrições além das evidências científicas disponíveis⁽¹⁰⁾.

Diante desse contexto, o Brasil enfrenta desafios na distribuição do DIU, apesar da disponibilização gratuita do DIU de cobre – desde a prescrição até a inserção e remoção – representar um avanço que muitos países ainda não alcançaram. Além disso, os critérios de elegibilidade e os protocolos clínicos são progressistas, permitindo a inserção do DIU por enfermeiros capacitados e deixando de lado questões morais que poderiam influenciar nesse processo. No entanto, é necessário um foco maior na implementação dessas políticas nos serviços de saúde, considerando o contexto real em que essas ações são realizadas.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A escolha do recorte temporal pode ter limitado o número de artigos selecionados, já que parte desse período foi marcado pela pandemia de COVID-19, o que impactou fortemente as atividades na APS, levando a restrições ou suspensão do acesso. Além disso, nenhum dos estudos selecionados apresentou evidências robustas de nível 1 ou 2, com a maioria destacando aspectos subjetivos do acesso ao DIU e LARC.

6. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Os achados deste estudo contribuem para o fortalecimento do papel do enfermeiro na ampliação do acesso aos LARC e na promoção da saúde reprodutiva em âmbito nacional. Além disso, apoia a superação das barreiras institucionais e dos preconceitos que possam existir em relação a esses profissionais e estimula alternativas de implementação de políticas públicas de forma mais equânime e inclusiva.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão da literatura, foi possível levantar o diagnóstico situacional, estratégias de melhoramento da gestão e as barreiras e facilitadores do acesso ao DIU no Brasil e no mundo. Apesar do DIU ser considerado um recurso para o desenvolvimento sustentável da sociedade, seu acesso continua a ser desafiador devido a questões sociais, econômicas, culturais e subjetivas. No entanto, há experiências bem-sucedidas de esforços para mudar esse cenário. Para isso, cabe aos profissionais de saúde garantir um planejamento reprodutivo de qualidade, facilitar o uso de métodos contraceptivos, respeitar a autonomia dos clientes, fornecer as informações necessárias para uma vida sexual e reprodutiva saudáveis, usar protocolos baseados em evidências científicas e aplicar critérios de elegibilidade sem julgamentos morais. No âmbito da APS cabe destacar o protagonismo do enfermeiro na garantia do acesso a essa tecnologia.

REFERÊNCIAS

1. GONZAGA, V. A. S., BORGES, A. L. V., SANTOS, O. A. dos, ROSA, P. L. F. S., GONÇALVES, R. F. S. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, n. 0, 18 dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=pt&tln=pt. Acesso em: 9 maio 2023.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. 2019. **IBGE**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 18 set. 2024.
3. UNFPA BRASIL. Relatório Situação da População Mundial 2022. Vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2022>. Acesso em: 3 jan. 2023.
4. CAVALCANTE, L. T. C., OLIVEIRA, A. A. S. de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicol Em Rev**, v. 26, n. 1, p. 83–102, abr. 2020.
5. SOUZA, M. T. D., SILVA, M. D. D., CARVALHO, R. D. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein São Paulo**, v. 8, n. 1, p. 102–106, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&tln=en. Acesso em: 24 abr. 2024.
6. LACERDA, L. D. R. C., PAES, L. G., SIQUEIRA, E. F., ARMA, J. C. de, FONSECA, C. C. W. D. M. da, FERREIRA, L. B. B. de A. et al. Inserção de Dispositivo Intrauterino por Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Enferm Em Foco**, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5209>
7. KRUG, C., CAVALLARO, F. L., WONG, K. L. M., GASPARINI, A., FAYE, A., LYNCH, C. A. Evaluation of Senegal supply chain intervention on contraceptive stockouts using routine stock data. In: HODGES, M. H. (org.). **PLOS ONE**, v. 15, n. 8, p. e0236659, 3 ago. 2020. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0236659>. Acesso em: 16 fev. 2024.
8. RUIVO, A. C. O., FACCHINI, L. A., TOMASI, E., WACHS, L. S., FASSA, A. G. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. e00123220, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000605008&tln=pt. Acesso em: 9 maio 2023.
9. BARRETO, D. da S., MAIA, D. S., GONÇALVES, R. D., SOARES, R. de S. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam E Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2821, 30 maio 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2821>. Acesso em: 9 maio 2023.
10. ALI, M., FOLZ, R., FARRON, M. Expanding choice and access in contraception: an assessment of intrauterine contraception policies in low and middle-income countries. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1707, dez. 2019. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-8080-7>. Acesso em: 16 fev. 2024.
11. MENDES, L. V. **Satisfação com o uso do implante contraceptivo e do dispositivo intrauterino com cobre entre usuárias de um hospital público da cidade de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-16092021-144144/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

12. HO, L. S., WHEELER, E. Using Program Data to Improve Access to Family Planning and Enhance the Method Mix in Conflict-Affected Areas of the Democratic Republic of the Congo. **Glob Health Sci Pract**, v. 6, n. 1, p. 161–77, 21 mar. 2018. Disponível em: <http://www.ghspjournal.org/lookup/doi/10.9745/GHSP-D-17-00365>. Acesso em: 16 fev. 2024.
13. KANAKUZE, C. A., KAYE, D. K., MUSABIREMA, P., NKUBITO, P., MBALINDA, S. N. Factors associated with the uptake of immediate postpartum intrauterine contraceptive devices (PPIUCD) in Rwanda: a mixed methods study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 650, dez. 2020. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03337-5>. Acesso em: 16 fev. 2024.

CAPÍTULO 06

PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS EDUCATIVAS COMO FERRAMENTAS FACILITADORAS

Lucas Lima de Carvalho

Mestrando Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: lucaslimac17@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7510-7185>

Gisele Venâncio da Silva

Mestranda Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: enfgiselevenancio@gmail.com

Natasha Pereira da Silva

Especialista em Saúde Pública com foco em Estratégia e saúde da Família

Instituição: UniVitória

E-mail: natashagomes.souza25@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2982-3436>

Fernanda Alves Lima de Almeida

Mestranda Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: alveslimadelima@gmail.com

Bruna Liane Passos Lucas

Mestranda Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: lianebruna@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1268-4983>

Amanda dos Santos Cabral

Graduada em Enfermagem

Instituição: Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: amandascabral1@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0287-3820>

Rodrigo Assumpção Rodriguez

Mestrando Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: rodrigoa.rodriguez82@gmail.com

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Doutor em Ciências - Programa de Saúde Pública

Instituição: Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: eduardoalexander@medicina.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6638-0788>

RESUMO: O planejamento familiar se configura como ferramenta basilar para a prevenção de gravidezes indesejadas e na adolescência, sendo a Estratégia de Saúde da Família, responsável por promover ações de saúde voltadas para o controle da fecundidade e promoção integral da saúde da mulher. Para tal, é fundamental o desenvolvimento de práticas educativas em saúde que visem a orientação familiar e a capacitação da comunidade. Assim, o presente relato de experiência tem como objetivo: descrever as experiências vivenciadas durante a realização de uma ação educativa sobre planejamento familiar para mulheres residentes de uma comunidade no município do Rio de Janeiro. Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva que apresenta as vivências de duas equipes de saúde da família composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde de uma Clínica da Família da CAP 3.2 do município do Rio de Janeiro. Durante a prática educativa foi possível promover um ambiente terapêutico, favorecendo a reflexão das mulheres acerca das temáticas discutidas, assim como a aparição de temas não planejados como a sexualidade feminina e a preparação pré-concepção. Isto foi possível devido à adoção de uma ação educativa pautada nos pressupostos da Educação Popular em Saúde e de um diagnóstico situacional de saúde prévio. Pode-se destacar como principais obstáculos para a realização deste tipo de atividade a falta de capacitação dos profissionais, lacunas importantes na literatura científica, falta de investimento do Governo para tais práticas, centralização das ações em saúde nas práticas curativistas e a sobrecarga dos profissionais da APS.

PALAVRAS CHAVE: planejamento familiar, educação em saúde, atenção primária à saúde.

ABSTRACT: Family planning is a fundamental tool for preventing unwanted pregnancies and teenage pregnancies, with the Family Health Strategy being responsible for promoting health actions aimed at controlling fertility and comprehensively promoting women's health. To this end, it is essential to develop health educational practices aimed at family guidance and community training. Therefore, the present experience report aims to: describe the experiences experienced during an educational action on family planning for women living in a community in the city of Rio de Janeiro. This study is characterized as qualitative research of a descriptive nature that presents the experiences of two family health teams composed of nurses, nursing technicians and community health agents from a CAP 3.2 Family Clinic in the city of Rio de Janeiro. During the educational practice, it was possible to promote a therapeutic environment, favoring women's reflection on the topics discussed, as well as the appearance of unplanned topics such as female sexuality and pre-conception preparation. This was possible due to the adoption of an educational action based on the assumptions of Popular Health Education and a prior situational health diagnosis. The main obstacles to carrying out this type of activity can be highlighted as the lack of professional training, important gaps in the scientific literature, lack of Government investment in such practices, centralization of health actions in curative practices and the overload of healthcare professionals. APS.

KEYWORDS: family planning, health education, primary health care.

1. INTRODUÇÃO

A implementação da educação sexual e reprodutiva no Brasil ocorreu em resposta à necessidade de adotar medidas eficazes para o controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), da gravidez na adolescência e da sexualidade precoce. O planejamento familiar, por sua vez, foi introduzido na década de 1990, marcando a disseminação de métodos contraceptivos e a proposição de estratégias avançadas para a redução da taxa de natalidade (Lélis *et al.*, 2019).

A Constituição Federal e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, estabelecem como responsabilidade do Estado assegurar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade. Essa conquista está refletida na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que visa a redução da mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, além de promover ações que garantam os direitos humanos das mulheres (Brasil, 1996).

O Planejamento Familiar compreende um conjunto de práticas educativas voltadas para a saúde, que não se restringem apenas à oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também incluem orientações ao público com diversas opções de escolha. Esta política pública proporciona instruções fundamentais tanto para as famílias quanto para os indivíduos, com o objetivo de promover a autonomia e garantir a liberdade total ao usuário para o controle ativo da própria fertilidade (Mozzaquattro, 2017).

Desta forma, o planejamento reprodutivo é uma importante ferramenta para a orientação familiar, que visa a adoção de ações de prevenção e promoção da saúde por meio de atividades educativas e utilização de técnicas e tecnologias para o controle da fecundidade (Brasil, 1996).

Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é protagonista no planejamento familiar devido à sua estrutura e modelo assistencial. Dentre as atividades relacionadas ao planejamento reprodutivo que compõem o serviço da ESF temos: orientação e oferta dos principais métodos contraceptivos, orientação quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e oferta de testes rápidos, preenchimento do passaporte reprodutivo para laqueadura e vasectomia, oferta de inserção de DIU, implante anticoncepcional Implanom®, medicações orais e injetáveis. Tal planejamento

deve ocorrer por meio de uma assistência qualificada, de uma escuta terapêutica e um olhar holístico acerca da saúde reprodutiva (Dias; Pereira, 2022).

Assim, um importante componente para o planejamento familiar é a Educação em Saúde, visto que esta ferramenta permite promover a aquisição de habilidades e saberes em saúde pela comunidade. Tais ações educativas devem estar pautadas nos pressupostos da Educação Popular em Saúde apresentados por Freire (1987), como a promoção da autonomia comunitária, a valorização do saber popular, a adequação da temática a diferentes culturas e modos de viver. Assim, tais práticas educativas demonstram-se como tecnologias basilares para a redução de gravidezes indesejadas e na adolescência (Camargo Junior *et al.*, 2020; Justino *et al.*, 2021).

No entanto, a assistência ao planejamento familiar revela fragilidades significativas quando, na prática, há uma ênfase predominante na contracepção, conferindo um caráter controlador que trata a mulher como objeto, em vez de sujeito da própria história. Esse enfoque frequentemente negligencia a promoção da saúde sexual e reprodutiva para ambos os gêneros e não considera adequadamente os aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos. Além disso, observa-se uma insuficiência na diversidade de métodos anticoncepcionais disponíveis e uma irregularidade na sua provisão (Bezerra *et al.*, 2019).

Sob este prisma, a presente investigação tem como objetivo: descrever as experiências vivenciadas durante a realização de uma ação educativa sobre planejamento familiar para mulheres residentes de uma comunidade no município do Rio de Janeiro.

2. METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como um relato de experiência acerca de uma ação educativa com temática “Planejamento Familiar” realizada em uma comunidade adstrita à uma clínica da família localizada na CAP 3.2 do município do Rio de Janeiro. Possui natureza descritiva, seguindo os pressupostos de Gil (2002) e abordagem qualitativa segundo Minayo (2004).

Estiveram envolvidas no desenvolvimento da prática educativa duas equipes de estratégia de saúde da família, abrangendo dois enfermeiros, uma técnica de enfermagem e 12 Agentes Comunitários de Saúde. A atividade educativa aconteceu no dia 27/02/2023 e foi realizada para cerca de 55 mulheres enquanto estas

aguardavam na fila de espera para realizar a coleta de exame citopatológico do útero. A ação foi realizada em um espaço cedido por um centro religioso que ficava em frente à associação de moradores da comunidade.

Durante a ação, um dos enfermeiros ficou responsável pela realização do exame citopatológico do colo de útero e o outro realizou as orientações de saúde, esclarecendo dúvidas quanto aos métodos contraceptivos, prevenção de IST's e preenchendo o passaporte reprodutivo para laqueadura. O ambiente foi organizado previamente pela equipe a fim de preservar a intimidade das usuárias durante a realização do exame e durante sua espera elas recebiam as orientações supracitadas.

Os dados apresentados neste capítulo são oriundos das narrativas da equipe durante a elaboração e realização da ação educativa, portanto, não sendo necessária apreciação de comitê de ética em pesquisa. Além disso, para fundamentar a discussão acerca das experiências vividas, foram realizadas buscas na literatura científica disponível, traçando aproximações entre a prática profissional vivenciada e o estado da arte.

3. RELATO DA EXPERIÊNCIA

A mobilização em desenvolver uma ação educativa relacionada ao planejamento familiar foi originada a partir de um diagnóstico territorial de saúde, no qual evidenciou-se a alta incidência de adolescentes grávidas. Nessa perspectiva, a equipe esquematizou a realização de uma atividade de educação em saúde no próprio território, a ser desenvolvida na fila de espera com mulheres que aguardavam a coleta do citopatológico de colo de útero. O desenvolvimento desta prática durante a fila de espera, pode então oportunizar a transformação de um tempo ocioso em um espaço para troca de saberes em saúde (Zambenedetti, 2012).

É importante salientar que durante o processo de elaboração da ação educativa, a equipe buscou guias e materiais instrutivos já pré-elaborados na plataforma online da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV) para nortear a execução da atividade. Contudo, na época da realização da ação, além dos passaportes reprodutivos para vasectomia e laqueadura, não existia nenhum protocolo para guiar os profissionais da Atenção Primária à saúde (APS) no desenvolvimento de ações acerca da temática exposta. Isto evidenciou uma lacuna importante no processo de planejamento familiar, uma vez

que fornecer instrumentos para a educação permanente de profissionais para realização deste tipo de atividade é crucial para a potencialização da assistência em saúde (Brasil, 2018).

Contudo, cabe elucidar que no ano de 2024 foi divulgado o “Guia Rápido – Planejamento Sexual e Reprodutivo” na plataforma da SUBPAV a fim de facilitar a realização desse tipo de assistência no âmbito da APS. O guia apresenta uma abordagem integral acerca da saúde reprodutiva, discutindo os direitos sexuais e reprodutivos, a pré-concepção e a anticoncepção. Isto representou um avanço quando se compara ao panorama de instrumentos fornecidos anteriormente que tinham enfoque na realização de laqueadura e vasectomia.

Esta perspectiva centralizada em intervenções cirúrgicas, acaba por promover o apagamento das demais necessidades em saúde da comunidade. Isto fica evidente, ao condensar o planejamento familiar à processos de esterilização dos usuários, deixando de lado a importância da orientação reprodutiva e da abordagem integral (Justino *et al.*, 2021). Esta fragilidade na apresentação do tema tem origem no paradigma biomédico, no qual as ações de saúde são pautadas no curativismo e no processo de docilização dos corpos. Neste, um sistema disciplinador, no caso os próprios serviços de saúde, elencam comportamentos a serem seguidos pelos indivíduos para manutenção do estado de saúde, de forma “engessada” e depositário-bancária (Foucault, 2009; Fertonani, 2015).

Este modelo assistencial é incongruente ao conceito de promoção da saúde, que preza pela capacitação da comunidade para ter autonomia acerca do seu próprio bem-estar. Promovendo assim sua reflexão crítica e adaptando às condutas terapêuticas ao indivíduo, sua família e coletividades, alicerçadas aos pressupostos da Educação Popular em Saúde (OMS, 1986; Falkenberg *et al.*, 2014). Nesse sentido, a adoção de uma perspectiva integral acerca da saúde reprodutiva da comunidade permite à aproximação dos indivíduos aos planos terapêuticos, adaptando-os às suas necessidades e vivências, além de produzir significado para os mesmos.

Sob este prisma, a APS surge como protagonista para a adoção de práticas educativas que coadunem com a Educação Popular em Saúde, devido aos seus atributos delimitados por Starfield (2002). Destes, pode-se destacar os que têm impacto mais representativo no planejamento reprodutivos são: a) Integralidade, ao incorporar na temática o conceito ampliado de saúde, valorizando as demandas e necessidades da comunidade, por meio de uma visão holística; b) Acesso no Primeiro

Contato, ao oportunizar à criação de vínculo, permitindo a quebra de tabus relacionados à sexualidade e favorecendo o despertar do interesse do público-alvo; c) Orientação comunitária, ao possibilitar que as ações desenvolvidas tenham reflexo nas diferentes coletividades, trazendo aspectos de suas vivências para a discussão em tela; e, e) Competência cultural, ao adequar à prática educativa aos conhecimentos prévios da comunidade, bem como seus interesses e cotidiano (Freire, 1987; Camargo Júnior *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a equipe ao propor uma prática educativa, se debruçou na elaboração de uma ação pautada no paradigma da integralidade e da Educação Popular em Saúde. Desta forma, valorizando os saberes prévios da comunidade e os determinantes e condicionantes da saúde. Isto se deu a partir da inserção prévia dos profissionais no território, possibilitando uma captação anterior dos conhecimentos das mulheres acerca do planejamento reprodutivo.

Assim, a ação foi programada para acontecer no próprio território, em um ambiente reservado e adequado tanto para a coleta do exame citopatológico de colo de útero, quanto a orientação em planejamento familiar. A decisão por realizar a atividade de educação em saúde, juntamente à coleta de preventivo originou-se da importância do rastreamento de câncer de colo de útero e da valorização previa que as usuárias tinham acerca deste procedimento.

Em relação ao conteúdo da prática educativa foi delimitado após busca em literatura científica pertinente as seguintes atividades: orientação sobre os principais métodos anticoncepcionais (camisinha externa, camisinha interna, anticoncepcionais orais e injetáveis e DIU), demonstração do uso das camisinhas, orientação acerca da laqueadura e vasectomia e preenchimento do passaporte reprodutivo para laqueadura (Figura 1). Cabe ressaltar que a discussão acerca da vasectomia para mulheres pode se configurar como uma potente estratégia de propagação dos conhecimentos em saúde, uma vez que estas poderão atuar como agentes multiplicadoras para seus companheiros, familiares e amigos (Justino *et al.*, 2021).

Figura 1: Registros da fila de espera com enfermeiro sobre planejamento familiar e reprodutivo



Fonte: Própria, 2023.

Em relação ao desenvolvimento da ação, pode-se ressaltar que uma importante estratégia para sua efetividade foi a adaptação do conteúdo à linguagem do público-alvo. Isto porque a literatura evidencia que o discurso dos profissionais da saúde tende a ser técnico-centrado e com linguajar científico, dificultando a inserção da comunidade na prática educativa (Lucas *et al.*, 2020). Em contrapartida, ao comunicar-se de forma clara e com jargões populares, promove-se a criação de vínculo e o despertar de interesse das mulheres sobre as ações de planejamento familiar. Por conseguinte, além desta estratégia promover um ambiente para o aprendizado em saúde, cria-se um espaço seguro para discussão da sexualidade feminina, tema que ainda representa um grande tabu na sociedade (Lucas *et al.* 2021, Dias; Pereira, 2022).

Este tabu durante a ação ficou evidente para a equipe executora, ao observar que a grande maioria das participantes desconhecia a camisinha interna, mesmo esta sendo distribuída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1997. Esta que é uma importante ferramenta para o empoderamento da mulher e sua autonomia, foi protagonista durante a ação educativa, mobilizando a maioria das participantes a levarem um exemplar para casa (Teixeira, 2023).

Outro tema importante discutido durante a prática educativa foi a atualização da lei da laqueadura, Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, na qual foi promulgado que mulheres acima de 21 anos poderiam realizar voluntariamente à laqueadura, sem o consentimento de um cônjuge. Este foi um importante avanço para a saúde da mulher e a promoção de sua autonomia, que foi comemorado pelas participantes, que até a ação educativa ainda desconheciam esta conquista (Brasil, 2022).

Em relação a importância da oportunização da coleta do exame citopatológico no território esta foi uma estratégia fundamental para o acompanhamento de saúde das usuárias, aumentando sua adesão (Figura 2 e 3). Isto porque, o exame citopatológico, também denominado exame de citologia oncótica do colo uterino, é amplamente reconhecido como o método mais eficaz para a detecção precoce das lesões cervicais. Recomenda-se que esse exame seja realizado de maneira sistemática por mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. No entanto, a adesão ao exame é frequentemente comprometida por fatores sociais, econômicos e comportamentais. Essa baixa adesão pode resultar em diagnósticos em estágios mais avançados da doença, impactando negativamente os indicadores de sobrevida (Silva *et al.*, 2015).

Figura 2: Registro dos preventivos coletados na ação.



Fonte: Própria, 2023.

Figura 3: Registro da anamnese prévia à coleta do citopatológico do colo de útero.



Fonte: Própria, 2023.

Por fim, cabe ressaltar que uma das participantes da ação educativa, trouxe para a discussão um eixo temático que não estava planejado na ação: a orientação para a concepção. Isto evidencia que o planejamento familiar realizado pelos profissionais da saúde está centralizado nas estratégias para evitar gravidezes, quando deveria abranger também as mulheres que desejam ter filhos. Tal viés fica evidente até mesmo na literatura e no manual técnico de planejamento familiar elaborado pelo Ministério da Saúde que focam apenas em discutir os métodos contraceptivos (Brasil, 2002).

Entretanto, o preparo pré-concepcional é basilar para a prevenção de agravos na gravidez e diminuição da morbimortalidade de mulheres e recém-nascidos. Tais orientações devem englobar a garantia de uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas, a monitorização de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a prevenção à Infecções Sexualmente Transmissíveis, a promoção da saúde mental, a orientação sobre uso de drogas e outros produtos teratogênicos, a orientação familiar para preparo do futuro bebê, entre outras temáticas relevantes (Nascimento; Borges; Fujimori, 2019).

Cabe discutir que com a ação educativa proposta não foi possível chegar aos homens trans residentes do território. Isto pode ter ocorrido devido às experiências posteriores destes usuários nos serviços de saúde, visto que o estado da arte nos revela relatos de discriminação e barreira de acesso à homens transgênero na APS. Os estudos indicam que o rastreamento do câncer de colo de útero nestes usuários torna-se difícil devido aos aspectos apontados anteriormente e ao maior incômodo durante a coleta do material, uma vez que os hormônios causam a atrofia vaginal.

Além disso, o planejamento reprodutivo para os homens que tem útero é importante, uma vez que o uso da testosterona não é um método contraceptivo com alto grau de confiabilidade e por vezes acontecem gravidezes indesejadas, que podem intensificar a disforia corporal comum nesta população (Arruda *et al.*, 2022; Nogueira, 2022). Compreendendo este desafio, a equipe se propôs a refletir acerca de atividades educativas destinadas à população transgênero, pretendendo publicar esta futura experiência, já que a temática apresenta escassez no cenário científico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família se configura como um importante componente para o planejamento reprodutivo e familiar, visto que ela é considerada a porta de entrada para o SUS e é capaz de acompanhar os indivíduos de forma longitudinal e coordenada.

A partir da experiência vivenciada pela equipe pode-se delimitar as dificuldades na realização do planejamento reprodutivo na estratégia de saúde da família. Em relação aos fatores intervenientes que dificultam sua realização pode-se elencar: a falta de capacitação dos profissionais, lacunas importantes na literatura científica, falta de investimento do Governo para tais práticas, centralização das ações em saúde nas práticas curativistas, sobrecarga dos profissionais da APS, entre outros.

Propõe-se então algumas estratégias para suavizar estes obstáculos: realização de cursos de capacitação e elaboração de materiais para guiar os profissionais da saúde nas ações de planejamento reprodutivo, visando uma educação continuada; parceria das unidades básicas de saúde com as escolas, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), favorecendo à incorporação da temática de reprodução, planejamento e contracepção, no cotidiano escolar, reduzindo gravidezes indesejadas, abortos inseguros e a aquisição de IST's; e adoção de práticas educativas que utilizem de metodologias ativas para promoção da saúde de forma integral e adequada às necessidades da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, P. M. et al. Sexual and reproductive health of transgender men and homoaffectionate women: Integrative Review. **Research, Society and Development**, [S. I.], v. 11, n. 2, p. e35311225676, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25676>. Acesso em: 28 ago. 2024.
- BEZERRA, I. N. M. et al. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, [S. I.], v. 4, n. 3, p. 82–90, 2019. DOI: 10.21680/2446-7286.2018v4n3ID17293. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rkp/article/view/17293>. Acesso em: 28 ago. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 2 jul. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/Lei/L14443.htm#art2](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14443.htm#art2). Acesso em: 2 jul. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 2 jul. 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2024.
- CAMARGO JÚNIOR, B. et al. Reflexão sobre as Contribuições de Paulo Freire para a Área da Saúde e Enfermagem. **Revista Saúde Multidisciplinar**, [S. I.], v. 2, n. 1, 2020. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/22>. Acesso em: 28 jun. 2024.
- DIAS, A. K.; PEREIRA, R. A. O Papel do Enfermeiro na Consulta do Planejamento da Saúde Sexual e Reprodutiva. **Revista Extensão**, v. 5, n. 3, p. 130-140, 28 jan. 2022. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/4648>. Acesso em: 2 Jul 2024.
- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 27 jun. 2024.
- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2015, v. 20, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 7 Jul 2024.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

TEIXEIRA, P. M. G. A Política Pública de Distribuição do Preservativo Feminino: uma revisão sistemática da literatura. **Recisatec – revista científica saúde e tecnologia**, ISSN 2763-8405, [S. I.], v. 3, n. 1, p. e31244, 2023. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/244>. Acesso em: 6 Jul 2024.

JUSTINO, G. B. S. et al. Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200711, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200711>. Acesso em: 05 Jul 2024.

LÉLIS, B. D. B. et al. Planejamento Familiar: Perspectiva de Ações a serem implementadas na Estratégia de Saúde da Família – ESF. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 45, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1729>. Acesso em: 28 ago. 2024.

LUCAS, E. A. J. C. F. et al. O teatro como instrumento socioeducativo na escola – experiências exitosas. In: **Enfermagem moderna: bases de rigor técnico e científico 6**. Organizadora SOMBRA, Isabelle Cordeiro de Nojosa. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020. v. 6, cap. 17, p. 167-178. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/29567>. Acesso em: 03 Jun 2024.

LUCAS, E. A. J. C. F. et al. Educação em Saúde e o Teatro: uma revisão de literatura. In: VASCONCELOS, A. W. S. de (org.). **Linguística, letras e artes**: sujeitos, histórias e ideologias. Ponta Grossa – PR: Atena, 2021. p. 201-212. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/50048>. Acesso em: 6 jul. 2024.

MOZZAQUATRO, C. O.; ARPINI, D. M. Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o Tradicional, a Mudança e os Novos Desafios. **Psicol. cienc.prof.**, Brasília, v. 37, p. 923-938. 2017.

NASCIMENTO, N. C.; BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. **Rev Bras Enferm.**, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620>. Acesso em: 08 jul. 2024.

NOGUEIRA, F. P. S. et al. A Realidade de homens transgêneros no contexto da prevenção do Câncer de colo uterino: Realidade de homens transgêneros no contexto da prevenção do Câncer de colo uterino. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. I.], v. 6, pág. 25323–25333, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55745>. Acesso em: 28 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, Canada: WHO; 1986.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais sobre a doença de mulheres acometidas do câncer cervico-uterino. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 3667-3678, 2016. Disponível em: Acesso em: 28 ago. 2024.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1075–1086, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400024>. Acesso em: 07 jul. 2024.

CAPÍTULO 07

TELESSAÚDE COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Tharcisio Carvalho de Oliveira

Mestrando Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro; Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: tharcisiotco@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3783-8760>

Katherine Moraes dos Santos

Doutora em Enfermagem

Instituição: Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (UFF); Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: katherine_moraes@id.uff.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2064-5207>

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Doutor em Ciências - Programa de Saúde Pública

Instituição: Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: eduardoalexander@medicina.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6638-0788>

Leonardo Graever

Doutorando em Ciências Médicas e da Saúde pela University of Copenhagen

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: leograever@ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2027-8061>

Margareth Maria Gomes de Souza

Doutora em Odontologia

Instituição: Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: margarethmg.souza@ortodontia.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000.0003.3937.415Xe>

Danielle Amaral de Freitas

Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: dafufrj@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5460-8316>

Ana Maria Bezerra Bandeira

Doutora em Engenharia Metalúrgica e de Materiais

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: anabandhesfa@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2529-8280>

RESUMO: Introdução: A telessaúde destaca-se como uma ferramenta inovadora para promover a Educação Permanente e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Esta ferramenta é uma eficaz abordagem de serviço, utilizando tecnologias para suporte na Atenção Primária à Saúde (APS). Ela facilita a comunicação à distância, beneficiando profissionais, gestores e pacientes com interações e acesso a recursos de apoio diagnósticos ou terapêuticos. Os desafios incluem a resistência à adoção tecnológica e a necessidade de fortalecer a familiaridade dos profissionais de saúde com as novas ferramentas digitais. Objetivo: Este estudo tem como objetivo conceituar a Telessaúde, explorar suas interfaces e aplicações com base na literatura científica, no apoio à Atenção Primária à Saúde (APS). Metodologia: Optou-se em realizar uma revisão narrativa de literatura, fundamentada nos pressupostos de Minayo e utilizando nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados manuais oficiais de Telessaúde do Ministério da Saúde (MS), além de diversas políticas e portarias relevantes que regulam e orientam a implementação e prática da Telessaúde no Brasil. Os critérios de inclusão foram artigos publicados no período de outubro de 2011 e junho de 2023, que abordassem o uso da Telessaúde como uma ferramenta de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde. Foram excluídas as publicações que ficassem sem acesso livre ao texto completo ou que não estivesse no contexto da APS. Resultado e Discussão: A busca nas plataformas consultadas resultou em 327 artigos sobre Telessaúde, dos quais 35 publicações foram selecionadas para leitura na íntegra, incluindo artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 8 publicações foram incluídas na revisão narrativa. Esta revisão priorizou uma abordagem sistemática para analisar o uso da

Telessaúde como ferramenta de Educação Permanente na APS. Os resultados foram apresentados com foco na conceituação, interfaces e aplicações da Telessaúde, bem como sua relevância nas estratégias de saúde digital, teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação na APS. Conclusão: A telessaúde pode significar uma ferramenta com potencialidades importantes para o sistema de saúde na atenção primária. A fim de superar os desafios quanto a sua implementação, é decisivo inserir a Telessaúde para integrar e otimizar práticas na APS, enfatizando a importância de abordagens educativas contínuas que acompanham as rápidas mudanças tecnológicas no cotidiano do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: telessaúde, educação permanente, atenção primária à saúde.

RESUMEN: Introducción: La telesalud destaca como herramienta innovadora para promover la formación continuada y mejorar la calidad de los servicios sanitarios. Esta herramienta es un enfoque de servicio eficaz, que utiliza las tecnologías para apoyar la Atención Primaria de Salud (APS). Facilita la comunicación a distancia, beneficiando a profesionales, gestores y pacientes con interacciones y acceso a recursos de apoyo diagnóstico o terapéutico. Los desafíos incluyen la resistencia a la adopción tecnológica y la necesidad de fortalecer la familiaridad de los profesionales de la salud con las nuevas herramientas digitales. Objetivo: Este estudio tiene como objetivo conceptualizar la Telesalud, explorar sus interfaces y aplicaciones a partir de la literatura científica, en apoyo a la Atención Primaria de Salud (APS). Metodología: Se decidió realizar una revisión narrativa de la literatura, partiendo de los supuestos de Minayo y utilizando las siguientes bases de datos: Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se utilizaron los manuales oficiales de Telesalud del Ministerio de Salud (MS), así como diversas políticas y ordenanzas relevantes que regulan y orientan la implementación y práctica de la Telesalud en Brasil. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados entre octubre de 2011 y junio de 2023 que abordaran el uso de la Telesalud como herramienta de Educación Permanente en Atención Primaria de Salud. Se excluyeron las publicaciones sin acceso libre al texto completo o que no estuvieran en el contexto de la APS. Resultados y Discusión: La búsqueda en las plataformas consultadas dio como resultado 327 artículos sobre Telesalud, de los cuales se seleccionaron 35 publicaciones para su lectura completa, incluyendo artículos científicos y documentos oficiales del Ministerio de Sanidad. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 8 publicaciones en la revisión narrativa. Esta revisión priorizó un abordaje sistemático para analizar el uso de la Telesalud como herramienta de Educación Permanente en APS. Los resultados se presentaron centrándose en la conceptualización, interfaces y aplicaciones de la Telesalud, así como su relevancia en las estrategias de salud digital, teleconsulta, telediagnóstico y teleeducación en APS. Conclusión: La telesalud puede ser una herramienta con un importante potencial para el sistema sanitario en atención primaria. Con el fin de superar los desafíos para su implementación, es crucial utilizar la telesalud para integrar y optimizar las prácticas en APS, destacando la importancia de los enfoques educativos continuos que acompañan a los rápidos cambios tecnológicos en el trabajo diario.

PALABRAS CLAVE: telesalud, formación continua, atención primaria de salud.

1. INTRODUÇÃO

A Telessaúde tem se destacado como uma abordagem inovadora e promissora na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa modalidade utiliza tecnologias da informação e comunicação para fornecer cuidados remotos, facilitar o monitoramento de pacientes e promover a educação contínua dos profissionais de saúde.¹ Apesar do potencial da Telessaúde, observa-se na prática desafios para sua implementação, nesse sentido, é necessário compreender o *status* da sua utilização e identificar novas possibilidades para aprimorar sua aplicação na APS.

Dentre os desafios encontrados, destacam-se a resistência dos profissionais à adoção de novas tecnologias e o desconhecimento por parte de muitos gestores, profissionais de saúde e usuários das capacidades e benefícios dessa ferramenta, o que resulta em sua subutilização. Essa tecnologia tem um potencial particularmente transformador em regiões de difícil acesso, onde a infraestrutura tecnológica pode ser limitada. No entanto, a falta de familiaridade com recursos tecnológicos básicos como computadores e acesso à internet de qualidade ainda representa uma barreira significativa para a adoção da Telessaúde.²

A Telessaúde oferece uma oportunidade única de promover a Educação Permanente, garantir acesso rápido e eficaz aos profissionais de saúde, melhorar a resolutividade das ações e serviços de saúde, e apoiar o diagnóstico e tratamento à distância. No entanto, permanecem entraves à sua implementação, incluindo a necessidade de capacitação profissional adequada e a organização dos serviços para maximizar o impacto da Telessaúde.³

Diante das rápidas transformações tecnológicas, há uma necessidade imediata de Educação Permanente nos serviços de saúde para capacitação das equipes de saúde. O aprendizado contínuo por meio dessas tecnologias não só amplia o acesso à informação e ao conhecimento como também promove um melhor fluxo de informações, realização de conferências e discussões clínicas.²

Além disso, a expansão da Telessaúde apresenta novas oportunidades, como a agilidade no compartilhamento de informações e o alcance de novos públicos. A partir da Portaria Nº 2.546 de 2011, que ampliou o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, substituindo a Portaria Nº 35 de 2007, o programa passou por uma significativa reestruturação. A Portaria de 2007 tinha o objetivo de apoiar a Estratégia

Saúde da Família (ESF) através de tecnologias de informação e comunicação, com foco na qualificação das equipes da APS. Já a Portaria de 2011 redefiniu e expandiu o programa, introduzindo novos serviços como teleconsultoria, telediagnóstico e teleeducação, o que fortaleceu a integração da telessaúde na APS e ampliou seu papel na educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS).^{4,5}

Contudo, é essencial que os profissionais respeitem as normas éticas e legais relativas à privacidade e segurança dos dados dos pacientes, especialmente em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) no Brasil.⁶

A partir do exposto, este estudo pretende colaborar nessa temática e busca explorar a literatura científica de forma abrangente, identificando o estado atual da pesquisa, bem como as tendências e as aplicações práticas da Telessaúde de forma a verificar sua implementação e discutir como essa ferramenta pode ser efetivamente integrada como uma estratégia de Educação Permanente na APS.

2. MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa crítica e reflexiva apoiada nos pressupostos de Minayo. Foi realizada uma revisão narrativa para a coleta de dados e análise de artigos publicados no período de 2011 a 2023. O critério temporal adotado foi a partir do ano de 2011, definido pela Portaria Nº 2.546, que substituiu a Portaria Nº 35 de 2007. Esta redefinição do Projeto Nacional de Telessaúde visou apoiar a Estratégia Saúde da Família e, além de continuar esse apoio, ampliou o escopo do projeto, que tem sido o foco deste estudo desde então.

Para o alcance dos objetivos, foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as tendências e aplicações práticas da Telessaúde no processo de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde? Para a seleção dos artigos, foram utilizados os descritores: "Telessaúde", "Educação Permanente em Saúde" e "Atenção Primária à Saúde". Os dados foram extraídos da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

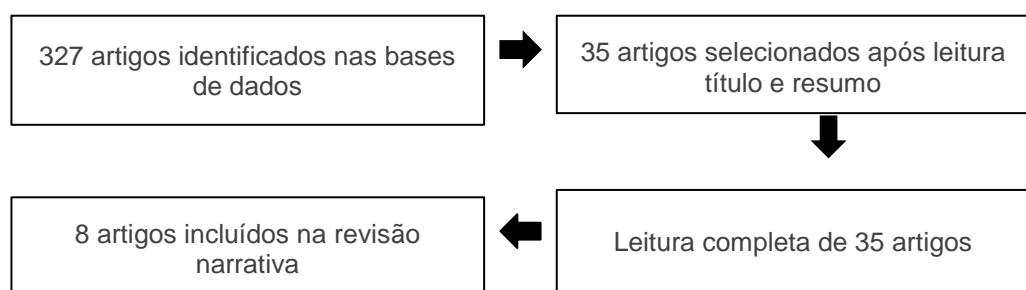
Os títulos e resumos dos artigos retornados pelos buscadores foram submetidos a uma análise inicial para verificar sua aderência aos critérios de inclusão estabelecidos: Foram incluídos artigos publicados no período de outubro de 2011 e junho de 2023, que abordassem o uso da Telessaúde como uma ferramenta de

Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde e disponibilidade em inglês e português. Os critérios de exclusão aplicados foram: as publicações que ficassem sem acesso livre ao texto completo ou que não estivesse no contexto da APS.

3. RESULTADOS

Os resultados da busca revelaram um total de 327 artigos relacionados a essa temática pelas plataformas consultadas. Foram identificadas 35 publicações pertinentes ao tema após a leitura do título e resumo para leitura na íntegra, incluindo artigos e fontes primárias como os manuais oficiais de Telessaúde do Ministério da Saúde (MS), além de diversas políticas e portarias relevantes que regulam e orientam a implementação e prática da Telessaúde no Brasil. Aplicando-se aos critérios de inclusão e exclusão, apenas 8 publicações atenderam ao escopo da revisão narrativa (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos incluídos na revisão narrativa.



Fonte: Elaboração própria

A revisão narrativa adotada neste estudo priorizou uma abordagem sistemática e inclusiva para avaliar a literatura existente sobre o tema. Esta técnica envolveu a seleção criteriosa de estudos relevantes que abordam aspectos multifacetados do tópico em investigação, seguida de uma síntese qualitativa das descobertas.

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos artigos incluídos e o Quadro 2 os manuais e portarias do MS, destacando os autores, os temas principais, o ano de publicação, e o formato do artigo.

Quadro 1: Estudos sobre Telessaúde e Educação Permanente na APS

Autores/ Ano	Título	Desenho da pesquisa
Pereira e Machado, 2015 ¹	Conceituação da Telessaúde e suas aplicações na Atenção Primária à Saúde.	Revisão narrativa
Brown, 2018 ³	Utilização da Telessaúde na Educação Permanente de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.	Qualitativo
Neves, 2019 ²²	Uso da Telessaúde como ferramenta de Educação Permanente em Saúde na APS do Maranhão.	Qualitativo
Souza et al., 2020 ²	Uso da Telessaúde durante a pandemia de COVID-19 e seu impacto na capacitação de profissionais de saúde.	Qualitativo
Lemos et al., 2020 ⁸	A Telessaúde como estratégia de Educação Permanente para trabalhadores do SUS	Revisão narrativa
Bernardes et al., 2018 ²³	Avaliação do uso do Programa Telessaúde no Maranhão como apoio à Educação Permanente em Saúde.	Qualitativo
Schmitz e Harzheim, 2017 ²⁷	Uso de teleconsultorias no Programa Telessaúde Brasil Redes e suas implicações para a APS	Quantitativo
Araújo et al., 2023 ¹⁹	Revisão sistemática sobre telemedicina, Telessaúde e digitalização na saúde.	Revisão sistemática

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2: Documentos oficiais e manuais do Ministério da Saúde

Fonte/ Ano	Título	Tipo
Ministério da Saúde (MS), 2012 ⁵	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde	Manual oficial
Ministério da Saúde (MS), 2011 ⁴	Portaria n. 2.546, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil Redes	Portaria governamental
Ministério da Saúde (MS), 2013 ¹⁷	Manual de Telessaúde para a Atenção Básica	Manual oficial
Ministério da Saúde (MS), 2018 ²⁸	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Manual oficial
Ministério da Saúde (MS), 2020 ⁷	Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020-2028)	Manual Oficial
Ministério da Saúde (MS), 2022 ¹¹	Portaria n. 14.510, que regulamenta a Telessaúde em todo o território nacional	Portaria governamental

Fonte: Elaboração própria

A seguir serão apresentados os resultados dos estudos identificados, buscando conceituar o telessaúde, suas interfaces e aplicações práticas, bem como as tendências de sua utilização como uma estratégia de Educação Permanente na APS, e a discussão dos achados a partir da literatura pertinente.

4. DISCUSSÃO

Com intuito de promover a discussão deste estudo organizou-se tópicos para facilitar a estruturação das ideias. Serão abordadas a conceituação da Telessaúde, suas interfaces e aplicações práticas, com ênfase em estratégias de saúde digital, teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. Além disso, será discutida a utilização dessas ferramentas como uma estratégia de educação permanente na APS.

4.1 TELESSAÚDE: CONCEITUAÇÃO, INTERFACES E APLICAÇÕES PRÁTICAS

4.1.1 Estratégia de saúde digital

A implementação da Estratégia de Saúde Digital no Brasil, apoiada pelas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), têm revolucionado a prestação de serviços de saúde. Essas mudanças, que alteram práticas profissionais e educacionais em níveis organizacional e acadêmico, são impulsionadas pela adoção da "linguagem digital". Esta facilita a comunicação, interação e aprendizagem em um contexto multiprofissional e está integrada ao gerenciamento de soluções sustentáveis e ao desenvolvimento de inovações aplicáveis à saúde e à educação.^{7,8}

Esta transformação digital tem conectado indivíduos além das fronteiras geográficas, redefinindo as formas de pensar e as interações sociais através do uso extensivo de dispositivos informatizados em diversos setores, como saúde, educação e lazer.⁹ O Ministério da Saúde do Brasil lidera a expansão dessa estratégia para garantir que a saúde digital seja acessível a todos os brasileiros, formulando políticas que promovam uma colaboração eficaz entre governos, setores privado e público, e adaptando-se às diversas necessidades do sistema de saúde.⁷

A utilização da Estratégia de Saúde Digital no Brasil envolve diversas iniciativas, como a criação de sistemas de prontuários eletrônicos, telemedicina, aplicativos móveis de saúde, teleconsultas, em especial a Telessaúde. Essas

tecnologias permitem a integração de dados de saúde, facilitando o compartilhamento de informações entre profissionais de saúde e pacientes, melhorando a coordenação do cuidado, reduzindo erros médicos e aumentando a eficiência do sistema de saúde como um todo.⁷

Esta abordagem colaborativa e inovadora promove a educação continuada, garantindo a segurança e a ética no uso de tecnologias, essencial para superar os desafios atuais e futuros, tornando o sistema de saúde mais resiliente e adaptável às necessidades emergentes da população brasileira.^{6,10}

4.1.2 Telessaúde

A Telessaúde é o uso de tecnologias de informação e comunicação para oferecer serviços de saúde à distância, promovendo a integração entre profissionais e pacientes, facilitando o diagnóstico, tratamento, prevenção e educação em saúde.¹ Essa ferramenta permite a troca de informações clínicas e educativas em tempo real ou de forma assíncrona, melhorando o acesso à assistência, e apoio aos profissionais da saúde de diferentes áreas além da prática médica.¹¹

Vale ressaltar que muitas vezes, o termo utilizado "telemedicina" vem sendo confundido com a Telessaúde, porém não é errado referir as algumas das atividades utilizando essa expressão, as duas caminham juntas, sendo que o Telessaúde é um termo mais abrangente que pode ser utilizado por diferentes serviços de transmissão de tecnologias e informações. Já a Telemedicina é um conjunto de Telessaúde voltado para os serviços complementares às práticas médicas, com a finalidade de melhorar o atendimento.²

A Telessaúde tem sido fundamental no avanço da saúde digital, promovendo maior integração, acessibilidade e aprimoramento dos serviços de saúde, enfrentando desafios contemporâneos com inovação e criatividade, e visando um futuro mais inclusivo e eficiente na assistência à saúde.⁸

Com a implementação da Portaria Nº 2.546 de 2011, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi ampliado e reestruturado, incorporando novos serviços como teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. Essa expansão reforçou a integração da telessaúde na APS, além de fortalecer a educação permanente para os profissionais de saúde no SUS.⁴

Este programa estimulou a formação de núcleos de Telessaúde em níveis estaduais, municipais e regionais, que oferecem serviços como teleconsultoria, telediagnósticos e tele-educação. Essas iniciativas aprimoraram o monitoramento e planejamento da assistência à saúde, além de fomentar a comunicação e intercâmbio de informações importantes para a prática médica.¹¹

Atualmente, a nova Lei da Telessaúde, de nº14.510/2022, modifica a prática da Telessaúde em todo território nacional e representa um marco importante no avanço da prestação de serviços de saúde à distância no Brasil. De acordo com a legislação, o Telessaúde é definido como a "modalidade assistencial em saúde, realizada mediada por tecnologias, com vistas ao suporte, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou educação em saúde". A lei estabelece diretrizes para a utilização da Telessaúde no país, incluindo aspectos relacionados à segurança, privacidade, qualidade e responsabilidade dos profissionais envolvidos. Além disso, reconhece a importância da integração da Telessaúde com o sistema de saúde existente, visando ampliar o acesso, promover a qualidade e otimizar os recursos disponíveis.¹¹

Para tanto, em geral, os desenvolvedores de sistemas de saúde focam no correto funcionamento das partes técnicas do sistema, enquanto o teste de usabilidade raramente é uma prioridade, sempre devido a fatores temporais. Para cumprir os prazos estabelecidos, são principalmente testes de usabilidade, prototipagem do sistema ou algum tipo de iteração para melhorar a interface que é afetada. Mesmo especialistas em usabilidade não podem projetar a interface perfeita em uma tentativa. Requer um processo iterativo de repensar o projeto até que a solução perfeita seja encontrada.¹²

A necessidade de trabalhar em cenários cada vez mais amplos, embora repletos de possibilidades, cria desafios permanentes para o processo de trabalho no setor saúde. Construir uma melhor relação custo-benefício para o processo de saúde pública e permitir que as instalações dos grandes centros cheguem às áreas mais remotas são alguns dos obstáculos a serem superados. Nesse contexto, surgiu o conceito de telemedicina como ferramenta para facilitar os serviços médicos.¹³

Garantir a disponibilidade e acessibilidade da saúde de acordo com as necessidades da população é, portanto, um dos grandes desafios do sistema de saúde implantado no Brasil, “especialmente especialistas” e a má distribuição geográfica entre as áreas.⁹

Ademais, a cultura institucional desempenha um papel crítico na incorporação da Telessaúde nos serviços de saúde. A falta de alinhamento entre as normas, rotinas e práticas existentes e as demandas da Telessaúde cria barreiras substanciais, tornando essencial a adaptação das instituições de saúde.¹⁴

Dentre as formas de praticar a telessaúde encontra-se na literatura a teleconsultoria, tele-educação e telediagnóstico descritas a seguir.

4.1.3 Teleconsultoria

No Brasil, a teleassistência é regulamentada pelo Decreto nº 2.456, que define a teleconsulta como consultas registradas e realizadas por meio de telecomunicações bidirecionais entre profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos clínicos e questões de saúde.⁴

Por meio da teleconsulta, o regulamento é definido como as consultas cadastradas e solicitadas por trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde para esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relacionadas ao processo de trabalho, por meio de duas vias/ modo de telecomunicações, síncrono (tempo real) ou assíncrono (via mensagens offline). Esta modalidade tem se mostrado importante na redução de encaminhamentos desnecessários, otimizando a gestão do tempo dos especialistas e melhorando a eficiência no atendimento primário, conforme relatado em experiências internacionais.¹⁵

Consultores remotos são profissionais disponibilizados pelo próprio município, que dedicam parte de sua carga horária a esse trabalho por teleconsulta, que compreende a rede de atendimento regional local e faz parte de uma equipe de especialistas que recebe os pacientes.⁴

Segundo Nilson *et al.*¹⁶, a experiência por teleconsultoria mostra que os tempos de espera e filas para especialistas diminuem, mesmo que o especialista tenha disponibilidade para teleconsultas, pois o tempo total de atendimento também é reduzido. Isso ocorre porque menos casos precisam ser encaminhados ao especialista, já que muitos podem ser resolvidos na APS. No entanto, em situações de alta demanda ou longos tempos de espera, é ideal que as consultas remotas sejam realizadas sem diminuir as consultas presenciais, até que o especialista seja necessário para casos mais complexos. Por isso, é importante a teleconsulta como apoio e não como substituição da consulta presencial.

A teleconsulta abrange questões relacionadas à APS: problemas de saúde comuns; relacionamento entre indivíduos, suas famílias e comunidades; fluxo de trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, as necessidades de sincronização muitas vezes envolvem o caso clínico de um paciente ou questões de saúde mais complexas e interdisciplinares e ocorrem em tempo real por meio de webconferências após um acordo prévio.¹⁷

Essas interações são projetadas para serem concisas, com respostas assíncronas sugeridas para serem entregues rapidamente e discussões síncronas limitadas a períodos que não comprometam o fluxo de trabalho regular das unidades de saúde, assegurando que a integração da Telessaúde seja eficaz e não obstrutiva.¹⁷

4.1.4 Tele-educação

A educação a distância envolve o uso de ferramentas tecnológicas para construir e aprimorar o conhecimento de estudantes e profissionais de diferentes áreas do conhecimento.¹⁸

Claramente, há a necessidade de ações e estratégias de educação permanente para os profissionais que atuam nesses contextos de saúde pública, visando mitigar o processo epidemiológico e prestar assistência integral à população. A Tele-educação consiste em utilizar a tecnologia para a construção de conhecimento, qualificação e aperfeiçoamento, ampliando diversas áreas de atuação para diferentes categorias de profissionais.¹⁹

A tele-educação, é uma prática que configura-se com um potencial estratégico de aprendizagem, pois além de auxiliar e ampliar a disseminação do conhecimento e das informações necessárias à sua construção , a tecnologia da informação pode ser utilizada para subsidiar as discussões de casos, sem deslocamentos desnecessários, como no combate às epidemias.²⁰

Diversos programas de educação em saúde a distância são conhecidos como práticas da tele-educação, oferecendo aos profissionais serviços e soluções assistenciais, além de aperfeiçoamento e qualificação. Os serviços de tele-educação integram um conjunto de ações de Telessaúde podendo ser destinados a facilitar a formação de longo prazo dos profissionais que atuam prioritariamente na APS sem ter que distanciá-los de suas atividades cotidianas locais.²¹

Além disso, a Educação Permanente em Saúde é vista como estratégica para o SUS, e contribui no ordenamento da formação e no desenvolvimento contínuo dos recursos humanos na área da saúde.²² Esta prática não só promove o desenvolvimento e a organização do ensino e da pesquisa, mas também permite a criação de novos processos de educação a distância e de atendimento especializado, promovendo a saúde em todo o Brasil.⁸

Desta forma, destaca-se a tele-educação como uma ferramenta essencial para melhorar a disseminação de conhecimento entre profissionais e acadêmicos da saúde, permitindo uma maior interação e participação ativa dos envolvidos. Este modelo contribui significativamente para a qualidade do atendimento e do ensino em saúde, capacitando profissionais com uma postura crítica e reflexiva, essencial para a melhoria contínua das práticas de saúde.²³

4.1.5 Telediagnóstico

A regulamentação brasileira, conforme estipulado pelo artigo 2º do Decreto nº 2.456, define o Telediagnóstico como a utilização de tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio diagnóstico a distância, superando barreiras geográficas e temporais.⁴ Este modelo de serviço médico remoto se baseia na transmissão de dados biológicos essenciais para diagnósticos clínicos, como ilustrado pelo crescente uso da telecardiologia.²⁴

Portanto, uma das áreas que se destaca é a telecardiologia ou telemedicina da cardiologia, descrevendo diferentes expressões da combinação entre a telemedicina e a cardiologia, principalmente a monitorização remota da atividade cardíaca por ECG. Devido às altas taxas de mortalidade por doenças cardíacas em todo o mundo, este serviço tem despertado grande interesse da comunidade científica.²⁵

Além disso, pesquisas promissoras na região têm demonstrado redução da mortalidade, principalmente em cidades pequenas sem unidades de tratamento especializadas, inovações baseadas em telecardiologia e realização local de exames de ECG, interpretação de traçados eletrocardiográficos transmitidos pela Internet. Os especialistas fornecem relatórios de ECG e orientam a equipe de saúde para o gerenciamento adequado do paciente em poucos minutos.²⁵

Atualmente, o serviço, conhecido como telediagnóstico de ECG, é administrado pela Secretaria de Saúde Pública do Ministério da Saúde para dar suporte, principalmente em cidades menores, com menos recursos técnicos e clínicas especializadas.²⁴

No entanto, no que diz respeito à importância clínica da integração da telemedicina no SUS, existem poucos estudos de alta qualidade que avaliam, ao final, o impacto desta intervenção na qualidade de vida de alguns pacientes com doenças cardiovasculares.²⁵

4.2 TELESSAÚDE: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Telessaúde tem se destacado como uma ferramenta tecnológica na APS, funcionando como um meio essencial de comunicação e informação para atividades à distância, adaptadas às necessidades cotidianas. Ela facilita a interação entre profissionais de saúde, gestores e usuários, além de oferecer acesso remoto a recursos de apoio diagnósticos e terapêuticos.⁵

A Educação Permanente na APS é importante e impacta o crescimento, organização e progresso da saúde. A Telessaúde desempenha um papel central nesse processo, possibilitando a formação contínua dos profissionais. Especialmente porque a manifestação de agir de forma eficaz e atualizada face aos desafios da saúde contemporânea.^{14,23}

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um processo de reorganização da Atenção Básica (AB) e/ou Atenção Primária, sendo compreendida como uma estratégia de estruturação de um modelo assistencial brasileiro, desenvolvido pelo SUS. O trabalho na ESF requer dos profissionais atuantes neste âmbito uma atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos, com uma assistência qualificada, promovendo a organização do processo de trabalho e norteando os problemas relacionados à saúde da população.⁵

A literatura sobre os benefícios da APS é amplamente fundamentada em estudos que exploram os componentes essenciais desse nível de atenção. Bárbara Starfield, uma pesquisadora renomada nesse campo, apresenta uma extensa gama de pesquisas que destacam a importância dos atributos da APS para fornecer um atendimento e serviços de saúde efetivos à população. Entre esses atributos, podem ser citados o serviço de primeiro contato/porta de entrada, longitudinalidade,

integralidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, resolutividade, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.²⁶

Os programas de saúde podem ser avaliados em termos de processo (por meio de indicadores de disponibilidade, uso e cobertura), resultados (por meio de indicadores de impacto) ou ambos. Além disso, inferências de adequação, plausibilidade e probabilidade podem ser usadas para confirmar se os benefícios no processo e/ou resultados são atribuíveis ao processo. As avaliações de adequação indicam se os objetivos do programa foram alcançados; plausibilidade, se eles foram alcançados como resultado do programa; e probabilidade, se o programa é estaticamente eficiente. Por serem mais simples e menos onerosos, as avaliações de adequação devem preceder as avaliações de plausibilidade e probabilidade, como é o caso da análise de programas de saúde inovadores e de precipitação, como o programa da Telessaúde.²⁷

Nesse contexto, a Telessaúde complementa a ESF ao facilitar o acesso à assistência e à educação permanente dos profissionais, promovendo maior resolutividade e coordenação do cuidado. A utilização da Telessaúde expande o suporte remoto e promove o desenvolvimento contínuo das equipes, fortalecendo a centralidade na família e a orientação para a comunidade. As plataformas da Telessaúde possibilitam teleconsultorias assíncronas e síncronas, contribuindo para a valorização da eficácia dos serviços prestados e também da sua adequação. Além disso, funciona como um suporte no que diz respeito à gestão de dados, facilitando o acesso aos cuidados e partilhando informação entre profissionais de diferentes regiões geográficas.²⁷

Além disso, a Telessaúde tem desempenhado um papel importante no processo de quebra do isolamento profissional ao permitir aos profissionais compartilhar conhecimentos e experiências na resolutividade e qualidade dos cuidados de saúde. Esta partilha de experiências não só enriquece o conhecimento, mas também cria um sentimento de apoio entre iguais.²³

A utilização da Telessaúde é uma prática crescente no contexto da saúde pública, especialmente como um facilitador no processo de Educação Permanente dos profissionais de saúde. Esta ferramenta tecnológica aproveita as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para aprimorar a qualidade dos cuidados assistenciais, com um foco particular na APS.⁶ No Brasil, a Telessaúde é implementada para fortalecer as redes de atenção estabelecidas pela APS, buscando

melhorar a qualidade da assistência, expandir a oferta de serviços e inovar nas práticas e processos de trabalho através de interfaces como teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação.⁴

A Educação Permanente é vista como essencial para capacitar e qualificar profissionais dentro da APS, considerando a necessidade de adaptação constante às novas realidades e desafios da saúde.²⁸ Estudar a Telessaúde no contexto desses profissionais permite entender como a Educação Permanente pode ser integrada como uma mudança fundamental nos serviços de saúde, influenciando diretamente na gestão e execução do trabalho.

A educação, em seu sentido mais amplo, é um processo contínuo de construção de conhecimento, envolvendo ensino, aprendizado e reflexão. É um fenômeno social que fornece os meios para que indivíduos adquiram conhecimentos e habilidades necessárias para funcionar eficazmente em suas comunidades e sociedades.¹⁹

Segundo Paulo Freire enfatiza que a educação deve ser conscientizadora, promovendo a autonomia do educando por meio de um processo contínuo de interação com a realidade, o que é crítico para a prática educativa na saúde.²⁹

Para Merhy³⁰ a Educação Permanente é uma prática sistemática de aprendizagem realizada pelos coletivos no ambiente de trabalho, com base em sua potência criativa. Ela engloba a capacidade de pensar e refletir coletivamente sobre essas experiências de aprendizado significativas. Trata-se de um movimento que ocorre de forma natural no cotidiano do serviço.

Na prática, a Telessaúde permite que os profissionais de saúde participem de educação continuada sem a necessidade de deslocamento físico, o que é estratégico em um país de dimensões continentais como o Brasil. A formação de competências profissionais através da Telessaúde é apoiada pelo MS como uma maneira de transformar espaços de trabalho em espaços de aprendizado, incorporando os princípios da educação ao serviço de saúde para promover mudanças nas práticas de saúde e na gestão do trabalho.^{14,31}

Além disso, a Telessaúde tem sido utilizada para fornecer suporte e treinamento contínuo aos profissionais de saúde, com destaque durante a pandemia de COVID-19. Plataformas gerenciadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e no Brasil pela Universidade Aberta do SUS (Unasus) desempenharam um papel fundamental, utilizando ferramentas como videoconferências, webinars, podcasts, cursos online e lives em redes sociais. Esses recursos, operados através de plataformas como Zoom e

Microsoft Teams, foram essenciais para garantir a continuidade da educação e capacitação em saúde durante os períodos de restrição física.²

As vantagens do Telessaúde vão além do treinamento pessoal que pode impactar a qualidade do atendimento ao paciente. Com a melhoria do acesso à educação e à informação, as barreiras geográficas e socioeconômicas são reduzidas e é criada uma proporção mais significativa de equidade no acesso aos recursos de saúde.²³

Portanto, o Telessaúde não é apenas uma ferramenta de saúde. É parte integrante da educação e formação contínua em saúde para garantir que os profissionais de saúde continuem a construir suas carreiras, manter o seu crescimento contínuo e atender as necessidades da população.²

5. CONCLUSÃO

Esta revisão narrativa destacou a importância da Telessaúde como ferramenta de Educação Permanente na APS. As análises das publicações selecionadas destacaram o papel significativo tanto na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde quanto na capacitação contínua dos profissionais de saúde.

A integração da Telessaúde na APS supera barreiras físicas e estruturais, promovendo práticas de saúde mais integradas e eficientes. Por meio desta ferramenta, atualizações constantes são fornecidas, assegurando que os profissionais de saúde estejam sempre alinhados com as inovações e transformações no cenário da saúde. Essencial para a educação e o desenvolvimento profissional contínuo, a Telessaúde permite a partilha de aprendizados e experiências em tempo real, superando desafios tecnológicos, de infraestrutura, fortalecendo a resiliência e adaptabilidade dos sistemas de saúde frente aos desafios.

REFERÊNCIAS

1. PEREIRA, C. C. A.; MACHADO, C. J. Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3283–4, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vfYkKTNL4WXmthjcBJGYcjy/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2023.
2. SOUZA, K. A. D. O.; PINTO JUNIOR, E. P.; BARROS, R. D. D.; LIMA, A. M. P. D.; SILVA, N. D. O.; BELTRÁN, L. Y. O. et al. O uso da telessaúde em tempos de pandemia. In: PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19:** aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. EDUFBA, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/32942/14/vol2_cap19_O%20uso%20da%20telessa%C3%bade%20em%20tempos%20de%20pandemia.pdf. Acesso em: 21 maio 2023.
3. BROWN, D.; CERETTA, L. B.; SORATTO, M. T. Utilização do Telessaúde na Educação Permanente pelos Enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família. **Enferm Bras**, v. 17, n. 4, p. 326–35, 28 set. 2018. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagbrasil/article/view/472>. Acesso em: 24 set. 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011.** Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde.** Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf. Acesso em: 30 nov. 2021.
6. SANTOS, S. de L. V. dos, SANTOS, P. T. dos. Tecnologias digitais da informação e comunicação na atenção primária à saúde: novidade para a enfermagem? **Rev Eletrônica Enferm**, v. 24, 18 jan. 2022. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/71546>. Acesso em: 30 maio 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 Informática do SUS.** Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf.
8. LEMOS, M.; TAKESHITA, C. S.; FERREIRA, E. G.; COELHO, V. O Telessaúde como estratégia de educação permanente em saúde dos trabalhadores do SUS. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 301–9, 20 out. 2020. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2764>. Acesso em: 4 out. 2022.
9. FERNANDES, B. C. G.; SILVA JÚNIOR, J. N. de B.; GUEDES, H. C. dos S.; MACEDO, D. B. G.; NOGUEIRA, M. F.; BARRÉTO, A. J. R. Use of technologies by nurses in the management of primary health care. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, n. spe, p. e20200197, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200410&tlang=en. Acesso em: 30 maio 2022.
10. LOPES, M. A. C. Q.; OLIVEIRA, G. M. M. D.; MAIA, L. M. Digital Health, Universal Right, Duty of the State? **Arq Bras Cardiol**, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019000900429. Acesso em: 25 jun. 2023.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Telessaúde em todo território nacional. 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm. Acesso em: 23 maio 2023.

12. DA SILVA, C. G.; DE PAULA, S. L.; PINTO, J. D. S.; BRANDÃO, S. V.; SANTOS, C. D. F. S. O. A usabilidade como recurso emergente em website: um estudo com usuários no portal do Ministério da Saúde. **Rev FOCO**, v. 16, n. 5, p. e1832, 11 maio 2023. Disponível em: <https://focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1832>. Acesso em: 24 set. 2024.
13. MARCOLINO, M. S.; RIBEIRO, A. M.; ASSIS, T. G. P.; RIBEIRO, A. L. P.; CARDOSO, C. S.; ANTUNES, A. P. et al. **A telessaúde como ferramenta de apoio à Atenção Primária em Saúde**: a experiência da Rede de Teleassistência de Minas Gerais. v. 27, n. 1, p. 13–9, 2017. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2211>. Acesso em: 30 maio 2022.
14. DOLNY, L. L.; LACERDA, J. T. D.; NATAL, S.; CALVO, M. C. M. Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo. **Interface – Comun Saúde Educ**, v. 23, p. e180184, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100248&tlang=pt. Acesso em: 24 set. 2024.
15. OLIVEIRA, T. da C.; SALES, M. L. da H. A implantacao do programa telessaude na atencao basica. Implant Programa Telessaude Na Atencao Basica. **Implement Telehealth Program Basic Care**. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32166>
16. NILSON, L. G.; NATAL, S.; MAEYAMA, M. A.; DOLNY, L. L.; CALVO, M. C. M. Estudo comparativo da oferta de teleconsultorias por teleconsultores de diferentes níveis de atenção à saúde. **Rev APS**, v. 20, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16143>. Acesso em: 30 maio 2022.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Telessaúde para a Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde – Protocolo Solicitação de Teleconsultorias**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_telessaude_atencao_basica.pdf
18. SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. PT252221, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2022000405013&tlang=pt. Acesso em: 17 maio 2022.
19. ARAÚJO, F. N. M. de, QUEIROZ, M. V. A. B.; AOUAR, W. A. E. Telemedicina, telessaúde e digitalização: revisão sistemática utilizando o protocolo prisma (2020-2022). **Rev Adm Em Saúde**, v. 23, n. 91, 28 jun. 2023. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/350>. Acesso em: 7 ago. 2023.
20. PACHECO, K. T. D. S.; RIOS, M. Z. A tele-educação no Telessaúde do Estado do Espírito Santo: uma ferramenta importante para qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Pesqui Em Saúde, Brazilian J Health Res**, 5 out. 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/11167>. Acesso em: 24 set. 2024.
21. MATOS, R.; BAPTISTA SILVA, A. Telessaúde. **Informação Em Pauta**, v. 4, n. 2, p. 173–92, 27 dez. 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/informacaoempauta/article/view/42643>. Acesso em: 25 ago. 2024.
22. NEVES et al. **Telessaúde**: uma ferramenta de educação permanente em saúde para os profissionais da atenção básica do Estado do Maranhão, 2019. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/3062>. Acesso em: 24 set. 2024.

23. BERNARDES, A. C. F.; COIMBRA, L. C.; SERRA, H. O. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. *Rev Panam Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49506>. Acesso em: 30 maio 2022.
24. ESTRELA, V. S. Telediagnóstico em Cardiologia na Atenção Básica: estudo da avaliação no Estado da Bahia. *Telediagnosis in Cardiology in Primary Care: study of evaluability in State of Bahia*, 30 nov. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/38173>. Acesso em: 24 set. 2024.
25. OLIVEIRA, J. M.; CANESIN, M.; MARCOLINO, M.; RIBEIRO, A.; CARVALHO, A.; REDDY, S. et al. Diretriz de Telecardiologia no Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e Outras Doenças Cardíacas. *Arq Bras Cardiol*, v. 104, n. 5, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2015000900001&script=sci_arttext. Acesso em: 24 set. 2024.
26. STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 5 out. 2022.
27. SCHMITZ, C. A. A.; HARZHEIM, E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*, 2 set. 2017 v. 12, n. 39, p. 1–11. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1453>. Acesso em: 30 maio 2022.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 2018, 78p. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2018.
29. FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
30. MERHY, E. EPS em movimento. **Educação Permanente em Saúde**, 2014.
31. PRADO, C.; SILVA, I. A.; SOARES, A. V. N.; ARAGAKI, I. M. M.; SHIMODA, G. T.; ZANIBONI, V. F. et al. Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 4, p. 990–6, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400990&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2024.

CAPÍTULO 08

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Paula Gama Alves do Nascimento

Mestre Profissional em Atenção Primária à Saúde

Instituição: Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: enf.anal25@gmail.com

Antônio Eduardo Vieira dos Santos

Doutor em Saúde da Criança e da Mulher

Instituição: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: antonioeduardo@uerj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4326-0211>

Maria Katia Gomes

Doutora em Medicina (Dermatologia)

Instituição: Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: gomes.mariakatia@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1083-8531>

Elisa da Conceição Rodrigues

Doutora em Ciências

Instituição: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: elisaconceicao@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6131-8272>

Katerine Moraes dos Santos

Doutora em Enfermagem

Instituição: Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (UFF); Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: katherine_moraes@id.uff.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2064-5207>

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Doutor em Ciências - Programa de Saúde Pública

Instituição: Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: eduardoalexander@medicina.ufrj.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6638-0788>

RESUMO: A mortalidade infantil tem duas dimensões adicionais, a taxa de mortalidade neonatal, que é a probabilidade de uma criança morrer no período de 0 a 27 dias de vida (expressa por 1000 nascidos vivos), e o período pós-neonatal, no qual uma criança será incluída se morrer em 28 dias até completar 1 ano de idade (também expresso por 1000 nascidos vivos). Embora a estratégia de saúde da família (ESF) tenha uma concentração significativa de profissionais e serviços de saúde em função das medidas mais recentes implementadas, ainda pode apresentar as fragilidades típicas de sua imaturidade. Sob tal aspecto, validou-se como objetivo desta pesquisa, conhecer e analisar os aspectos que os estudos da literatura nacional e internacional revelam sobre o impacto da qualidade da atenção primária no perfil da mortalidade neonatal no Brasil. Para este estudo de revisão bibliográfica foram avaliados textos científicos que estavam associados ao tema central. A seleção do material foi realizada por meio de pesquisa fundamentada na utilização de bibliotecas virtuais em saúde (BVS), e Pubmed. Os resultados incluíram 15 artigos científicos que relataram a incidência e prevalência de mortalidade infantil em diferentes localidades do Brasil. A diferença na redução dos indicadores de mortalidade entre as cidades reforçou o efeito das diferenças socioeconômicas e das diferenças de acesso aos serviços de saúde e à tecnologia médica, além dos aspectos de qualidade, que diferem da noção de cobertura. Os cuidados de saúde primários são considerados componentes chave para a construção de um sistema de saúde forte que garante resultados de saúde positivos, qualidade na saúde e acesso universal. Assim, este estudo, refletido nos diversos municípios e estados do Brasil demonstrou que o aumento da oferta serviços de atenção primária, e da consequente cobertura (com serviços de qualidade) representa uma estratégia para reduzir a mortalidade neonatal.

PALAVRAS-CHAVE: morbimortalidade neonatal, serviços de saúde neonatal, atenção primária em saúde.

ABSTRACT: Infant mortality has two additional dimensions, the neonatal mortality rate, which is the probability of a child dying in the period from 0 to 27 days of life (expressed per 1000 live births), and the post-neonatal period, in which A child will be included if they die within 28 days of reaching 1 year of age (also expressed per 1000 live births). Although the family health strategy (ESF) has a significant concentration of professionals and health services due to the most recent measures implemented, it may still present weaknesses typical of its immaturity. Under this aspect, the objective of this research was to understand and analyze the aspects that studies in national and international literature reveal about the impact of the quality of primary care on the profile of neonatal mortality in Brazil. For this bibliographic review study, scientific texts that were associated with the central theme were evaluated. The selection of material was carried out through research based on the use of virtual health libraries (VHL) and Pubmed. The results included 15 scientific articles that reported the incidence and prevalence of infant mortality in different locations in Brazil. The difference in the reduction of mortality indicators between cities reinforced the effect of socioeconomic differences and differences in access to health services and medical technology, in addition to quality aspects, which differ from the notion of coverage. Primary health care is considered a key component for building a strong health system that ensures positive health outcomes, quality healthcare and universal access. Thus, this study, reflected in the various municipalities and states of Brazil, demonstrated that increasing the supply of primary care services, and the consequent coverage (with quality services) represents a strategy to reduce neonatal mortality.

KEYWORDS: neonatal morbidity and mortality, neonatal health services, primary health care.

1. INTRODUÇÃO

A disposição em seguir uma profissão na área da saúde teve início com a convivência com outras pessoas da família que já atuavam nessa área e despertaram em mim a inspiração para seguir alguma carreira (profissão) voltada para o atendimento e cuidados com a saúde das pessoas em geral, especialmente em alguma atividade que proporcionasse maior proximidade com indivíduos, por meio de um contato mais humano e de intenso apoio.

Aos 18 anos entrei na faculdade de enfermagem e sabia que estava onde deveria, desenvolvendo uma profissão de extrema atenção àqueles que, por vezes, acabam passando por graves problemas com a saúde fragilizada. No exercício da profissão de enfermagem fui despertada para os casos mais direcionados e quase que exclusivamente focados na infância.

Essa constante interação com a fase inicial da vida me incentivou a começar (e concluir) uma especialização em enfermagem obstétrica e, logo em seguida, realizar outra especialização em terapia intensiva, já exercendo o trabalho profissional em diversas maternidades, onde aprendi muito, e que acabou me encaminhando para saúde da família, em 2016, que despertou meu interesse pelo lado acadêmico e me levou à realização da prova de mestrado. Posso afirmar que me formarei a primeira mestra da minha família, levando orgulho para todos e que me faz sentir realizada profissionalmente.

A combinação desses assuntos de saúde da família e fase inicial da vida tem relação direta com a mortalidade infantil que é um problema inquietante de saúde pública mundial, apesar da redução progressiva global dos índices, mas que ainda se faz presente em diversos países em desenvolvimento. A maior parte dos óbitos na infância acontecem no primeiro ano de vida, principalmente no primeiro mês (França *et al.*, 2017). Existe relação das causas perinatais, como por exemplo a prematuridade, que corrobora com a necessidade e importância dos cuidados durante a gestação, o parto e o pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência de qualidade primária à saúde (Ministério da Saúde, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), seria possível evitar 23 mil óbitos no primeiro ano de vida da criança com políticas públicas e ações governamentais. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) constitui indicador importante para avaliar as condições de vida e saúde infantil, pois demonstra a indubitabilidade de políticas

públicas de saúde e o desenvolvimento socioeconômico do país. As causas dos óbitos infantis, majoritariamente são classificadas em (i) evitáveis ou reduzíveis, (ii) total ou parcialmente, e (iii) por ações efetivas e acessíveis para os serviços de saúde em um determinado período e local (Malta *et al.*, 2010; Victora *et al.*, 2011).

A mortalidade infantil representa um evento grave de saúde pública, mas a implementação de políticas públicas de saúde e monitoramento da saúde da família possibilita que este problema seja evitável. A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores frequentemente usados para avaliar as condições de vida de uma sociedade. De modo geral, é obtida por meio da equação pelo número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida a cada mil nascidas vivas. Classicamente, isso tem permitido que sejam considerados os melhores indicadores do padrão de vida e do bem-estar social de uma população (Teixeira *et al.*, 2016; Maia *et al.*, 2020).

A mortalidade infantil tem duas dimensões adicionais, a taxa de mortalidade neonatal, que é a probabilidade de uma criança morrer no período de 0 a 27 dias de vida (expressa por 1000 nascidos vivos), e o período pós-neonatal, no qual uma criança será incluída se morrer em 28 dias até completar 1 ano de idade (também expresso por 1000 nascidos vivos). Essas dimensões são relevantes, pois o primeiro mês de vida é o período em que a criança está mais vulnerável e suscetível a morrer, e estes dados podem revelar a situação de saúde de um país (Careti *et al.*, 2016; Teixeira *et al.*, 2019).

Natimortos, mortalidade perinatal e mortalidade neonatal refletem fatores relacionados à qualidade da assistência pré-natal e ao parto, enquanto o componente pós-natal está relacionado principalmente a fatores socioambientais. Mesmo que a redução do Índice de Mortalidade Infantil (IMI) e da taxa de mortalidade perinatal seja uma tendência mundial, alguns países desenvolvidos vêm apresentando estabilização ou redução taxa de queda (Matthews *et al.*, 2015; Buges *et al.*, 2020).

Os sistemas de saúde com uma forte orientação de atenção primária, como no Brasil, têm maior probabilidade de fornecer melhor saúde para a população e resultados de saúde mais equitativos. A atenção primária geralmente lida com uma ampla gama de problemas de saúde na comunidade, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, conforme estabelecido nas atribuições deste sistema pelo Ministério da Saúde.

Embora estudos mostrem a importância da atenção primária para os resultados de saúde, as evidências do efeito das mudanças no nível de recursos humanos para a saúde são limitadas (Pizzo *et al.*, 2014; Giovanella *et al.*, 2020).

No Brasil, e em outros países em desenvolvimento, a atenção primária à saúde tem sido reconhecida como uma estratégia central para a melhoria da saúde da população, bem como um instrumento fundamental para reduzir a mortalidade infantil (Andrade *et al.*, 2018; Gaffey *et al.*, 2015; UN, 2014).

Assim, foram estabelecidos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) constituídos no relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018), que contém 169 metas com agenda entre 2016 e 2030. Faz-se destaque para o item 3.2 que tem como meta acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, além do estabelecimento de redução da mortalidade neonatal.

Existem alguns canais específicos pelos quais a atenção primária pode influenciar a mortalidade infantil durante o período neonatal e pós-neonatal. Nos últimos anos, o Brasil ganhou destaque no cenário internacional pelo fato de ter conseguido uma grande redução na taxa de mortalidade infantil. Em 2000, a taxa de mortalidade de crianças era de 29 por mil nascidos vivos. Em 2010, passou para 17,22 e em 2015 caiu para 13,8 óbitos por mil nascidos vivos (Datasus, 2019). Apesar do declínio do índice, o Brasil ainda apresenta coeficiente alto em comparação a países desenvolvidos, como Japão em que a taxa é 6 vezes menor que a brasileira (Lansky, 2014). Além disso, ainda há grande heterogeneidade regional no país. Em 2015, a menor taxa de mortalidade infantil brasileira encontrava-se no Espírito Santo, com 9,2 óbitos para cada mil nascidos vivos; já a maior taxa estava no Amapá, com 23,5 óbitos por mil nascidos vivos.

Os óbitos neonatais estão associados à qualidade da assistência pré-natal, o que permite a identificação e intervenção precoce para minimizar danos à saúde infantil. A qualidade do atendimento pré-natal é influenciada pelo acesso a unidades de saúde, número de consultas de pré-natal e profissionais de saúde qualificados, incluindo médicos (Lisboa *et al.*, 2015). Embora a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tenha uma concentração significativa de profissionais e serviços de saúde em função das medidas mais recentes implementadas, ainda pode apresentar as fragilidades típicas de sua imaturidade, assim justifica-se a importância desta

pesquisa. Portanto, é necessário avaliar criteriosamente os diversos fatores que podem afetar a mortalidade infantil no Brasil.

2. OBJETIVOS

Validou-se como objetivo desta pesquisa, conhecer e analisar os aspectos que os estudos da literatura nacional e internacional revelam sobre a qualidade da atenção primária no perfil da mortalidade neonatal no Brasil, baseando-se em evidências científicas sobre o assunto. Existe lógica ao se afirmar que os cuidados pré e pós parto são fundamentais tanto para o desenvolvimento da criança como para a mãe. Desta forma, é possível assumir que, bom atendimento primário irá resultar em menores índices de mortalidade infantil.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analizar a produção científica sobre a mortalidade neonatal no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil à luz da política nacional de atenção integral à saúde da criança.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Visando cumprir o objetivo geral proposto, os objetivos específicos fundamentam-se nos seguintes fatores:

1. discorrer sobre a produção científica sobre a mortalidade neonatal brasileira no período de 2008 a 2019;
2. determinar lacunas de produção de conhecimento na temática estudada;
3. discutir as implicações dos principais resultados evidenciados na produção científica a partir dos atributos essenciais da APS: acessibilidade e integralidade.

3. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada para a realização desse projeto consiste em uma revisão integrativa sobre a mortalidade neonatal e a relação que existe nesse fator

com o sistema de Atenção Primária à Saúde (APS). A revisão integrativa consiste em um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Trata-se de um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelos autores, constituindo basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE) (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A PBE, cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracteriza-se por meio de uma abordagem para o cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Envolve a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente (Galvão; Sawada; Trevisan, 2004). Os métodos de revisão mais utilizados, integrativa e meta-análise, não contemplam questões essenciais de enfermagem relacionadas aos cuidados e/ou ao impacto da doença ou do tratamento. Por isso a revisão integrativa, nesse âmbito, tem papel importante na área da saúde.

3.1 FONTES DE INFORMAÇÃO – BASES DE BUSCA

PICO é a estrutura mais popular para pesquisas do tipo revisão integrativa. O processo PICO é uma técnica usada na prática baseada em evidências para enquadrar e responder a uma questão clínica em termos de um problema específico do paciente que ajuda no levantamento de evidências da literatura. Como representação do acrônimo PICOS, sugere-se os seguintes elementos: População (pacientes neonatais em situação de risco de vida); Intervenção (eficácia da atenção primária); Controle (média local ou nacional de mortalidade neonatal); Desfecho (mortalidade neonatal); e Desenho experimental (revisão integrativa). Para este estudo de revisão integrativa foram avaliados textos científicos que estavam associados ao tema central de acordo com a recomendação PRISMA.

Uma revisão do tipo Meta-análise refere-se à análise de dados secundários, em que informações de pesquisas individuais são sintetizadas para se chegar a uma estimativa resumida. Meta-análise, portanto, refere-se a várias etapas relacionadas ao enquadramento de uma questão ou problema, formulação de estratégias de pesquisa, incluindo a coleção de artigos ou estudos primários, abstração de dados

dos estudos, avaliação crítica dos estudos, julgando a homogeneidade dos estudos e síntese das informações deles.

Esta revisão integrativa foi conduzida e relatada de acordo com os padrões de qualidade descritos na ferramenta na lista de verificação PRISMA. Um revisor realizou independentemente a seleção do estudo, avaliação e extração de dados. A seleção do material foi realizada por meio de pesquisa fundamentada na utilização de bibliotecas virtuais em saúde (BVS), e no *Pubmed* (Medline via *Pubmed*), de acordo com os seguintes descritores – *Pubmed*: (early neonatal mortality OR neonatal mortality OR perinatal mortality OR infant mortality) AND (Brazil) AND (Primary Health Care); BVS: (mortalidade neonatal OR mortalidade perinatal OR mortalidade infantil) AND (Atenção Primária à Saúde) AND (Brasil).

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram excluídos deste trabalho teses e dissertações, estudos de revisão da literatura, manuais e estudos não classificados como artigos. Foram incluídos artigos de língua inglesa, espanhola e portuguesa disponíveis online e que respondessem ao objetivo proposto, que abrangessem o período entre 2008 e 2019. Para redução de vieses foram utilizados artigos que apresentavam desfechos completos, com protocolo de estudo disponível, que indicavam ainda geração de dados aleatórios.

3.3 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os artigos buscados foram extraídos em uma tabela e apresentados nos resultados da pesquisa. Foram avaliados os seguintes critérios: motivo de exclusão, nível de evidência, autor, título, ano, periódico, objetivo, desenho de estudo, cidade/estado, número de sujeitos e dados sobre atenção primária e indicadores neonatais da localidade. Para analisar o nível de evidência dos artigos seguiu-se as recomendações de Stillwell *et al.* (2010), determinando o nível evidência (I a VII), caracterizados a seguir: I (revisão integrativa ou meta-análise), II (testes controlados e randomizados), III (ensaios controlados sem randomização), IV (estudos de Coorte e de Caso-Controle), V (revisão integrativa de estudos qualitativos ou descritivos), VI (estudos qualitativos ou descritivos), e VII (opinião ou consenso).

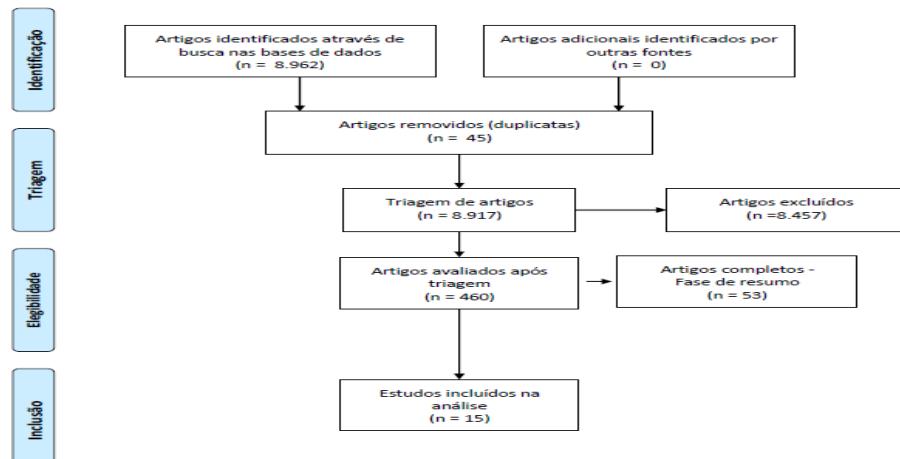
3.4 AVALIAÇÃO DOS DADOS

Como mecanismo para apresentação dos resultados entre os estudos selecionados foram utilizadas metodologias de comparação de dados brutos (que indicavam redução ou aumento de mortalidade diante de um número controle – média nacional).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados identificou 8.962 artigos, apresentados no esquema da Figura 1. Desses, 45 eram duplicatas, o que resultou em 8.917 artigos. Após exclusão por filtro dos artigos do tipo revisão e meta-análise restaram 460 artigos. No fim das etapas, foram selecionados 15 artigos (incluídos no estudo).

Figura 1. Fluxograma do método PRISMA



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Nesta seção são apresentados na Tabela 1, os estudos que foram selecionados a partir do procedimento de coleta de dados, que resultaram na inclusão de 15 artigos científicos que relataram a incidência e prevalência de mortalidade infantil em diferentes localidades do Brasil. Os resultados de Russo *et al.* (2019) indicam que a oferta de médicos de atenção primária contribuiu para o declínio da mortalidade infantil no Brasil. Um aumento de um médico de atenção primária por 10.000 habitantes foi associado a 7,08 menos mortes de bebês por 10.000 nascidos vivos. Isso sugere que, além de outros determinantes, os médicos de atenção primária podem desempenhar um papel importante na contabilização da redução das taxas de

mortalidade infantil. A pesquisa de Medeiros *et al.* (2019) indicou redução da taxa de mortalidade em um estudo retrospectivo de 10 anos (2008 a 2017).

O estudo de Araújo *et al.* (2019) indica redução de taxa de mortalidade neonatal antes de 2015, entretanto entre 2015 e 2017 houve aumento, o que indica necessidade de atenção aos cuidados com os recém-nascidos, e políticas públicas adequadas. Neste caso a cobertura da saúde da família do estado é alta (acima de 90%), o que sugere falta de qualidade no serviço. Diferentemente, um estudo em Porto Alegre (Brum *et al.*, 2015), indicou aumento da taxa de mortalidade, quando comparada a do estado no ano anterior, fato este que pode estar associado à baixa cobertura da ESF (menor que 50%) no estado.

O estudo pontual de Oliveira *et al.* (2012) em um centro de saúde estadual, que indicou taxa de mortalidade neonatal de aproximadamente 2%. Entretanto, os dados foram avaliados segundo o escore de Apgar e os fatores de mortalidade, fato esse que não incorreu em comparações entre antes e depois. Já, estudos como de Pereira *et al.* (2017) e Migoto *et al.* (2018) procuraram compreender quais eram as principais causas associadas à mortalidade neonatal nos locais de estudo, e em ambos os locais indicados havia baixa cobertura de ESF, indicando uma chance alta para que tais óbitos fossem evitados.

Esta pesquisa indica dados importantes refletidos na situação de Sobral no estado do Ceará, pois, o estudo de Ramos *et al.* (2016) apresentou uma alta taxa de mortalidade infantil no local estudado (20,30%), sendo que, o município possui 100% de cobertura ESF, reiterando, que não basta apenas que os municípios e respectivos estados possuam altas taxas de cobertura de ESF, mas sim, que haja qualidade na prestação de serviço assistencial à saúde.

Tabela 1. Artigos selecionados para o estudo publicados entre 2008 e 2019 para compor os dados da revisão integrativa.

Nível de evidência	Autor	Ano	Objetivo	Desenho de estudo	Cidade/Estado	N
VI	Medeiros et al.	2019	Traçar o Perfil dos Óbitos Neonatais em Alagoas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, descrevendo-os segundo características sociodemográficas e causalidade de óbito.	Estudo descritivo longitudinal, com abordagens quantitativas retrospectivas	Tiradentes – AL	5.647
VI	Araújo et al.	2019	Os objetivos deste estudo foram analisar o comportamento dos coeficientes de mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia e pós neonatal, no Estado da Paraíba, no período entre 2015 e 2017	Pesquisa descritiva, transversal	Campina Grande – PB	3.766.528
IV	Oliveira et al.	2012	Correlacionar o escore de Apgar com a mortalidade neonatal e suas causas em um hospital localizado na zona Sul do município de São Paulo.	Estudo retrospectivo, baseado em análise de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e de prontuários	São Paulo – SP	7126
VI	Caíalcante et al.	2018	Analizar os diferenciais da mortalidade infantil, sua distribuição espacial no estado do Ceará e traçar o perfil epidemiológico dos óbitos neonatais	Estudo ecológico, de análise espacial e regressão linear para identificar aglomerados espaciais e tendências da mortalidade na série de 2005 a 2015.	Fortaleza- CE	21259
IV	Vieira et al.	2015	Analizar a mortalidade perinatal no Estado do Paraná	Estudo descritivo da mortalidade perinatal e seus componentes (fetal e neonatal precoce) de residentes no Estado do Paraná, ocorridos no período de 1999 a 2010.	Curitiba – PR	10.444.526
IV	Granzotto et al.	2013	Analizar o comportamento epidemiológico dos recém-nascidos internados com sepse neonatal precoce e riscos de mortalidade em três anos consecutivos.	Estudo retrospectivo dos recém-nascidos com mais de 500 gramas internados entre 2008-2010 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Pelotas – RS	466
IV	Brum et al.	2015	Descrever as causas da mortalidade infantil no município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, no período de 2007 a 2010, identificando as causas de mortes relacionadas a cardiopatias e se elas foram diagnosticadas no período pré-natal, e avaliar o acesso aos serviços de saúde.	Estudo descritivo da mortalidade perinatal	Porto Alegre- RS	157
IV	Migoto et al.	2018	Analizar os fatores de risco para Mortalidade Neonatal Precoce, segundo os critérios de estratificação de risco da Linha Guia do Programa Rede Mãe Paranaense	Estudo epidemiológico, tipo caso-controle, com dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade e de Nascidos Vivos, em 2014	Curitiba – PR	157.629
VI	Soares e Menezes	2010	Estudar a mortalidade neonatal precoce no DSL, na capital baiana, e explorar sua associação	Investigação de natureza exploratória, tendo sido analisados	Salvador – BA	430

Nível de evidência	Autor	Ano	Objetivo	Desenho de estudo	Cidade/Estado	N
			com fatores socioeconômicos, reprodutivos e assistenciais registrados no SINASC e no SIM	os dados de nascidos vivos e de óbitos infantis ocorridos no período de 2000 a 2005		
VI	Assis <i>et al.</i>	2008	Investigar as características dos óbitos neonatais precoces ocorridos e declarados na Maternidade Odete Valadares (MOV), em Belo Horizonte (MG).	Estudo seccional, com base em dados secundários.	Belo Horizonte – MG	621
VI	Pereira <i>et al.</i>	2017	Analizar os óbitos neonatais do município de São Luís (MA).	Análise transversal, quantitativo. Os dados foram obtidos das declarações de óbito de Julho/2012 a Junho/2014	São Luiz – MA	410
VI	Ortiz e Oushiro	2008	Analizar as mortes neonatais de uma coorte de nascidos vivos do Estado de São Paulo, no primeiro semestre de 2006	Estudo ecológico que utiliza dados de nascidos vivos e óbitos neonatais para o Estado de São Paulo.	São Paulo – SP	315.328
VI	Ramos <i>et al.</i>	2016	Caracterizar os óbitos de recém-nascidos internados em unidade neonatal, nos prontuários médicos da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CE)	Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa.	Sobral – CE	7072
VI	Russo <i>et al.</i>	2019	Determinar o efeito dos médicos da atenção primária na taxa de mortalidade infantil no Brasil, usando uma abordagem dinâmica de dados.	Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, em 5563 municípios brasileiros de 2005 a 2012.	Brasil	-

Fonte: Elaborado pelo autor

Dos 15 estudos avaliados, apenas 8 revelaram redução na taxa de mortalidade nas localidades estudadas, para avaliação de redução ou aumento da taxa os dados foram comparados com as médias municipais ou estaduais fornecidas pelo IBGE (censo de 2017), ou com os resultados do próprio estudo. Como muitos dos estudos selecionados abordam dados de série histórica, ficou evidenciado que a contribuição para a redução nas taxas de mortalidade (componente neonatal < 28 dias), mesmo que sutis em algumas pesquisas são correlacionadas à cobertura do ESF.

Para evidenciar tal hipótese, segue caracterizado na Tabela 2 extratos da pesquisa, associados com o percentual de cobertura de ESF na localidade no ano da pesquisa.

Tabela 2. Correlação entre cobertura de ESF e taxa de mortalidade.

Autor	Ano	Cidade/Estado	Desfecho (taxa de mortalidade antes x depois)	% cobertura ESF (no ano da pesquisa)	Dados de mortalidade infantil (no estado no ano da pesquisa)
Assis et al	2008	Belo Horizonte – MG	Aumentou	80,48%	1,09%
Ortiz e Oushiro	2008	São Paulo – SP	Reduziu	38%	1,22%
Soares e Menezes	2010	Salvador – BA	Aumentou	38,80%	2,31%*
Oliveira et al.	2012	São Paulo – SP	Aumentou	38%	1,12%
Granzotto et al.	2013	Pelotas – RS	Reduziu	62,47%	1,05%
Brum et al.	2014	Porto Alegre- RS	Aumentou	47,11%	1,02%
Vieira et al.	2015	Curitiba – PR	Reduziu	34,44%	0,97%
Ramos et al.	2016	Sobral – CE	Aumentou	100%	1,44%*
Pereira et al	2017	São Luiz – MA	Reduziu	35,07%	2,13%*
Cavalcante et al.	2018	Fortaleza- CE	Reduziu	83,90%	1,21%
Araújo-Filho et al.	2018	Teresina – PI	Reduziu	99,30%	1,91%*
Migoto et al.	2018	Curitiba – PR	Aumentou	34,44%	0,93%
Medeiros et al.	2019	Tiradentes-AL	Reduziu	64%	1,09%*
Araújo et al.	2019	Campina Grande – PB	Aumentou	95%	1,61%*
Russo et al.	2019	Brasil	Reduziu	29%	1,24%

*Valores acima da média nacional

Fonte: Os autores.

Fica evidenciado que localidades como Campina Grande, Ceará e Piauí, apresentam elevada taxa de mortalidade infantil, mesmo possuindo uma boa cobertura de ESF, o que indica problemas na qualidade da assistência prestada. Ao mesmo tempo, não se desconsidera a importância da ESF, já que em Salvador e no Maranhão a baixa cobertura de ESF (abaixo de 40%) reflete elevada taxa de mortalidade infantil.

A diferença na redução dos indicadores de mortalidade entre as cidades reforça o efeito das diferenças socioeconômicas e das diferenças de acesso aos serviços de saúde e à tecnologia médica. Cidade com melhor situação socioeconômica, possuem maior acesso aos serviços de saúde e tecnologia médica, e consequentemente conseguem atingir as menores taxas de mortalidade. A estagnação das taxas de mortalidade em outras cidades alerta para a necessidade de maior monitoramento, melhoria dos indicadores socioeconômicos e da assistência ao parto. Cidades que passaram por um declínio econômico causado pela redução da atividade industrial e tornaram-se cada vez mais pobres, inclinam-se para a estagnação das taxas de mortalidade.

A política de saúde brasileira atribuiu importância substancial à atenção primária nas últimas décadas, potencialmente fornecendo lições para outros países em desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi investigar a mortalidade infantil e a

importância da atenção primária neste contexto. Os resultados indicam associação positiva entre a participação da atenção primária (baseada na cobertura do Programa Saúde da Família) e taxas de mortalidade infantil no Brasil. Além disso, assim como pautam Bernardo e colaboradores (2019) os fatores econômicos e percentual de domicílios com coleta de lixo e água encanada, também contribuíram para a redução da mortalidade infantil.

Assim como revelou um estudo de casos de Fortaleza – CE de Carvalho (2020), a estagnação das taxas de mortalidade infantil em cidades brasileiras alerta para a necessidade de maior monitoramento, melhoria dos indicadores socioeconômicos e da assistência ao parto. Muitas cidades do Brasil passaram por um declínio econômico nos últimos 10 anos, causado pela redução da atividade industrial e estas localidades têm se tornado cada vez mais pobres, contribuindo assim para o desfavorecimento dos indicadores.

Na pesquisa de Conti e Ginja (2018) foram avaliadas correlações entre atenção primária e mortalidade materna, fetal, neonatal e pós-neonatal. Embora a mortalidade pós-neonatal seja frequentemente responsiva a intervenções políticas, a mortalidade materna e neonatal não o é. Apesar de grandes reduções na mortalidade após o nascimento, não foram encontradas evidências de melhora da saúde no nascimento. Há sim melhora significativa no peso ao nascer, duração da gestação ou pontuações APGAR.

Dezenas de fatores podem contribuir para a redução das taxas de mortalidade infantil, mais especificamente neonatal (DUARTE, 2007). Assim como discutido por diversos autores dentre esses fatores, destacam-se a cobertura quase universal da vacinação (Guimarães *et al.*, 2009), o aumento da duração média da amamentação (Boccolini *et al.*, 2013), a redução expressiva da mortalidade infantil por diarreia (Oliveira; Latorre, 2010), o maior acesso às unidades de terapia intensiva neonatal (Carneiro *et al.*, 2012), o impacto da Estratégia Saúde da Família (Venacio *et al.*, 2016) e de programas de suplementação e fortificação de nutrientes (Brasil, 2015), entre outros.

Shi (2004) e Araújo *et al.* (2015) verificaram que o efeito da desigualdade de renda sobre a mortalidade infantil desapareceu quando a análise estatística levou ao ajuste do modelo para áreas onde havia aumento da cobertura da atenção básica, especialmente nas regiões de maior desigualdade social. Isso enfatizou a importância de um modelo estatístico adequado que levasse em consideração o modelo de atenção.

Mendes e Osiano (2012) em estudo realizado com a população brasileira, afirmaram que a queda da natalidade, redução da fecundidade e diminuição da população de menores de um ano determinaram maior cuidado das famílias com os filhos e melhor saúde assistência prestada pelas políticas públicas brasileiras. Além disso, o atendimento pediátrico parece ser muito sensível às mudanças sociais e epidemiológicas. Essa situação também pode ser verificada em outros países, onde apesar das ações e estratégias adotadas, as persistentes desigualdades socioeconômicas continuam a dificultar a melhoria dos indicadores de saúde infantil, e consequentemente mortalidade infantil.

Quanto às limitações do estudo faz-se destaque para o número limitado de estudo por região, que reduz a confiança de extração dos dados para os estados brasileiros. Além disso, a linha temporal é influenciada por grandes flutuações na taxa de cobertura do ESF no ano de cada pesquisa, o que pode ter inclinado para a falta de elementos capazes de determinar a qualidade da ESF em algumas localidades.

4. CONCLUSÃO

A queda da taxa de mortalidade infantil era esperada na última década, uma vez que os estudos das décadas anteriores já o demonstravam, levando a crer no avanço da resposta dos sistemas de saúde, além de melhorias nas condições de saúde e determinantes sociais. O fato de o Brasil atingir estagnação ou aumento das taxas nos últimos 5 anos revela preocupação. Para avanços nos próximos anos, deve-se aprimorar a identificação das causas atuais de óbito, para apurar os gargalos, além de desenvolver análises locais-regionais para ampliação dos serviços estratégicos de saúde.

Nos últimos anos, os níveis de escolaridade, a cobertura do pré-natal e a atenção à saúde neonatal vêm melhorando pode melhorar os quesitos de saúde local e nacional. Isso pode ajudar a explicar a queda nas taxas de mortalidade. Além disso, o diagnóstico precoce e o manejo adequado de gestações de alto risco são essenciais para reduzir a incidência de partos prematuros e mortes neonatais. Uma política eficaz e uma resposta programática à baixa visibilidade da mortalidade neonatal e da saúde neonatal é uma prioridade. Isso exigirá um compromisso político sem precedentes, especialmente em países prioritários onde a mortalidade neonatal é extremamente alta, e naqueles que não evoluíram na redução da taxa de mortalidade, como no

Brasil. Estas medidas incluem a promoção de práticas baseadas em evidências, protocolos e padrões, e garantia de recursos financeiros em saúde.

Os cuidados de saúde primários são considerados componentes chave para a construção de um sistema de saúde forte que garante resultados de saúde positivos, qualidade na saúde e acesso universal. A experiência do Brasil demonstra que o aumento da oferta de médicos de atenção primária, e da consequente cobertura (com serviços de qualidade) representa uma estratégia para reduzir as mortes infantis e continua sendo um instrumento potencial para atingir as metas internacionais relacionadas para a saúde infantil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C.; GOMES C. M., NASCIMENTO, L. F. Spatial analysis of neonatal mortality in the state of São Paulo, 2006–2010. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, p. 374-380, 2014.
- ALMEIDA, S. D. M., BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, p. 22-35, 2004.
- ANDRADE, H. S., ALVES, M. G. M., CARVALHO, S. R., SILVA, J. A. G. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **PHYSIS**, v. 28, n. 3, p. e280311, 2018.
- ARAÚJO-FILHO, A. C. A. et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em capital do nordeste do Brasil. **Enfermería Actual de Costa Rica**, v. 34, p. 26-37, 2018.
- ARAUJO, J. A., SILVA, A. F., WICHMANN, R. Impact of Poverty on Multidimensional Infant Mortality Rate in Brazil. **Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, v. 18, n. 7, p. A702, 2015.
- ARAÚJO, R. F., COSTA, K. K. D., SILVA, F. M. F., DINIZ, C. R., ALVES, M. M. R. E. V. Índice de mortalidade infantil no Nordeste Brasileiro entre 2015 e 2017. **Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, v. 5, n. 1, p. 19-23, 2020.
- ASSIS, H. M., MACHADO, C. J., RODRIGUES, R. N. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte (MG), 2001-2006. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 11, n. 4, p. 675-686, 2008.
- BERGENHENEGOUWEN, L. A. et al. Vaginal delivery versus cesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 172, p. 1–6, 2014.
- BERNARDO, S. E., ANCELMO, S. W., SARTORELLO, R., ALMEIDA, S. R. J. Saneamento básico e mortalidade infantil na região do Alto Tietê, São Paulo. **Rev. salud ambiente**, v. 19, n. 1, p. 3-11, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó**: manual operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 52p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasisus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da

Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: ago. 2020.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 131–136, 2013.

BRUM, C. A., STEIN, A. T., PELLANDA, L. C. Mortalidade Infantil em Novo Hamburgo: Fatores Associados e Causas Cardiovasculares. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 104, n. 4, p. 257-265, 2015.

BUGES, N. M., COELHO, J. R., SILVA, N. B. A. Fatores evitáveis para mortalidade neonatal: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2020.

CARETI, C. M., FURTADO, M. C. C., BARRETO, J. C., VICENTE, J. B., LIMA, P. R. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 67-75, 2016.

CARNEIRO, J. A., VIEIRA, M. M., REIS, T. C., CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para a mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 3, p. 369-376, 2012.

CARVALHO, D. dos S. **Dimensionamento da força de trabalho para saúde do município de Fortaleza – CE**. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129579/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-fortaleza.pdf>. Acesso em: jun. 2021.

CAVALCANTE, A. N. M. et al. Epidemiologia da Mortalidade neonatal no Ceará no período de 2005-2015. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v. 4, p. 1-8, 2018.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

CONTI, G., GINJA, R. **Health Insurance and Child Health: Evidence from Mexico**. Journal of Human Resources, (Forthcoming), 2018.

DATASUS. **Estratégia saúde da família (ESF) implantação da estratégia**. 2019. Acesso ago. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Health policy effects on infant mortality trends in Brazil: a literature review from the last decade**. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1511–1528, 2007.

FRANÇA, E. B., LANSKY, S., REGO, M. A. S., MALTA, D. C., FRANÇA, J. S., TEIXEIRA, R. et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 20, n. Suppl 1, p. 46-60, May 2017. DOI: [10.1590/1980-5497201700050005](https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>

GAFFEY, M. F., DAS, J. K., BHUTTA, Z. A. Millennium Development Goals 4 and 5: past and future progress. **Semin Fetal Neonatal Med**, v. S1744-165X(15)00077-3, 2015.

GALVÃO, C. M., SAWADA, N. O., TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GIOVANELLA, L., FRANCO, C. M., ALMEIDA, P. F. National Primary Health Care Policy: where are we headed to?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GRANZOTTO, J. A., MENDES, R. M., OLIVEIRA, M. B. Sepse neonatal precoce e mortalidade em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. AMRIGS**, v. 57, n. 2, p. 133-135, 2013.

GUIMARÃES, T. M. R., ALVES, J. G. B., TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 868-876, 2009.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **AGENDA 2030: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/1058/8636/1/Agenda%202030%20ODS%20Metas%20Nac%20dos%20Obj%20de%20Desenv%20Susten%202018.pdf>. Acesso em: nov. 2020.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192–S207, 2014.

LISBOA, L., ABREU, D. M. X., LANA, A. M. Q., FRANCA, E. B. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 4, p. 711-720, 2015.

MACINKO J, HARRIS MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015.

MAIA, L. T. S., SOUZA, W. V., MENDES, A. C. G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. e00057519, 2020.

MALTA, D. C., SARDINHA, L. M. V., MOURA, L., LANSKY, S., LEAL, M. C., SZWARCWALD, C. L., FRANÇA, E., ALMEIDA, M. F., DUARTE, E. C. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.

MARTINS, P. C. R., PONTES, E. R. J. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis em municípios de fronteira e não fronteira. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 201-210. Epub June 22, 2020.

MATTHEWS, T. J., MACDORMAN, M. F., THOMA, M. E. Infant Mortality Statistics From the 2013 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. **Natl Vital. Stat. Rep.**, v. 64, n. 9, p. 1–30, 2015.

MEDEIROS, V. A. B., BEZERRA, I. N. S., MOTA, L. M., MONTEIRO, F. S. Perfil da mortalidade neonatal em Alagoas no período de 2008 a 2017 / Profile of neonatal mortality in Alagoas in the period 2008 to 2017. **Rev. Ciênc. Plur.**, v. 5, n. 2, p. 16-31, 2019.

MENDES JDV, OSIANO VLRL. A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo. **Brasil BEPA**, v. 10, p. 17-29, 2013.

MIGOTO MT, OLIVEIRA RP, SILVA AMR, FREIRE MHS. Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 5, p. 2527-2534, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortalidade e Saúde Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Mortalidade e Saúde Infantil — Português (Brasil) (www.gov.br). Acesso em: 28 de jun. 2021.

OLIVEIRA, T. C. R., LATORRE, M. R. D. O. Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995 a 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 102-111, 2010.

OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein (São Paulo)**, v. 10, n. 1, p. 22-28, 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Informe de Situação e Tendências: demografia e saúde/ Rede Interagencial de Informações para Saúde**. Brasília. [Internet] 2009. Disponível em: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO_Informe_de_Situação_WEB.pdf. Acesso em: ago. 2020.

ORTIZ, L. P., OUSHIRO, D. A. Perfil da mortalidade neonatal no Estado de São Paulo. **São Paulo Perspect**, v. 22, p. 19-29, 2008.

PEREIRA, M. U. L., LAMY FILHO, F., ANUNCIAÇÃO, P. S., LAMY, Z. C., GONÇALVES, L. L. M., MADEIRA, H. G. R. Óbitos neonatais no município de São Luís: causas básicas e fatores associados ao óbito neonatal precoce. **Rev Pesq Saúde**, v. 18, n. 1, p. 18-23, jan./abr. 2017.

PIZZO, L. G. P., ANDRADE, S. M., SILVA, A. M. R., MELCHIOR, R., GONZÁLEZ, A. D. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saude soc**, v. 23, n. 3, p. 908-918, 2014.

RAMOS, V. M., VASCONCELOS, M. A., ALBUQUERQUE, I. M. N., SANTO, S. F. D. Avaliação dos óbitos neonatais em um hospital de ensino. **SANARE**, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2016.

RUSSO, L. X.; SCOTT, A.; SIVEY, P.; DIAS, J. Primary care physicians and infant mortality: from Brazil. **PLoS ONE**, v. 14, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217614>.

ROCHA, R., SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's family health program. **Health Economics**, v. 19, n. S1, p. 126–158, 2010.

SALEEM, S., MCCLURE, E. M., GOUDAR, S. S., PATEL, A., ESAMAI, F., GARCES, A. et al. A prospective study of maternal, fetal and neonatal deaths in low- and middle-income countries. **Bull World Health Organ**, v. 92, p. 605-612, 2014.

SANKAR, M. J. et al. When Do Newborns Die? A systematic review of timing of overall and cause-specific neonatal deaths in developing countries. **Journal of Perinatology**, v. 36, n. Suppl 1, p. S1-S11, May 2016.

SHI L. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. **J Epidemiol Community Heal**, 2004. DOI: 10.1136 / jech.2003.013078.

SOARES ES, MENEZES GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2010.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, Morumbi, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/56528038/A2-Revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer>. Acesso em: 15 maio 2011.

STILLWELL, S. B., FINEOUT-OVERHOLT, E., MELNYK, B. M., WILLIAMSON, K. M. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. **Am J Nurs**, v. 110, n. 5, p. 41-47, 2010.

TEIXEIRA, G. A., COSOTA, F. M. L., MATA, M. S., CARVALHO, J. B. L., SOUZA, N. L., SILVA, R. A. R. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. **Revista de Pesquisa de Cuidados Fundamentais**, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4036-4046, 2016.

TEIXEIRA, J. A. M. et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiologia Serviço Saúde**, v. 28, n. 1, p. e2018132, 2019.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2014**. New York: United Nations, 2014. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>. Acesso em: 05 out. 2015.

VENANCIO, S. I., ROSA, T. E. C., SANCHES, M. T. C., SHIGENO, E. Y., SOUZA, J. M. P. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 3, p. 271-281, 2016.

VIEIRA, T. M. M., OLIVEIRA, R. R., MAZZA, V. A., MATHIAS, T. A. F. Mortalidade perinatal e diferenças regionais no estado do Paraná. **Cogitare enferm**, v. 20, n. 4, p. 783-791, 2015.

VICTORA, C. G., AQUINO, E. M. L., LEAL, M. C., MONTEIRO, C. A., BARROS, F. C., SZWARCWALD, C. L. Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60134-60138, 2011.

WHO. World Health Organization. **Neonatal mortality: trends 1990–2010**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/ewborn/neonatal_mortality/en/. Acesso em: ago. 2020.

Agência Brasileira ISBN
ISBN: 978-65-84610-51-4